

Sammen om en aktiv hverdag

Hverdagsrehabilitering i Eigersund og Karmøy kommune –
erfaringer og refleksjoner fra et forsknings samarbeid

MIA VABØ & KJERSTI VIK



NOVA

Velferdsforskningsinstituttet

HØGSKOLEN I OSLO
OG AKERSHUS

Sammen om en aktiv hverdag

Hverdagsrehabilitering i Eigersund og
Karmøy kommune – Erfaringer og
refleksjoner fra et forskningssamarbeid

MIA VABØ
KJERSTI VIK

Norsk institutt for forskning om
oppvekst, velferd og aldring

NOVA Rapport 17/2017

Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring (NOVA) er et forskningsinstitutt ved Senter for velferds- og arbeidslivsforskning (SVA) på Høgskolen i Oslo og Akershus (HiOA).

Instituttet har som formål å drive forskning og utviklingsarbeid som kan bidra til økt kunnskap om sosiale forhold og endringsprosesser. Instituttet skal fokusere på problemstillinger om livsløp, levekår og livskvalitet, samt velferdssamfunnets tiltak og tjenester.

© Velferdsforskningsinstituttet NOVA
Høgskolen i Oslo og Akershus 2017

ISBN (trykt utgave) 978-82-7894-645-9

ISBN (elektronisk utgave) 978-82-7894-646-6

ISSN 0808-5013 (trykt)

ISSN 1893-9503 (online)

Illustrasjonsfoto: © colourbox.com
Desktop: Torhild Sager
Trykk: Byråservice

Henvendelser vedrørende publikasjoner kan rettes til:

NOVA, HiOA
Stensberggata 26 · Postboks 4, St. Olavs plass, 0130 Oslo
Telefon: 67 23 50 00
Nettadresse: www.hioa.no/nova

Forord

I denne rapporten samler vi mange av trådene i prosjektet *Sammen om en aktiv hverdag. Nye arbeids- og samarbeidsformer i Eigersund og Karmøy kommune*. Prosjektet er finansiert av Regionalt forskingsfond Vestlandet (RFF Vestlandet), ledet av Mia Vabø fra forskningsinstituttet NOVA ved Høgskolen i Oslo og Akershus (HiOA). I tillegg til prosjekteier Eigersund kommune har Karmøy kommune og VID vitenskapelige høgskole i Sandnes deltatt som partnere.

Prosjektet retter søkelyset mot hverdagsrehabilitering og mot nye arbeids- og samarbeidsformer som er ment å understøtte eldres mulighet til å holde fast i sitt tilvante hverdagsliv til tross for sviktende helse.

Rapporten er ført i pennen av Mia Vabø, med unntak av kapittel 4 om kartleggings- og måleredskaper som er forfattet av Kjersti Vik, VID. Mange andre fortjener takk for sitt bidrag inn i arbeidet med prosjektet. Først og fremst en stor takk til ledere og ansatte fra de to kommunene som velvillig har delt sine erfaringer i intervjuer, samtalegrupper og seminarer. En særlig takk til Grete Lind som har fungert som en samtalepartner gjennom hele prosjektperioden og til Eli Sævareid (Eigersund kommune) og Ingrid Sofie Rundheim (Karmøy kommune) for å ha tilrettelagt for intervjuer og samtalegrupper. Stor takk til kollega Nina Amble fra HiOA og Kjersti Helene Haarr fra VID i Sandnes som begge har bidratt i datainnsamlingen og i faglige diskusjoner underveis. Både Amble og Haarr har forfattet egne publikasjoner basert på materiale innsamlet i prosjektet. Haarr har dessuten, sammen med administrasjonen på VID, hatt et hovedansvar for å organisere seminarer og samlinger som har gitt oss mulighet for å diskutere spørsmål fra prosjektet med ledere og fagfolk fra andre kommune i regionen.

Fra NOVA har forskningsleder Are Vegard Haug gitt viktige innspill i siste fase av skrivearbeidet og Torhild Sager har bistått med siste redigering og lay-out.

Mia Vabø

Oslo, 15 desember 2017

Innhold

Sammendrag	7
1 Innledning	12
1.2 Bakgrunn for prosjektet	12
1.3 Hverdagsrehabilitering – mellom tradisjoner og nye trender	15
1.4 Forskningsspørsmål og forskningsperspektiver.....	20
1.5 Forskning for utvikling	23
2 Forskningsdesign og metode	25
2.1 En komparativ casestudie	26
2.2 Et samarbeid om felles refleksjon og læring	28
3 To kommuner – to veier til hverdagsrehabilitering	33
3.1 Innledning.....	33
3.2. Eigersund og Karmøy – to kommuner med ulike rammebetingelser for hverdagsrehabilitering	33
3.3 Lokale tilpasninger	37
3.4 Ulik forvaltningsstruktur – ulik tildelingspraksis	39
3.5 Kommunenes egne underveisvurderinger	44
3.6 Ideen om hverdagsrehabilitering skulle også gjennomsyre den ordinære hjemmetjenesten	48
3.7 Hvilke elementer av ideen fant veien?	51
3.8 Oppsummering og diskusjon.....	55
4 Kartlegging og måling i hverdagsrehabilitering (Kjersti Vik)	59
Introduksjon	59
4.1 Hva slags arbeidsredskap fantes da prosjektet startet?	60
4.2 Rutiner og erfaringer i Eigersund ved prosjektstart.....	64
4.3 Utvikling av ABK-Eigersund	65
4.4 Kartlegging og måling i hverdagsrehabilitering – utfordringer og dilemmaer.....	71
5 En «hverdagsrehabiliterende» arbeidsform i hjemmetjenesten – hva erfarer og tenker de ansatte?	77
5.1 En mer granskende arbeidsform	78
5.2 Det handler om å jobbe mer faglig og tverrfaglig	82
5.3 Å finne balansere mellom utfordring og støtte	84
5.4 Om å jobbe ut fra brukerens «viktighetsområde»	89
5.5 Oppsummering og diskusjon.....	95
6 Samskaping for en bedre hverdag	99
6.1 Samskaping – hva ligger i begrepet?	100
6.2 Perspektiver fra kommunens yttergrense	101
6.3 Perspektiver fra frivillige	106
6.4 Erfaringer og perspektiver fra lokalt næringsdrivende	112
6.5 Oppsummering og diskusjon.....	118

7 Sluttbetraktninger	123
7.1 Hverdagsrehabilitering preges av tidligere utviklingsspor	124
7.2 Men preges samtidig av et krysspress	125
7.3 Nye krav til samarbeid – nye utfordringer	126
7.4 Veien videre.....	130
Summary	133
Litteratur	139
Vedlegg:	147

Sammendrag

For å møte utfordringer som forventes å følge med et aldrende samfunn, satser mange norske kommuner på hverdagsrehabilitering – en form for rehabilitering som har til hensikt å bidra til at mennesker som har opplevd et funksjonsfall, gjenvinner funksjon slik at de kan fortsette et meningsfullt liv i eget hjem og nærmiljø. I prosjektet «Sammen om en aktiv hverdag» har vi fulgt to kommuner – Eigersund og Karmøy – over en treårs periode for å lære mer om deres omstillingsprosesser. Undersøkelsen har vært basert på følgeforskning der forskerne, i tillegg til å undersøke kommunenes ulike veivalg (kapittel 3), også har deltatt som diskusjonspartnere i deler av omstillingsprosessene (kapittel 4,5 og 6).

Til tross for at det er bred enighet omkring de generelle prinsippene for hverdagsrehabilitering, dreier det seg om et løst konsept som kan oversettes til praksis på forskjellige måter. Hvordan iverksettingen formes, er dels avhengig av lokale kontekstuelle forhold som økonomi, politiske styringssignaler og organisering av tjenesteapparatet. Omstillingen i våre to kommuner bar preg av de ulike rammebetingelsene som rådet på det tidspunktet iverksettingen startet opp. Eigersund kommune hadde i utgangspunktet en klassisk desentralisert organisasjonsform der ansvar for behovsvurderinger og tildeling av tjenester lå på samme nivå. Kommunen hadde ved oppstart relativt høyt ressursforbruk i sine helse- og omsorgstjenester og ønsket å investere i hverdagsrehabilitering i håp om at det skulle redusere etterspørselen etter andre hjemmebaserte tjenester. Kommunen valgte å etablere et selvstendig tverrfaglig team for hverdagsrehabilitering («HVR-teamet») som skulle fungere som en spydspiss i en omstilling der hele helse- og omsorgstjenesten skulle gjøres mer proaktiv og forebyggende. HVR-teamet hadde det formelle ansvaret for å tildele tjenesten, men fikk drahjelp av fagfolk fra andre tjenester som skulle «fange opp» og henvise kandidater de mente hadde potensial for å gjenvinne eller bedre sin funksjonsevne. Diskusjoner omkring hvem som var egnet for hverdagsrehabilitering, involverte dermed personal fra ulike fagfelt og tjenester: rehabilitering, hjemmesykepleie, psykiatri og sosial omsorg (dagsenter).

Karmøy kommune hadde en delt forvaltningsstruktur (bestiller–utfører) der ansvaret for å tildele tjenester var atskilt fra driften og lagt til en sentral

bestillerenhet. På det tidspunktet da hverdagsrehabilitering ble iverksatt, var helse- og omsorgstjenestene inne i en innsparingsprosess som baserte seg på å forbeholde ressurser til «de som trenger det mest». Kostra-tall hadde vist at ressurser i for stor grad var blitt tildelt mennesker med moderate hjelpebehov. At det ble besluttet å iverksette hverdagsrehabilitering, berørte ikke denne innsparingsstrategien. Hverdagsrehabilitering skulle, i likhet med andre tjenester, forbeholdes personer som etter loven hadde behov for nødvendig helsehjelp. Omstillingen til hverdagsrehabilitering skulle først og fremst dreie seg om å endre arbeidsformen og tankesettet i hjemmetjenesten på driftsnivå. Dermed var det nærliggende å velge en integrert modell. Kommunen valgte å «forsterke» hjemmetjenesten med en fysio- og en ergoterapeut som skulle bistå og veilede ansatte i arbeidet. En viktig begrunnelse for den integrerte modellen var at tjenesten samtidig ville fungere som inspirasjonskilde for en kulturell endringsprosess der hjemmetjenesten i sin alminnelighet skulle baseres på et mestringsperspektiv.

At hverdagsrehabilitering ble iverksatt så forskjellig i de to kommunene, fikk betydning for hvor mange mennesker som fikk tilbud om tjenesten. Eigersund, som la til grunn at hverdagsrehabilitering skulle fungere forebyggende, fikk logisk nok flere kandidater enn Karmøy som holdt fast i en restriktiv tildelingspraksis. At Eigersund kommune involverte så mange fagfolk i arbeidet med å henvise kandidater, medførte også at de fikk bred erfaring med ulike kategorier av pasienter, herunder personer som primært hadde psykososiale helseplager. I tråd med det som synes å være vanlig i norske kommuner (Langeland m.fl. 2016), ble hverdagsrehabilitering i Karmøy kommune først og fremst et tilbud for mennesker med somatiske helseutfordringer.

Dialogen mellom forskere og praktikere har dreid seg omkring tre ulike utfordringer.

1. Om å finne egnede kartleggings- og måleverktøy

Hvordan kan slike arbeidsverktøy bidra til at rehabiliteringen fungerer etter hensikten? Og hvordan er det mulig å måle hvorvidt rehabiliteringen er vellykket når det varierer fra person til person hva det er viktig å lykkes med? HVR-teamet i Eigersund så det som overordnet viktig å finne fram til arbeidsredskapet som kunne mobilisere brukeren til å samarbeide om hva som var mål og mening med rehabiliteringen. Både tidligere forskning og deres egne erfaringer tilsa at

sjansene for å lykkes beror på om brukeren samarbeider om å finne fram til hverdagslige aktiviteter som det er lystbetont og meningsfylt å mestre.

Hverdagsteamet drøftet og prøvde ut en rekke etablerte, relevante redskaper og fant ingen som i tilstrekkelig grad åpnet opp for brukernes egne fortellinger. Basert på egne erfaringer og «huskelister» og elementer hentet fra ulike anerkjente redskaper lyktes de med å utvikle et kartleggingsverktøy som alle fagfolkene i teamet opplevde som strukturerende og samtidig inviterende til en naturlig samtale med brukeren, og som tok utgangspunkt i brukernes versjon av virkeligheten. Imidlertid opplevde de det som vanskelig å utvikle gode metoder for å måle om brukerne oppnådde det som var viktig for dem. Mange eldre strevde mye med å tallfeste sine erfaringer. Selv om målingene noen ganger kunne stimulere til dialog og samtale, opplevde personalet også det motsatte – at anmodninger om å sette score på egne aktiviteter fungerte avstandsskapende og undergravde brukerdialogen.

2. Om å endre arbeidsform i hjemmetjenesten

Begge kommunene hadde ambisjoner om å etablere tankesettet bak hverdagsrehabilitering som en grunnholdning i den ordinære hjemmetjenesten. Men hvordan ser dette ut fra personalets ståsted? Hvilke utfordringer og hvilke utviklingspotensialer ser de?

For pleierne i hjemmetjenesten handlet den nye arbeidsformen om å være mer spørrende og granskende i møtet med nye pasienter. Målet var å avdekke hvilke ressurser og muligheter pasienten kunne mobilisere for å bli mer selvstendig i hverdagen. Faglig påfyll fra terapeuter samt revitalisering av egen sykepleiefaglig kunnskap hadde gjort dem bedre i stand til å understøtte pasienters selvhjelpenhet. De fikk også mer bruk for sine personlige sosiale ferdigheter i arbeidet med å motivere pasienter til å ta i bruk egne krefter. Men arbeidsformen stilte dem også overfor nye etiske utfordring: De skulle ikke bare unngå å overta oppgaver og gi «passiviserende» hjelp; de skulle også unngå å presse pasienten til å ta i bruk krefter de ikke hadde. Den etiske balansegangen ble vanskelig under tidspress. For å spare tid blir det lett til at de «overtok» oppgaver og «gjorde for» *eller* at de unnlot å gi nærvær, trygghet og oppmuntring som potensielt kunne ha virket «igangsettende». Erfaringer fra egen arbeidshverdag fikk dem til å problematisere uttrykket: «jobbe med hendene på ryggen». Overfor mange skrøpelige eldre kjentes det mer fruktbart «å gjøre sammen med» – utfordre forsiktig samtidig som en avlaster og trygger.

Å jobbe hverdagsrehabiliterende var enklest overfor pasienter som hadde somatiske helseplager og som ønsket seg tilbake til en aktiv hverdag de hadde før funksjonsfallet. Overfor personer som var passivisert som følge av isolasjon og ensomhet, ble arbeidsformen vanskeligere, dels fordi psykososiale problemer regnes for å ligge utenfor hjemmetjenestens ansvarsområde.

3. Om å spille på lag med frivillige og næringsdrivende

Målet om at eldre med nedsatt funksjon skal kunne holde fast i sine tilvante hverdagsrutiner så lenge som mulig, er et mål som overskrider kommunenes ansvarsområde. Begge kommunene hadde tatt initiativer til å synliggjøre og understøtte verdien av frivillig innsats. Spørsmålet om hvordan samarbeid på tvers av sektorer kan styrkes, ble diskutert med kommunalt ansatte, frivillige og lokale næringsdrivende – alle med erfaring knyttet til det å gjøre en ekstra innsats for eldre. Det var bred enighet om at det å «sette bort» forhåndsdefinerte oppgaver til frivillige kan være vanskelig å realisere. Om en skal ha frivillighetens engasjement, må en akseptere dens ustabilitet og begrensninger. Potensialet for å få til et fruktbart samarbeid er størst dersom lokale aktører inviteres inn på egne premisser til å bidra med egen skaperkraft og engasjement.

At kommunen lykkes med å etablere et samarbeid med frivillige som ønsker å gjøre noe for andre, er en viktig forutsetning, men ikke tilstrekkelig for å bidra til en mer sosial hverdag for eldre. En må også ta i betraktning de eldres eget perspektiv på tiltaket. Erfaring fra informantene var at flere eldre i målgruppen har vansker med å identifisere seg med sosiale tiltak som er rettet mot eldre med bestemte behov. Det kunne lett oppfattes som en form for medlidenhetshjelp. Om hensikten er å bidra til at eldre bevarer sin identitet som selvhjulpne individer, vil det være et poeng for kommuner å understøtte tiltak som i størst mulig grad tar form som et almenrettet service- og kulturtilbud.

Basert på praksisnære erfaringer og refleksjoner har vi tegnet et bilde av hverdagsrehabilitering som idé som har gitt ny energi inn i omsorgstjenestene gjennom å mobilisere flere faglige ressurser og gjennom å stimulere personalet til å være mer årvåkne overfor de særegne forutsetninger eldre har for å klare seg i eget hjem og nærmiljø. På samme tid er det viktig å være oppmerksom på at det dreier seg om en fleksibel idé som kan gi opphav til ulike typer praksis. Vi ser en fare for at konseptet lukkes inne i en fysisk-somatisk orientering der betydningen av at psykososiale behov blir overskygget. Dette kan skje dersom rehabiliteringsprosesser i for stor grad styres og vurderes i lys av

det som er lett målbart. Og det kan skje dersom omsorgsarbeidet fortsetter å være strikt oppgavedefinert og avgrenset. Det største potensialet (og den største utfordringen) for videre utvikling av hverdagsrehabilitering ligger i å utnytte og utvikle personalets kompetanse til å bygge relasjoner og spore opp psykososiale behov. Ikke for at de skal imøtekomme behovene, men snarere for å kunne bistå ved å finne fram til relevante tilbud i lokalsamfunnet. Personalets kunnskaper om brukernes hverdagsliv bør utnyttes og legges til grunn i kommunens arbeid med å understøtte initiativer fra frivillige og lokale næringsdrivende. Gitt at mange kommuner ser seg nødt til å redusere eget tilbud av praktiske og sosiale tjenester, har det oppstått et potensial for bedre deres pasienters hverdag gjennom å samarbeid med lokale servicebedrifter – enten direkte eller indirekte gjennom frivillige.

1 Innledning

1.2 Bakgrunn for prosjektet

Kommunale helse- og omsorgstjenester er for tiden under sterkt press, blant annet som følge av en sviktende aldersbæreevne. Årskullene som skal inn i arbeidsmarkedet i de nærmeste tiårene er mindre enn årskullene som forlater arbeidslivet. Selv om det kan tenkes at morgendagens eldre får bedre helse enn dem som er eldre i dag, kan vi ikke utelukke at en stor andel av dem vil ha behov for helse- og omsorgstjenester i sitt siste livsavsnitt. Med den forventede knapphet på helse- og omsorgspersonale i framtiden, oppfordres kommunene til å satse på forebygging, bedre utnyttelse av faglig kompetanse og bedre tilrettelegging for at mennesker som lever med sykdom og nedsatt funksjonsevne kan mestre sine plager og utfordringer på egen hånd og med god drahjelp fra familie og lokalsamfunn. I Stortingsmeldingen *Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet* (Helse og omsorgsdepartementet 2014–2015) heter det:

Med sikte på de demografiske endringene som venter oss for fullt om 10–15 år, bør tjenestene organiseres slik at de støtter opp under og utløser alle de ressurser som ligger hos brukerne selv, deres familie og sosiale nettverk, i nærmiljøet og lokalsamfunnet, i ideelle virksomheter og i næringslivet.

Sitatet vitner om et høyt ambisjonsnivå. Kommunene skal ikke bare omstille sine egne virksomheter – de skal også sørge for å «utløse ressurser» som ligger utenfor eget styringsfelt. Det er lett å si seg enig i at samfunnets samlede omsorgsressurser bør utnyttes for å møte de demografiske endringene i framtiden. Men hvordan kan og bør kommunene gå fram for å *påvirke og understøtte* innbyggernes evne og vilje til å ivareta seg selv og hverandre på en bedre måte? Hva slags tiltak bidrar til endringer i denne retningen? Hva slags omstendigheter påvirker prosessen og hva slags hindringer og utfordringer oppstår underveis?

I prosjektet «Sammen om en aktiv hverdag» har målet vært å bidra til kunnskap om disse spørsmålene gjennom å følge omstillingsprosesser i de to Rogalands-kommunene Eigersund og Karmøy. De to kommunene har iverksatt flere parallelle endringsprosesser for å forberede seg til morgendagens helse- og omsorgsutfordringer. I dette prosjektet har vi i stor grad konsentrert

oss om kommunenes satsning på hverdagsrehabilitering – ikke kun som en snever tidsavgrenset tjeneste, men som et tankesett og en arbeidsform som skal gjennomsyre arbeidet i den ordinære hjemmetjenesten. Det har også ligget innenfor rammen av prosjektet å innhente perspektiver på hvordan lokale aktører utenfor egen organisasjon kan ta et medansvar for at eldre kan leve aktive gode liv.

1.2.3 HVERDAGSREHABILITERING – EN LØS BETEGNELSE

Det finnes ingen entydig og autoritativ definisjon av hverdagsrehabilitering. I internasjonal litteratur blir det gjerne understreket at hverdagsrehabilitering («reablement») inngår som en del av en ny, bærekraftig (sosial investerings-) politikk som legger opp til å redusere eldres avhengighet av hjelpeapparatet og dermed også utgifter til tradisjonell eldreomsorg (Timonen 2016). For øvrig er det uklart hva slags intervensjon det dreier seg om og hvilke pasientgrupper som er aktuelle (Legg m.fl. 2016). En foreløpig oppsummering av forskning fra Norge og Skandinavia (Førland & Skumsnes 2016:11) opererer med følgende vide definisjon:

Hverdagsrehabilitering er en tidsavgrenset, intensiv og målrettet rehabilitering i hjem og nærmiljø rettet mot personer som har opplevd et funksjonsfall, og der terapeuter, sykepleiere og ansatte i hjemmetjenesten i kommunen samarbeider og bistår personen med trening og tilrettelegging av hverdagsaktiviteter som er viktige for personen selv.

En viktig grunntanke bak ideen om hverdagsrehabilitering er at et individs evne til å gjenvinne sin fysiske, mentale og sosiale funksjonsevne i stor grad vil bero på at rehabiliteringen kretser omkring hverdagsaktiviteter som gir mening og betyr noe for selvfølelsen til den enkelte. Å bli i stand til å *gjøre noe* har liten hensikt dersom det ikke er relatert til aktiviteter som har betydning for den det gjelder. Derfor er det overordnet viktig at profesjonelle arbeider med utgangspunkt i pasientens «viktighetsområde» (Bredland, Linge & Vik 2011). Dersom det for eksempel betyr mye for en person å kunne fortsette å delta i venninnegruppens ukentlige samlinger, vil det være nærliggende å konsentrere rehabiliteringsinnsatsen omkring de aktivitetene som er avgjørende å få dette til. Målet for rehabiliteringen er altså ikke snevert avgrenset til den enkeltes kroppslige funksjonsevne. Det ultimate målet er at tjenestemottakeren skal kunne opprettholde sine vaner, rutiner og gyldne stunder i hverdagen.

I forlengelsen av denne forståelsen er det nærliggende å rette søkelyset, ikke bare mot individuelle mestringsressurser (fysisk utholdenhet, pågangsmot og så videre), men også mot sosiale og kollektive mestringsressurser. Tidligere rektor ved ergoterapiskolen i Århus, Gunner Gamborg, oppfordrer fagfolk som bedriver hverdagsrehabilitering til å rette oppmerksomheten mot relasjoner og ressurser som eksisterer i de sosiale fellesskapene mennesker er innvevd i – som han uttrykker det: «Det er godt at være lengst mulig i eget liv, men det er endnu bedre at være lengst mulig i hinandens liv»¹

Selv om hverdagsrehabilitering defineres som et nytt tjenestetilbud – basert på en tidsavgrenset intervensjon – understrekes det ofte at det er nødvendig med *samarbeid* både med det øvrige tjenesteapparatet i kommunen og med andre aktører i familie og nærmiljø. En kortvarig rehabiliteringsprosess med mestring som siktemål vil neppe lykkes dersom ikke den ordinære hjemmetjenesten følger opp med å understøtte mestringsperspektivet. Likeledes vil målet om å holde fast på sine sosiale nettverk og aktiviteter vanskelig kunne nås uten at nærstående personer og andre i nærmiljøet tar medansvar. Det er med andre ord viktig at tankesettet som følger med hverdagsrehabilitering deles av flere enn fagfolkene som utfører den tidsavgrensede tjenesten.

I våre to kommuner har det vært et uttrykt mål at hverdagsrehabilitering *ikke* skal fungere atskilt og isolert fra den ordinære hjemmetjenesten. Dette har vært et særlig klart uttrykt mål i Karmøy kommune, der målet var å *integre* hverdagsrehabilitering som en del av hjemmetjenesten. Men også i Eigersund, der hverdagsrehabilitering ble organisert som et «eget» team, var samarbeidet med hjemmetjenesten (og de øvrige helse- og omsorgstjenestene) svært viktig. Hjemmetjenesten er en viktig arena både for å *identifisere personer* som kan ha utbytte av hverdagsrehabilitering og for å *vedlikeholde mestringsnivået* som en person har oppnådd. Det har vært et klart mål for kommunene å bidra til et aktivt og meningsfylt liv for mennesker med ulike former for funksjonssvikt. Men kommunene har samtidig understreket at ansvaret for et aktivt og meningsfylt liv må deles med andre aktører – med familie, venner, frivillige og andre aktører i lokalsamfunnet. Begge kommunene har med utgangspunkt i denne forståelsen sett det som viktig å legge til rette for å skape synergier mellom eget tjenesteapparat og de ressurser som finnes i lokalsamfunnet – i lokale lag og foreninger og i lokalt næringsliv.

¹ (<http://danske-aldre raad.dk/wordpress/wp-content/uploads/2013/03/Seminar-6.pdf>)

1.3 Hverdagsrehabilitering – mellom tradisjoner og nye trender

Hverdagsrehabilitering fremstilles ofte som en ny og mer fornuftig måte å tenke «omsorg» på. På hjemmesidene til kommunesektorens interesse- og arbeidsgiver-organisasjon, KS, heter det:

Istedenfor å tilby brukere med funksjonssvikt kompensierende og passiviserende tiltak, vil de få et skreddersydd rehabiliteringstilbud med mål om bedre mestring av dagligdagse gjøremål. Et tverrfaglig team veileder og tilrettelegger for aktiviteter som er satt ut fra brukerens egne ressurser. Spørsmålet som stilles er; hva er viktig å mestre selv?»

Som utsagnet antyder blir hverdagsrehabilitering ofte stilt i kontrast til tidligere former for omsorg som er kompensierende og passiviserende. Det blir hevdet at en tidligere var fanget i en «hjelpfelle» (Fürst & Høverstad 2014) eller at en bedrev en form for misforstått omsorg, der det å hjelpe så mye som mulig ble et mål i seg selv (Birkeland 2014).

Å fremstille virkeligheten ved hjelp av slike kontraster er vanlig når en ønsker å bevege en organisasjon i en ny retning. Forskning omkring ulike endringsprosesser viser at pådrivere for nye ideer har en tendens til å «demonisere» fortiden og idyllisere de nye tankene. Den etablerte (tidligere) praksisen blir karakterisert som lite rasjonell og nesten litt snodig, mens nye ideer fremstilles som helstøpte og selvinnlysende fornuftige (Styhre 1998). Kontrasteringer (og forenklinger) er et virkemiddel som tas i bruk av den som ønsker å bevege og forandre. For forskere som ønsker å forstå og forklare er det viktig å nyansere perspektiver og bringe inn kritisk refleksjon – både omkring etablerte praksiser og de nye ideene. Praksisnær forskning er helt avhengig av at det eksisterer en bevissthet om *hvorfor* etablerte praksiser er som de er. Hvis ikke risikerer man å forkaste velbegrunnet praksis som er verdt å føre videre (Hummelvoll 2011).

Når vi her ønsker å utforske hvordan nye ideer om hverdagsrehabilitering blir forstått og oversatt til praksis legger vi til grunn at ideene lander i en verden der det allerede finnes etablerte systemer og arbeidsformer som er mer eller mindre kompatible med ideen om hverdagsrehabilitering. Begrunnelsen for disse systemene og arbeidsformene ligger ofte tilbake i tid. For å tydeliggjøre hvilke systemer og praksisformer ideen om hverdagsrehabilitering brytes mot skal vi gi et kort tilbakeblikk på noen viktige vendepunkt i historien om de hjemmebaserte tjenestene.

1.3.1 HJEMMETJENESTENS KONSOLIDERINGSFASE

Hjemmetjenesten har vært i kontinuerlig forandring helt siden den ble en del av den moderne eldreomsorgen i 1960-årene. De første tiårene fungerte tjenesten først og fremst som en praktisk og sosial hjelpetjeneste. Kommunene betalte husmødre per time for å hjelpe et begrenset antall eldre i eget nærmiljø. Store deler av regningen ble betalt gjennom en statlig refusjonsordning (Nygård 1984, Vabø 2007).

Det var først på 1980-tallet at hjemmetjenesten for alvor fikk karakter av å være et profesjonelt organisert arbeid (Vabø 2007). I løpet av dette tiåret ble det gjennomført omfattende reformer i kommunal sektor. Ansvaret for sykehjem ble flyttet fra fylket til kommunen, slik at det ble lettere å vurdere hele helse- og omsorgstjenestefeltet under ett (Romøren 1998). Finansierings-systemet ble lagt om fra en refusjonsordning til rammefinansiering, slik at kommunene også fikk ansvaret for at ressursene ble utnyttet best mulig. Mange kommuner la opp til en strategi der kostnadskrevenne institusjonsplasser ble lagt ned, samtidig som de flyttet oppgaver over til hjemmetjenesten. Hjemmetjenesten ble en heldøgns tjeneste med stadig større innslag av stell og sykepleie. I den samme perioden ble fysio- og ergoterapeuter overført fra fylkeskommunen og sykehjemmene til primærhelsetjenesten. En viktig del av hensikten var at det også skulle satses mer på rehabilitering og da også i tettere samarbeid med hjemmesykepleien.

Hjemmetjenesten hadde i denne fasen en fleksibel organisasjonsform der ansvaret for å fatte beslutninger om hjelpemottakerens behov var delegert til selvstyrte sonegrupper som hadde ansvar for et bestemt distrikt. I en analyse av styrker og svakheter ved ulike organisasjonsmodeller hevder Lars Nygård at denne desentraliserte modellen gav grobunn for å skape en «vi»-følelse og for å gi ansatte et eiendomsforhold til problemene som gav dem en spore til å finne kreative løsninger hos sine brukere (Nygård 1984:51). Nygård beskrev de selvstyrte gruppene som en organisasjonsform som var tilpasset oppgavens art, det vil si til den enkelte hjelpemottakerens unike og sammensatte behov. Det kunne være behov for tekniske hjelpemiddel, pleie, tilsyn, hjelp til matlaging, følge til legebesøk eller råd og hjelp til å skrive søknader eller til å takle ulike livshendelser. Hjemmetjenestens ansatte ble beskrevet som generalister som skulle forholde seg til «helheten». Det ble samtidig eksperimentert med ulike organisasjonsmodeller for fysio- og ergoterapitjenestene – alt fra integrerte modeller der terapeutene var tilknyttet hver sone i hjemmetjenesten, til egne rehabiliteringsteam eller egne tjenester for fysio- og ergoterapi.

Innføringen av selvstyrte sonegrupper i hjemmetjenesten var den gang ment til å bidra til bedre og mer fleksibel tilpasning mellom behov og tjenester. Undersøkelser viste etter hvert at behovsvurderingene i tjenesten i stor grad var preget av et prinsipp om hjelp-til-selvhjelp. Det var et prinsipp som hadde vokst fram som kritikk av tidligere gerontologiske perspektiver som så alderdommen som et passivt livsavsnitt der eldre ønsket å trekke seg tilbake (Thorsen 1996), men som også gikk hånd i hånd med et økende press om å begrense utgiftsveksten som fulgte med det offentlige omsorgsansvaret. Selv om pleiepersonalet åpenbart også var påvirket av arbeidsformer og rutiner som de hentet fra aldersinstitusjonene, henviste de stadig til prinsippet om hjelp-til-selvhjelp – gjerne i kombinasjon med argumenter om å ikke gi mer tjenester enn budsjett-rammene kunne tåle (Vabø 1998, Thorsen 1998). Prinsippet om hjelp-til-selvhjelp fant støtte i offentlige dokumenter, blant annet i Sosialdepartementets rundskriv I-I/93, Lov om sosiale tjenester, der det ble understreket at personalet var påkrevet å vurdere hvorvidt arbeidet skulle utføres for hjelpemottakeren, sammen med hjelpemottakeren eller under tilsyn av hjelpemottakeren.

1.3.2. ØKT VEKTLEGGING PÅ RETTSSIKKERHET OG MODERNISERING

Til tross for at mestringsenkningen var kjent, ble 1990-tallet et tiår da hjemmetjenesten i økende grad ble forstått som en form for forhåndsdefinert service. Den gradvise endringen kom ikke «innenfra» fagmiljøene, men var snarere en tilpasning til administrative forandringer som fulgte i kjølvannet av at eldreomsorgen stadig oftere ble gjort til et politisk kamptema (Bay 1998). Sittende regjeringer ble stadig utsatt for et press om å styrke innbyggernes rettigheter og sørge for demokratisk innsyn og kontroll med tjenestene (Vabø 2011). Det betydde at omsorgstjenestene i større grad enn tidligere måtte gjøre sine standarder eksplisitte, inngå skriftlige avtaler med brukere og dokumentere overfor forvaltningen at de faktisk forholdt seg til det kommunen hadde lovet. Denne regulerings-trenden gikk hånd i hånd med et krav om modernisering av offentlig sektor. På 1990-tallet var modernisering nærmest ensbetydende med at offentlige virksomheter skulle formes i bedriftens og markedets bilde.

Med 1990-tallets moderniseringsreformer – etter hvert kjent som New Public Management (NPM) – valgte mange kommuner (især store kommuner) å omstrukturere tjenesteapparatet med utgangspunkt en bedriftsøkonomisk organisasjonsmodell – *bestiller-utførermodellen*. Modellen foreskriver et skille mellom forvaltning og drift der forvaltningen (bestiller) definerer hva

som skal gjøres og kontrollerer at det følges opp, mens ulike driftsenheter (resultatenheter) skal konsentrere seg om å utføre det bestiller har bestemt. Modellen ble i første omgang begrunnet som en struktur egnet for å invitere inn private tilbydere for å konkurrere om å levere tjenester. Etter hvert ble imidlertid modellen mer generelt ansett som egnet både for å bedre innsyn og kontroll med kommunens ressursbruk og tjenestekvalitet og dessuten for å sikre at hjelpen ble rettferdig fordelt og tildelt på nøytralt og saklig grunnlag. Kritikken mot de selvstyrte gruppene som var vanlig tidligere var at de bidro til at ressurser ble ulikt fordelt. Kritikken førte til at makt ble flyttet fra fagfolk som jobbet tett på hjelpemottakerne til saksbehandlere som befant seg på et bestillerkontor en armlengdes avstand fra den daglige omsorgen. Også fysio- og ergoterapeuter ble underlagt denne strukturen. Etter at de ble organisert i sine egne resultatenheter, fikk de mindre samarbeid med hjemmetjenesten og ble generelt nedprioritert til tross for oppfordringer om å etablere rehabilitering som et sentralt tilbud til befolkningen (Meld. St. 21, 1998–99).

Bestiller-utførermodellen er blitt møtt med kritikk fra flere faggrupper. Flere mente at organisasjonsformen forhindret nødvendige faglige diskusjoner rundt tildelinger og hemmet nødvendig fleksibilitet i møte med ulike menneskeskjebner (Skog & Andresen 2011, Kjellberg mfl. 2011, Vik & Eide 2012, Johannsen 2015, Gjerde m.fl. 2016, Steihaug mfl. 2016,). Undersøkelser både fra hjemmetjenesten (Vabø 2007) og fra rehabiliteringstjenesten (Vik & Eide 2012) viser at ansvarsdelingen mellom bestiller og utfører sjelden er så strengt atskilt som beskrevet i økonomenes lærebøker.² I hjemmetjenesten samarbeider ofte bestiller og utfører om å vurdere og revurdere behov for å sikre at vedtak blir «riktige» (Blomberg 2004, Vabø 2007, 2009). Ikke desto mindre viser den samme forskningen at det delte ansvaret kan føre til både dobbeltarbeid og ansvarspulverisering (Cooper 2006, Vabø 2009). Bestiller-utførermodellen anvendes noen ganger som et utgangspunkt av kommuner som ønsker å skape en mer restriktiv tildelingspraksis, men de samme kommunene vil noen ganger følge opp med en «oppmyking», der

²Modellen har sitt utspring i økonomisk organisasjonsteori - den såkalte prinsipal-agent-teorien (Bush 2001) som i prinsippet bygger på at det er et mistillitsforhold mellom prinsipal og agent. Teorien sier da at det foreligger mulighet for *opportunistisk* atferd – agenten kan forfølge egne mål, gi selektiv informasjon eller ta sjanser som prinsipalen ikke ønsker. Agenten (utfører) kan altså «lure» prinsipalen (bestiller). Den viktigste grunnen til å innføre kontraktstyring, prestasjonsmålinger og konkurranse i offentlig sektor er, ifølge teorien, å *unngå opportunistisk atferd* som bidrar til overproduksjon eller lav produktivitet.

de (re)etablerer et tettere samarbeid (Vabø 2011). I noen tilfeller er modellen opprettholdt i navnet, men fungerer så utvannet at det er blitt stilt spørsmål ved hva som egentlig er poenget med modellen (Skog & Andersen 2011).

De siste par årene har spørsmålet om hensikten med bestiller-utførermodellen vært stilt på politisk nivå. Enkelte politikere har (med inspirasjon fra danske kommuner) fått øyene opp for tillitsreformer. Grunntanken bak disse reformene er at fagfolk som jobber nært brukerne har de beste forutsetningene for å avklare hva som er en nødvendig og forsvarlig tjeneste. I forsøket på å gjenreise tilliten til fagfolk blir det prøvd ut modeller som innebærer en oppmyking eller avvikling av bestiller-utførermodellen. Tanken er at saksbehandlingen skal inkluderes i et tverrfaglig team som går i tett dialog med den enkelte hjelpemottaker. En viktig begrunnelse for å dreie organiseringen i denne retningen er at det kan skape en tjeneste som i større grad er følsom for de komplekse omstendighetene (ressurser og barrierer) som omgir hver enkelt bruker. Det kan altså se ut som om nye ideer om personsentrert tverrfaglig tjenesteyting (herunder hverdagsrehabilitering) sporer kommuner inn på den samme organisasjonsforståelsen som Nygård beskrev i 1984. En viktig (og krevende) forskjell er imidlertid at teamene i større grad også utfordres til å ta vare på bestillerfunksjonen (Eide m.fl. 2017).³

De to kommunene som deltar i dette prosjektet har tidligere tatt ulike veivalg når det gjelder modernisering av de hjemmebaserte tjenestene. Karmøy valgte for 15 år siden å etablere et felles bestillerkontor for helse- og omsorgstjenesten i hele kommunen. Det betyr at det formelle ansvaret for å foreta behovsvurderinger og fatte vedtak om avslag/tildeling av tjenester er atskilt fra den praktiske utførelsen av tjenester. Det gjelder både for hjemmesykepleie/praktisk bistand og for rehabiliteringstjenester. Eigersund har foreløpig holdt fast ved en forvaltningsstruktur som var utbredt tidlig på 1990-tallet. Her blir behov vurdert og vedtak fattet av fagfolk som befinner seg på det utførende nivå – enten av soneleder eller av en faglig koordinator.

³ Tillitsreformene relateres til nyere organisasjonsformer med vekt på samarbeid på tvers av tjenester og sektorer assosiert med et paradigmeskift i offentlig styring – en bevegelse bort fra New Public Management (NPM) med dets vekt på bestiller-utførermodeller og timeglassmodeller over mot New Public Governance (NPG) og en mer åpen og inklusiv søken etter løsninger basert på relasjonell koordinering og samskaping på tvers av etater og tjenestefelt (Torfing m.fl 2016; Torfing & Triantrafillou 2016).

1.4 Forskningsspørsmål og forskningsperspektiver.

Når det gjelder forskning omkring hverdagsrehabilitering har politikere og byråkrater først og fremst vært opptatt av om denne formen for intensiv rehabiliterende innsats fungerer etter hensikten. Er det riktig at selv skrøpelige eldre kan trenes opp til å klare seg uten tjenester etter et alvorlig funksjonsfall? Og er det virkelig en kostnadseffektiv strategi for kommunen å gi intensiv hverdagsrehabilitering for å forhindre at mennesker blir avhengige av tradisjonelle pleie- og omsorgstjenester? Etterspørselen etter effektevalueringer er forståelig.⁴ Men studier som utelukkende retter søkelyset mot effekter har sine klare begrensinger, blant annet fordi det foreløpig er uklart *hva* som virker, *for hvem* og under *hvilke omstendigheter*.⁵

Hverdagsrehabilitering er en åpen og mangslungen idé. I motsetning til de fleste medisinske behandlingsformer – som jo dreier seg om å intervensere i den menneskelige biofysikken – vil den som bedriver hverdagsrehabilitering også intervensere i menneskers psykiske og psykososiale helseproblemer samt i deres sosiale og fysiske omgivelser. Hverdagsrehabilitering kan dreie seg om fysisk trening (styrke og balanse), hjelp til mental omstilling, opplæring i nye teknikker (for påkledning, medisin håndtering), tilrettelegging av inventar og omgivelser samt ulike former for rådgivning (for eksempel til pårørende), kontaktformidling og så videre. Det komplekse omfanget av kunnskaper, teknikker og tilnærminger tilsier at det dreier seg om en form for intervensjon som i praksis kan iverksettes på høyst forskjellige måter.

I dette prosjektet har vi hatt det som vårt utgangspunkt at hverdagsrehabilitering er en relativt løs idé som må fortolkes og konkretiseres før den får praktisk betydning. Et viktig forskningsmål har vært å utforske nærmere *hvordan* ideen blir oversatt til praksis, og da særlig hvordan tjenesten innordnes en etablert profesjons- og forvaltningsstruktur. Problemstillingen er

⁴ I Norge er det nylig gjennomført en slik intervensjonsstudie. Her ble effekter av hverdagsrehabilitering sammenlignet med effekter av ordinære hjemmetjenester blant 833 personer valgt ut fra 43 kommuner. Studien indikerer at hverdagsrehabilitering virker helsefremmende. På samme tid bemerker forskerne at de i liten grad har fått innsikt i *hva* det er som virker og *hvem* det er som i størst grad drar fordel av intervensjonen (Tuntland m.fl. 2017).

⁵ Legg m.fl. (2016) karakteriserer hverdagsrehabilitering ('reablement') som en uklar intervensjon rettet mot en uklar og sammensatt pasientgruppe. Med utgangspunkt i et strengt biomedisinsk kunnskapssyn hevder de at intervensjonen ikke innfrir kravene som stilles til presisjon i en kontrollert, randomisert studie.

forankret i et «realistisk» forskningsperspektiv som legger til grunn at implementeringen av nye rutiner og praksisformer aldri finner sted i et sosialt vakuum. Hvordan implementeringen skjer vil alltid bero på en rekke kontekstuelle forhold som ikke har å gjøre med selve ideen.

Når vi bruker begrepet kontekst⁶ viser vi her til at implementeringen vil påvirkes av omstendigheter som finner sted på ulike nivåer og arenaer i kommunen. Den kan påvirkes av forhold på forvaltningsnivå (for eksempel etablerte kontrollrutiner), forhold som berører organisering og kommunikasjon mellom ulike tjenesteenheter eller forhold i praksisfeltet der personalet møter befolkningen ansikt-til-ansikt. Ofte vil det være omstendigheter som kommunen ikke har umiddelbar kontroll over, slik som lover og regler, geografiske forhold, arbeidsmarked, demografi og så videre. Det er viktig å understreke at konteksten ikke er «fastfrosset» og statisk, men noe som utvikles over tid. Med dette perspektivet kan vi tenke oss at oversettelsen fra idé til praksis vil preges av beslutninger og veivalg som ligger tilbake i tid – og som gjerne ble etablert med utgangspunkt i helt andre ideer og formål enn dagens utviklingsarbeid.⁷ Men, som Pettigrew (1987) påpeker, kan iverksettingen av tiltaket også preges av planer og visjoner som peker framover i tid. Det er med andre ord ikke slik at man er dømt til å leve fullstendig i skyggen av sine tidligere valg (selv om mange forhold i praksis kan være vanskelige og tidkrevende å endre). Ideer blir ofte betraktet som en del av en større «pakke» av reformer og vil dermed ofte påvirkes av andre ideer om endring som foregår parallelt.⁸ Det er for eksempel nærliggende å tro at hverdagsrehabilitering vil berøres av mange av de parallelle prosessene som settes i gang av kommunene, det være seg satsning på velferdsteknologi, nye fagressurser eller forvaltningsformer.

For å forstå hvordan kontekstuelle forhold spiller inn når en idé skal settes ut i praksis er det viktig å ta i betraktning at det ofte er mange mennesker som

⁶ Kontekst kommer av latinsk *contextus* som betyr «sammenveving».

⁷ Et eksempel på dette kan være at kommunen tidligere har etablert en bestiller-utførerstruktur for å styrke rettsikkerhet og saksbehandling. Denne strukturen vil ikke automatisk forsvinne selv om den bygger på andre forutsetninger enn ideen om hverdagsrehabilitering.

⁸ NPM-reformene fra 1990-tallet er typiske eksempler på slike pakker – en strøm av ulike overlappende bedriftsøkonomiske styringstiltak, som ble lansert for å gjøre tjenesten mer strømlinjeformet, målbar og styrbar. I dag er det mange forvaltningsforskere som mener at reformtrenden har snudd og dreid i retning av NPG og en større vektlegging på tillitsbasert koordinering – på tvers av fagfelt, tjenesteenheter og sektorer.

bidrar i prosessen. *Hvem* som bidrar endrer seg ofte fra ideen lanseres i politiske taler og plandokumenter til den vedtas og introduseres for ulike grupper av offentlige ansatte. Når ideen skal filtreres gjennom mange hoder blir utfallet av oversettelsen uforutsigbart – rett og slett fordi det ikke er gitt at de som er involvert i oversettelsen forstår ideen på samme måte. Basert på sine studier av ulike endringsprosesser finner Czarniawska og Joerges (1996) at mennesker som er ulikt posisjonerte i en organisasjon ofte «ser» forskjellige ideer i de samme tekstlige formuleringene. Hvordan og hvorvidt en idé blir forstått og oversatt beror i stor grad på hvilke kunnskaper en har og hvor en er plassert i organisasjonen. Noen som befinner seg i en posisjon med ansvar for å forvalte knappe ressurser vil være årvåken overfor ideer som lover kostnadsbesparing. Og dersom en jobber med palliativ pleie er sjansen større for at en vil fatte større interesse for ideer om god smertebehandling enn ideer knyttet til opptrening av hoftebrudd. I praksis er det ofte slik at ideer passerer forbi uten å fange ens oppmerksomhet overhode: Aktørene får en overflatisk forståelse og avfeier ideen som virkelighetsfjern prat eller som selvfølgeligheter (noe vi allerede vet eller kan). Men de kan også oppfattes som ny innsikt – noe som forandrer ens egen tenke- og handlemåte (en aha-opplevelse).

Ifølge Czarniawska og Joerges (1996) vil potensialet ved en idé kunne oppdages gradvis etter hvert som aktørene erverver seg ny kunnskap og erfaring. Faren for at ideen skal «gli forbi» uoppdaget er størst når aktørene presenteres for et kontekstløst budskap. Når det skjer en mer kontrollert læringsprosess, der aktørene eksponeres for konkrete eksempler som kan relateres til egen hverdag, øker sjansen for at de kan oppleve ideen som en kilde til ny innsikt om hvordan egen praksis kan endres. På dette punktet overlapper Czarniawska og Joerges (1996) oversettelsesteori med moderne læringsteorier som vektlegger praksisbasert læring – læring som utspiller seg i konkrete kontekster.

I kapittel 3 undersøker vi hvordan ideen om hverdagsrehabilitering blir fortolket og oversatt på ulike nivåer i Eigersund og Karmøy kommune. Vi understreker at det *ikke* dreier seg om å sammenligne kommunene i henhold til gitte suksesskriterier, men snarere å vise hvordan oversettelsen fra idé til praksis formes av de ulike kontekstuelle forholdene som eksisterer i de to kommunene – og da særlig deres økonomiske rammebetingelser og etablerte forvaltningsstruktur.

1.5 Forskning for utvikling

Vårt forskningsprosjekt har hatt som mål å bidra til en praksisnær helse- og omsorgstjenesteforskning som har lange tradisjoner Norden (Szebehely 2005). Prosjektet har vært basert på følgeforskning, der forskere og praktikere har aktivt utvekslet erfaringer underveis i en utviklingsprosess (se mer om dette i kapittel to). Forskerne har ikke bare studert ideoversettelsen med et distansert utenfra-blikk, men har også bidratt med problemstillinger og perspektiver basert på egen forsknings kunnskap. For kommunenes ledere og praktikere har forskningssamarbeidet (i større eller mindre grad) inngått som en del av deres utviklingsarbeid. Samarbeidet har kretset omkring tre av kommunenes utviklingsoppgaver:

1. Den første utviklingsoppgaven handler om å velge eller utvikle arbeidsredskaper som kan få hverdagsrehabilitering til å fungere etter hensikten – det vil si som er tverrfaglig, persontilpasset og som kan gi indikasjoner om hvorvidt et intensivt (ressurskrevende) tjenestetilbud som hverdagsrehabilitering virkelig kan være effektivt og lønnsomt. Begge kommunene hadde i utgangspunktet lagt opp til å følge Helsedirektoratets anbefalinger om å anvende det standardiserte ergoterapeutiske kartleggingsverktøyet Canadian Occupational Performance Measure (COPM) (Townsend & Polatajko 2007). Eigersund var i tillegg åpen for å prøve ut alternative kartleggingsverktøy.⁹ Målet var et arbeidsredskap som skulle være enkelt å bruke for et tverrfaglig team, uten å miste av syne politikernes behov for styringsinformasjon og hverdagsrehabiliteringens grunntanke om å skreddersy rehabiliteringen i tråd med det brukeren anser er viktig for dem. Erfaringene fra utviklingen av dette redskapet er beskrevet i kapittel fire.

2. Den andre utviklingsoppgaven tar utgangspunkt i kommunenes mål om å gjøre prinsippene bak hverdagsrehabilitering til en del av hjemmetjenestens faglige orientering. Basert blant annet på danske erfaringer (Socialstyrelsen 2013) var begge kommunene i utgangspunktet bevisste på at en holdningsendring i relasjon til brukerne best kan skje dersom de ansatte får lære gjennom konkrete praktiske eksempler. Som vi skal beskrive nærmere i kapittel tre, la

⁹ Karmøy hadde bundet seg til å anvende COPM ettersom de deltok i den nasjonale følgeforskningen.

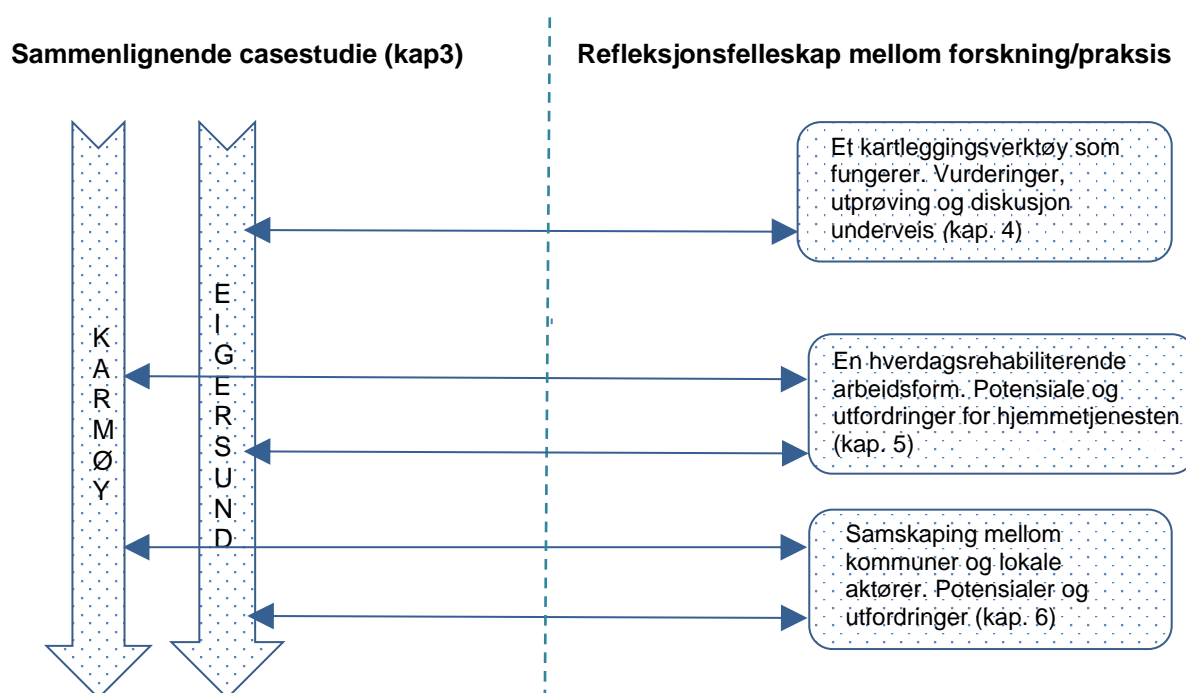
begge kommunene derfor til rette for erfaringslæring, basert på en kombinasjon av hospitering og refleksjon. Tanken var å få ansatte til å reflektere over egen praksis og utfordringene knyttet til den nye arbeidsformen. Deler av refleksjonsarbeidet skjedde i direkte samarbeid med forskere. Innholdet i refleksjonene blir beskrevet i kapittel fem.

3. Den tredje utviklingsoppgaven tar utgangspunkt i kommunenes mål om å understøtte arbeid som frivillige og lokale næringsdrivende driver til beste for en aldrende befolkning. Forskerne har bidratt inn i dette arbeidet gjennom å innhente konkrete erfaringer og synspunkter fra representanter fra frivillige organisasjoner og næringsliv. Dette har vi gjort dels gjennom individuelle intervjuer med ulike relevante aktører, dels gjennom å ha arrangert gruppediskusjoner der aktører som på ulike måter gjør en innsats for eldre har diskutert muligheter og barrierer knyttet til samarbeid på tvers av sektorer.

2 Forskningsdesign og metode

Valg av forskningsdesign og metode vil alltid bero på hva slags problemstilling som skal belyses. I prosjektet «Sammen om en aktiv hverdag» har vi hatt et åpent og eksplorerende utgangspunkt der målet har vært å utforske hva som hemmer og fremmer kommunenes bestrebelser på å omstille tjenesteapparatet i tråd med ideen om hverdagsrehabilitering. Det har vært et sentralt premiss for prosjektet at omstillinger skjer innenfor rammen av en historisk og sosial *kontekst*. For å få tak i det komplekse samspillet av kontekstuelle forhold som påvirker iverksettingsprosessene har det vært nærliggende å basere seg på et *case-studie design* – et fleksibelt forskningsdesign som åpner opp for at prosesser kan studeres ved hjelp av mange ulike datakilder (Hakim 2000). Som nevnt i forrige kapittel har prosjektet også hatt et element av *samarbeid* mellom forskere og kommuner, der målet har vært å dra nytte av et refleksjons- og læringsfelleskap.

Figur 1 Forskningsdesign



I dette kapitlet skal vi kort utdype forskningsdesign og metode, først ved å si litt mer om *casestudiene* og hva slags data som er blitt samlet inn; deretter ved å si litt mer omkring det å etablere et refleksjonsfelleskap med aktører i feltet som utforskes.

2.1 En komparativ casestudie

Casestudier er et forskningsdesign som er orientert mot å belyse fenomener innenfor det virkelige livs rammer. I motsetning til enkeltstående smale randomiserte studier eller spørreskjemaundersøkelser som inkluderer mange enheter og få variabler, er casestudier «multifaktorielle». Kort fortalt betyr det at de går i dybden av få enheter gjennom å utforske hvordan fenomener påvirkes av mange ulike variabler. Casestudier anvendes med andre ord først og fremst for å forstå og forklare fenomener – ikke for å undersøke fenomeners utbredelse. Datainnsamlingen vil dermed typisk være styrt av *hvordan* og *hvorfor* spørsmål. Fordelen ved casestudien er at den er et fleksibelt forskningsdesign som åpner opp for at et case kan studeres ved hjelp av flere datakilder og metoder (Hakim 2000). I casestudier der organisasjoner utgjør den sosiale enheten vil det for eksempel være aktuelt å basere seg på nøkkeltall for organisasjonen, observasjoner og intervjuer med aktører som er ulikt posisjonert i organisasjonen (Yin 1994).

I litteratur om casestudier pekes det ofte på fordelene ved å inkludere flere ulike case for å gjøre sammenligninger på tvers (cross-case analysis). Hensikten med å sammenligne case som både har trekk som er like og *ulike* hverandre kan for eksempel være å synliggjøre hva ulike kontekstuelle forhold betyr for en bestemt type intervensjon (Pettigrew 1990). Ifølge Yin (1994) er fordelen med to eller flere ulike case at de gjør det mulig å peke på kontraster både innenfor et case og mellom case, noe som igjen gir grunnlag for å utvikle forklaringer på hvordan fenomener henger sammen.

I denne undersøkelsen baserer vi oss på casestudier fra to kommuner som begge har hatt et mål om å iverksette omstillinger inspirert av ideen om hverdagsrehabilitering (likhet), men som i utgangspunktet var preget av *ulike* rammebetingelser i utgangspunktet knyttet til deres økonomiske situasjon og forvaltningsstruktur.

Case-studiene ble gjennomført i tilknytning til et forsknings- og innovasjonsprosjekt der den ene kommunen, Eigersund, allerede hadde etablert et samarbeid med forskere i et forprosjekt. Hensikten i forprosjektet var å utvikle en kunnskapsbasert strategi for hverdagsrehabilitering. Som en del av strategien ble vi enige om et forskningsdesign som også involverte en kommune som skulle i gang med en tilsvarende omstillingsprosess, men som i utgangspunktet hadde valgt å organisere tjenesteapparatet annerledes. Tanken var å utforske iverksetting av hverdagsrehabilitering under forskjellige betingelser, slik at vi

kunne få bedre innsikt i hva slags omstendigheter som kan tenkes å forme lokale praksiser. Sammenligningen vil kunne bidra til å utvikle et skarpere analytisk blikk for hvilke betingelser og sosiale mekanismer som bidrar til å hemme og fremme omstillinger i retning av en mer proaktiv, integrert og personsentrert helse- og omsorgstjeneste.

Prosjektet har forløpt over tre år (2014–2017). En person i hver av kommunene fungerte som kontaktformidler som satte oss i forbindelse med ulike nøkkelinformanter. Det var i forkant bestemt at vi skulle følge iverksettingsprosessen og arrangere refleksjonsgrupper med ansatte og med frivillige og næringsdrivende. Det å følge prosessen innebar også at vi forsøkte å samle inn mest mulig informasjon som kunne belyse vår problemstilling. Mengden og typen informasjon har vært påvirket av omstillingstakten og retningen på utviklingsarbeidet i de to kommunene. I løpet av denne perioden har vi samlet inn data fra flere kilder ved hjelp av ulike metoder:

- Intervjuer, samtaler, møter med aktører som har vært involvert i referansegruppe /styringsgruppe for hverdagsrehabilitering. Dette inkluderte øverste leder for helse- og omsorgstjenestene, en prosjektkoordinator, leder ved bestillerkontor (i Karmøy), ledere for soner/distrikt i hjemmetjenesten. Møtene ble arrangert på ulike tidspunkter gjennom prosjektperioden. Det ble arrangert tre fellessamlinger for begge kommunene – et kick-off seminar, et midtveisseminar og et avsluttende møte for planlegging av sluttkonferanse.
- Data fra tolv refleksjonsgrupper der deltakerne i hovedsak var praktikere, hovedsakelig fra hjemmetjenesten, men (i Eigersund) også med praktikere fra andre tjenester (rehabilitering, psykiatri) som skulle delta i å identifisere kandidater for hverdagsrehabilitering.
- Flere møter og diskusjoner med HVR-teamet i Eigersund om utvikling av kartleggings- og dokumentasjonsverktøy, samt møter med Karmøy og andre kommuner om samme tema.
- Samtaler med personer som har mottatt hverdagsrehabilitering (n=8).
- Observasjoner fra den daglige driften – refleksjonsmøter (Karmøy) og møte med frivilligteam (Eigersund).
- Plandokumenter, evalueringsrapporter og informasjonsmateriell.
- Nøkkeltall om kandidater henvist til hverdagsrehabilitering.

- Møter og samtaler med leder for frivilligsentralen (Eigersund) og frivillighetskoordinator (Karmøy).
- Intervjuer og samtaler med personer fra frivillig sektor og næringsliv.
- Deltakelse på arrangementer, for eksempel dialogkafe med frivillige foreninger, frivilliges dag på torget i Eigersund, julefest med frivillige og dialogmøte med innbyggere i Eigersund, studiereise med Karmøy til Holstebro.
- Erfarings- og refleksjonsgrupper om samskaping i hver av kommunene.
- Oppfølgende telefonintervjuer og samtaler i forbindelse med gjennomlesing av rapportutkast.

I metodelitteraturen blir forskeren som benytter denne åpne formen for datainnsamling gitt betegnelsen «bricoleur» – en som syr sammen et lappeteppe teknikker, metoder og empirisk materiale innenfor de tids- og ressursrammer som er tilgjengelige (Denzin & Lincoln 2000). Denne fleksible tilnærmingen rører ved det som regnes for å være casestudienes styrke og svakhet. Styrken handler om at et fleksibelt forskningsdesign med bruk av mange datakilder gir muligheter for å bore dypere i problemstillingene og dermed bidra til en ny forståelse av et fenomen. Svakheten er at man aldri får vite om casene ville ha blitt annerledes belyst dersom man hadde benyttet andre informasjonskilder eller andre metoder. Den eneste måten å finne dette ut på er å gjøre flere casestudier der alternative informasjonskilder og metoder tas i bruk (Hakim 2000).

2.2 Et samarbeid om felles refleksjon og læring

«Å forske *med* – ikke *på!*» er blitt et nytt mantra i velferdsforskningen. Myn-dighetene etterlyser et nytteskapende samarbeid mellom forskere og praktikere for å fremme innovasjon og bærekraftig utvikling. Idealet om brukermedvirkning i forskning er imidlertid en ullen visjon. I forskningslitteraturen finnes det mange begreper som flyter over i hverandre, som aksjonsforskning (‘action research’) (Winter & Munn Giddings 2001), følgeforskning (‘trailing research’) (Olsen m.fl. 2002) og medforskning (‘participatory research’) (Bergold & Thomas 2012). Innenfor disse overskriftene diskuteres det hvordan forskere og praktikere best kan samarbeide. Graden og formen for samarbeid varierer imidlertid. I noen former for aksjonsforskning vil forskeren ha en tydelig

intervenerende rolle gjennom å gripe direkte inn i endringsprosessen. Og i noen former for medforskning forventes det at praktikere og andre aktører i feltet skal delta aktivt i forskningsprosessen på linje med profesjonelle forskere.

I dette prosjektet har vi ikke hatt ambisjoner om å overta hverandres rolle på denne måten. Prosjektet har snarere hatt karakter av å være følgeforskning – en formativ, dialogbasert prosessanalyse der forskerne befinner seg i en slags mellomposisjon mellom deltaker og tilskuer (Olsen m.fl. 2002). Hensikten med et forskningssamarbeid av denne typen vil være å skape et «refleksjonsfelleskap» (Winther & Munn-Giddings 2001, og et «læringssamarbeid» (Sommerfeld & Gredig 2008). Når det gjelder refleksjon er det viktig å understreke at det dreier seg om noe mer enn om å snakke sammen. Det handler om å stille kritiske spørsmål til egen praksis. I sine studier av tverrprofesjonelt samarbeid finner White (2006) at profesjonsutøvere oftere er langt flinkere til å se de særegne trekkene ved *andre* profesjonsutøveres praksis enn egenarten ved sin egen praksis. Å reflektere kritisk betyr at en må ha «øynene på stilker» – en må betrakte sin egen praksis fra utsiden på samme måte som antropologen ser et fremmed folk utenfra. Det er først når en ser seg selv utenfra at en kan lære, skriver White. Winter & Munn Giddings (2001:55) er inne på noe av det samme når de hevder at læring skjer når en blir gjort oppmerksom på at en konkret situasjon i praksis kan betraktes på en annen måte enn det en selv gjør.

Idealet om et refleksjons- og læringssamarbeid mellom forskere og praktikere bærer i seg et potensial for å styrke både forskning og praksis. Det kan styrke forskningen ved at forskeren får et dypere innblikk i aktørens virkelighetsoppfatninger og rammebetingelser enn det som er vanlig å få i ordinære forskningsprosjekter. Forskeren kan dessuten validere sine tolkninger gjennom å forelegge dem og diskutere dem med ulike aktører i feltet. Det kan også bidra til å styrke praksis gjennom å bidra til at ledere og ansatte ser sin egen praksis med et «utenfra-blikk» og dermed får øye på flere handlingsalternativer. Det refleksive fellesskapet har med andre ord en dobbelt funksjon – det skal bidra til å avdekke og forstå og samtidig til å påvirke og bevege.

I dette prosjektet har forskere og ulike aktører fra kommunene funnet rom for mange samtaler som har bidratt til gjensidig læring. Dialogen har til dels skjedd muntlig gjennom refleksjonsgrupper, møter og seminarer, dels gjennom skriftlige tilbakemeldinger og gjennomlesing av rapportutkast. Sett fra et forskningsståsted er det ingen tvil om at det å kunne følge et utviklingsforløp såpass tett over tid har gitt verdifull innsikt – for eksempel i hvordan kommuner

håndterer nye styringssignaler, hvordan erfaringslæring skjer og hvordan faglige idealer lar seg realisere i en travel hverdag. Sett fra kommunenes ståsted har forskningssamarbeidet bidratt til at det har blitt stilt spørsmålsteget ved ordninger og praksiser som vanligvis blir ansett for å være faste og uforanderlige. Hvorvidt det har blitt opplevd som *nyttig* beror nok på hvem man spør – og hvilke interesser og påvirkningsmuligheter vedkommende har. Vi vet at samarbeidet til dels har bidratt direkte og konkret i kommunenes omstillingsarbeid – for eksempel til å utvikle kartleggingsrutinene i Eigersund kommune og møterutiner for å styrke samarbeidet mellom HVR-teamet og den ordinære hjemmetjenesten. For øvrig kan det være vanskelig å skille ut direkte hva som skyldes refleksjonssamarbeidet og hva som skyldes annen innsats. Begge kommunene har, helt uavhengig av prosjektet, fått mulighet til å delta i utviklingstiltak som også har inspirert til å videreutvikle tjenestene. Utviklingsarbeidet vi har fulgt har dessuten i stor grad vært orientert mot prosesser som er lite håndgripelige – nemlig å bidra til en ny bevissthet og orientering i arbeidet hos ledere og personale. Vårt samarbeid har nok bidratt i denne retningen, men da vel og merke som én blant flere kunnskapskilder (undervisnings- og opplæringstiltak, læringsnettverk, seminarer og ekskursjoner og så videre).

På samme tid som vi har erfart å få utbytte av et samarbeidsprosjekt innser vi at følgeforskning er et vanskelig terreng. Å etablere et refleksjonsfelleskap mellom parter som representerer ulike verdener skjer ikke automatisk bare en beslutter seg for det. Når forskeren både forventes å være en aktiv deltaker og sparringspartner og samtidig en kritisk tilskuer kan det lett oppstår uklarheter og misforståelser. En grunnleggende uklarhet handler om *hva* som skal gjøres til gjenstand for kritisk refleksjon. For kommunens aktører har det til dels vært uklart hva som er av forskningsmessig interesse. De har ikke alltid helt forstått når vi har hatt forskerbrillene på. Selv om forskningsperspektivet har vært formidlet i prosjektskisse, møter og seminarer så betyr ikke dette at alle dermed overtar forskerens analytiske utgangspunkt, som ofte er forankret i en bestemt fagdisiplin. Det er heller ikke gitt at alle forskere seg imellom deler de samme analytiske perspektiver. Forskerne som har deltatt i dette prosjektet kommer fra ulike disipliner og fagtradisjoner. Vi har dermed måttet bruke tid på å avklare hverandres begreper og perspektiver.

For forskerne har det til tider vært uklart hvor åpne ledere og praktikere er for å reflektere kritisk. Som samfunnsforskere er vi (mer eller mindre) trent i å stille spørsmål ved holdbarheten i kunnskap og til å se dilemmaer og

utfordringer knyttet til ulike praksiser. Kommunale aktører er presset til å handle og til å sørge for å bevege organisasjonen i bestemte retninger. Standardiserte konsulentråd og normative postulater vil ofte være mer egnet til å skape entusiasme og handlekraft enn forskeres kritiske refleksjoner (Vabø 2009 b). Å være djevelens advokat – den som stiller kritiske spørsmål ved holdbarheten av nye doktriner – kan oppleves vanskelig, ikke minst når det dreier seg om ideer som oppnår popularitet.

Uklarheter som oppstår mellom forskere og aktører i praksisfeltet handler også om at det skjer personalmessige utskiftninger underveis og/eller at det blir vedtatt andre omstillinger som mer eller mindre direkte berører det aktuelle endringsprosjektet. I dette prosjektet har vi opplevd begge deler. Det har blant annet vært skifte av kommunalsjef i Eigersund kommune tre ganger i løpet av prosjektperioden og det har i begge kommunene vært gjennomført omfattende omstillinger i hjemmetjenesten som ikke primært har vært gjort med henblikk på å etablere hverdagsrehabilitering. Slike omstendigheter har bidratt til å bryte kontinuiteten i refleksjonen. Nye aktører bærer med seg nye perspektiver og innsikter og kjenner ikke nødvendigvis til de innspill forgjengeren har gitt i dialog med forskeren. Nye omstillinger som skjer parallelt med prosjektet om hverdagsrehabilitering har bidratt til å endre rammebetingelsene for prosjektet – både direkte gjennom å berøre interne rutiner og kommunikasjonsformer og indirekte gjennom å «stjele oppmerksomhet» fra deltakere.

3 To kommuner – to veier til hverdagsrehabilitering

3.1 Innledning

Norske kommuner er etter loven pliktig til å tilby helse- og omsorgstjenester, herunder (korttids-) rehabilitering og (langtids-) døgnkontinuerlig hjelp og pleie. Innbyggere som har behov for nødvendig helsehjelp eller som er helt ute av stand til å klare seg i hverdagen har rett til å få sine behov vurdert – dette gjelder uansett hvor i landet de bor. På samme tid som kommunene er lovpålagt å sikre sine borgere nødvendige tjenester, har de betydelig grad av frihet til å skreddersy tjenesteapparatet til det som ansees mest hensiktsmessig etter lokale forhold. Kommunene har ulikt antall innbyggere, ulik demografi og topografi. Noen er vidstrakte med lange reiseavstander, andre tett befolket. Varierende lokale forhold danner grunnlag for å gjøre ulike vurderinger, for eksempel når det gjelder balansen mellom institusjonsbasert og hjemmebasert omsorg eller hvordan øyeblikkelig helsehjelp best kan gis. Når et nytt tjenestetilbud som hverdagsrehabilitering skal på plass vil de ansvarlige for implementeringen forsøke å tilpasse det nye tjenestetilbudet med det etablerte tjenesteapparatet og med de økonomiske og organisatoriske rammebetingelsene som eksisterer i kommunen forøvrig.

I dette kapitlet skal vi vise hvordan ideen om hverdagsrehabilitering er blitt tilpasset lokale forutsetninger i to ulike kommuner – Eigersund og Karmøy. Kapitlet beskriver hvordan ideen er blitt oversatt innenfor ulike økonomiske rammebetingelser og ulike forvaltningsmodeller, og hvordan dette igjen har medvirket til å skape ulike tildelingspraksiser og ulike forutsetninger for læring.

3.2. Eigersund og Karmøy – to kommuner med ulike rammebetingelser for hverdagsrehabilitering

3.2.1 KORT OM DE TO KOMMUNENE

Eigersund er en kommune med ca. 15 000 innbyggere 1/5 bebodd på et landlig område strekt utover 432 km² med griskrendte kyst og heilandskap. *Karmøy kommune* har ca. 42 000 innbyggere og strekker seg 230 km² over en stor øy samt en fastlandsside. Største delen av befolkningen bor konsentrert i 4–5 ulike

småbyer, men også her bor mange mennesker spredt omkring i et landlig kystlandskap. Pilotprosjektet for hverdags-rehabilitering foregikk i distrikt Åkra/Vea, et distrikt med ca. 12 000 innbyggere.

Nøkkeltall fra 2012 viser at Eigersund hadde en større prosentandel av sitt budsjett til pleie og omsorgsformål enn Karmøy. Dette hadde jevnet seg ut i 2016. Likevel brukte Eigersund mer ressurser enn Karmøy pr innbygger 67+ og pr innbygger 80+ både i 2012 og i 2016 – godt over landsgjennomsnittet (tabell1).

Tabell 1 Nøkkeltall for pleie- og omsorgstjenesten 2010–2016, www.ssb.no/tabell/07790, Statistisk sentralbyrå statistikkbanken, lastet ned 04.10 2017.

	2012	2016
Netto driftsutgifter PLO i prosent av kommunens totale driftsutgifter		
Landet	30,2	29,9
Eigersund	37,6	33,0
Karmøy	30,1	31,6
Netto driftsutgifter PLO pr innbygger		
Landet	14944	16652
Eigersund	19511	19589
Karmøy	13657	16126
Netto driftsutgifter PLO pr innbygger 67 +		
Landet	112132	114309
Eigersund	151979	136194
Karmøy	109896	115439
Netto driftsutgifter PLO pr innbygger 80+		
Landet	340676	396239
Eigersund	465853	471507
Karmøy	385163	423229

Eigersund har i dag (sammenlignet med Karmøy en noe større andel eldre 80+ og forventes å få en noe mindre bratt stigning i antallet 80+ i løpet av de nærmeste årene (tabell 2).

Tabell 2. Den eldre befolkningen i Eigersund og Karmøy kommune og befolkningsframskriving basert på Statistisk sentralbyrås hovedalternativ, sum menn og kvinner. Kilde: www.ssb.no/statistikkbanken/ avlest 16. 10 2017.

Alder	2016				2025 (framskrevet)			
	80–89	90+	Alle 80+	% 80+ av befolkning	80–89	90+	Alle 80+	% 80+ av befolkning
Eigersund	514	105	619	4,14%	639	152	791	4,86%
Karmøy	1292	281	1573	3,73%	1839	376	2215	4,97%

3.2.2 HVERDAGSREHABILITERING I STARTGROPEN

Hverdagsrehabilitering ble for alvor satt på dagsorden i Eigersund og Karmøy kommune i 2012 da begge kommunene, hver for seg, avla et studiebesøk til en dansk kommune. Eigersund fulgte eksempelet til mange andre norske kommuner og besøkte Fredericia kommune. Karmøy kommune kontaktet sin danske vennskapskommune Holstebro som hadde bygget opp kompetanse på hverdagsrehabilitering, blant annet gjennom prosjektene «Trening før varig hjelp» (2008) og prosjektet «Vi vil klare oss selv» (2010). Hverdagsrehabilitering i Holstebro ble etter prosjektperiodens slutt i 2011 implementert som en arbeidsform i hjemmetjenesten. Karmøy kommune var inspirert av det de hadde observert i Holstebro da de senere innførte hverdagsrehabilitering i egen hjemmetjeneste.

Da forskningsprosjektet «Sammen om en aktiv hverdag» startet opp i 2014 hadde de to kommunene tatt ulike initiativ. Eigersund hadde allerede etablert et eget tverrfaglig team for hverdagsrehabilitering våren 2013. Teamet, som ble opprettet som et toårig prøveprosjekt, knyttet samme år kontakt med forskere gjennom et forprosjekt som siden ble utviklet til dette (hoved)prosjektet «*Sammen om en aktiv kommune*» (se kapittel 2).

I Karmøy kommune forelå det planer om et pilotprosjekt om hverdagsrehabilitering som skulle avgrensnes til hjemmetjenesten i sonen Åkra/Vea. Samtidig med at det ble planlagt for oppstart av pilotprosjektet, ble det søkt om EU-midler som skulle benyttes til hospitering i Holstebro kommune for ansatte og læringer i kommunen og for elever og lærere ved den lokale helsefagutdanningen ved Åkrehamn vidaregåande skule. Pilotprosjektet i hverdagsrehabilitering startet 1. september 2014, og det var planlagt at det skulle gå over to år. Målet for prosjektet var blant annet at det skulle bidra til økt egenmestring hos bruker, økt brukermedvirkning, holdningsendring hos ansatte fra «å gjøre for» til «å gjøre sammen med» samt bidra til økt tverrfaglighet mellom fagpersoner. Karmøy kommune var på dette tidspunktet i en krevende

økonomisk situasjon med pålegg fra politikere om å drifte mer kostnads-effektivt grunnet overforbruk. Presset hadde økt etter at KOSTRA-tall hadde antydnet at de gav for mye hjelp til mennesker med relativt høyt funksjonsnivå.

Ved prosjektoppstart i 2014 var entusiasmen for ideen om hverdagsrehabilitering stor. Pådriverne fra prosjektgruppene i de to kommunene understreket at hverdagsrehabilitering var en «smart» arbeidsform som de håpet ville bidra til en mer kostnadseffektiv drift. De var enige om at tankegangen om mestring i hverdagen også burde gjennomsyre de hjemmebaserte omsorgstjenestene i sin alminnelighet. For å understreke viktigheten av å få til en gjennomgripende endring i tenkemåten, viste de en selvkritisk innstilling til sin tidligere arbeidsform i hjemmetjenesten. Det ble i samtale med ansatte i kommunene gitt flere eksempler på at man i mange tilfeller tidligere hadde praktisert tjenesteytingen ut fra det som kan defineres som «misforstått omsorg».

En av dem uttalte for eksempel:

Vi sykepleiere skal liksom være så snille. Vi har så lett for å tenke at «Stakkars – de er så gamle» Og så gjør vi det for dem. Jeg mener det er feil. Det er å frata mennesker verdighet og selvrespekt å dulle for mye med dem. Vi må bli flinkere å stå med hendene på ryggen og se til at de eldre kan klare ting selv. Det er jo ofte lettere å gjøre det for dem – men det er denne veien vi må gå. Det er jeg overbevist om altså.

For å bidra til å snu tenkningen fra «å gjøre for» til «å gjøre med» hadde begge kommunene arrangert felles fagdager for alle ansatte i hjemmetjenesten. Ansatte fikk dessuten høre om erfaringer fra andre kommuner gjennom diverse videoer på internett som presenterte konkrete autentiske eksempler på eldre som har fått hverdagsrehabilitering. Som nevnt la begge kommunene vekt på at opplæringen ikke bare skulle skje i form av teoretisk utdanning, men også i form av praksisbasert læring gjennom hospiteringsordninger og faglig refleksjon. Sett i lys av Czarniawska & Joerges (2016) teori om hvordan ideer oversettes til praksis, lå det altså an til at omstillingen skulle bli noe mer enn fagre ord. Prosjektene la opp til at dette skulle forankres i praksis.

3.3 Lokale tilpasninger

Det var enighet på tvers av de to kommunene om at målet for deres satsning var å etablere «hverdagsrehabilitering» som et nytt tjenestetilbud – et tidsavgrenset, målrettet, hjemmebasert rehabiliteringstilbud. Begge kommunene hadde også som mål at det nye tjenestetilbudet og mestringstenkningen som ligger til grunn for hverdagsrehabilitering skulle bli et tankesett som skulle gjennomsyre tjenesteytingen i hjemmetjenesten mer allment. Til tross for sammenfallende mål, viste det seg snart at oversettelsen fra idé til praksis ble ganske forskjellig i de to kommunene. Forskjellene kom i første omgang til uttrykk gjennom kommunenes ulike ressursrammer og deres valg av organisasjonsmodell i prosjektet.

Karmøy

Prosjektgruppen i Karmøy kommune hadde klare tanker om at hverdagsrehabilitering som prosjekt burde integreres i den ordinære hjemmetjenesten, med mål om at økt egenmestring og selvstendighet på sikt skulle danne grunnlag for all tjenesteyting i hjemmetjenesten. Hverdagsrehabilitering skulle ikke være en selvstendig tjeneste i all overskuelig fremtid, men et prosjekt for å skape endring i den ordinære tjenesten. På dette grunnlaget ble det bestemt at tjenesten skulle utføres av personale fra hjemmetjenesten under veiledning av og i samarbeid med en fysioterapeut og en ergoterapeut – sistnevnte med forankring i kommunens fysio- og ergoterapitjeneste. Medlemmene i prosjektgruppen argumenterte for at en integrert organisasjonsmodell sannsynligvis ville være den beste måten å gjøre prinsippene for hverdagsrehabilitering kjent for alle ansatte. De viste også til at kommunen allerede i 2012 hadde etablert et ambulerende tverrfaglig rehabiliteringsteam som fungerte på tvers av hele kommunen. Dette rehabiliteringsteamet (som bestod av en fysioterapeut og en ergoterapeut) hadde visse likhetstrekk med et fristilt team for hverdagsrehabilitering, ettersom rehabiliteringen foregikk i hjemmet. Det dreide seg imidlertid om rehabilitering basert på mer faglig spisskompetanse og var orientert mot å gjenopprette bestemte funksjoner (for eksempel førlighet og talefunksjon etter slag), ikke bare mestring av dagliglivets gjøremål. Karmøy kommune hadde begrenset med ressurser til hverdagsrehabilitering. Da kommunen i 2012 bevilget to årsverk ekstra for å styrke fysio- og ergoterapitjenesten i kommunen, valgte ledelsen for helse- og omsorgstjenestene å bruke ett av årsverkene

til pilotprosjektet om hverdagsrehabilitering. En fysioterapeut og en ergoterapeut ble dermed knyttet opp til prosjektet i hver sin halve stilling. Kommunen fikk fra og med 2013 innvilget årlige prosjektmidler fra Helse- direktoratet mot å delta i den nasjonale følgeforskningen som ble utført av Senter for omsorgsforskning Vest (Langeland m.fl. 2016). Deler av tilskudds- midlene ble brukt til å ha en prosjektmedarbeider i 60 prosent stilling knyttet til prosjektet i perioden fra februar 2013 til mars 2016. Videre ble en stor andel av tilskuddet benyttet til kompetanseheving for alle ansatte (internkurs).

I tilknytning til prosjektet ble det opprettet en prosjektgruppe bestående av sju medlemmer. Prosjektgruppen så et behov for en tverrfaglig *driftsgruppe* med særlig ansvar for å være ressurspersoner blant kollegaer på sin arbeids- plass og for å gjennomføre kartleggingen og evalueringen av brukere. Gruppen bestod av de to terapeutene, tre ansatte fra hver av de tre hjemmetjenestegrup- pene i Åkra /Vea, tre representanter fra bestillerkontoret og prosjektgruppen (inkludert prosjektmedarbeider). For øvrig skulle arbeidet med å trene og øve sammen med brukeren utføres av *alle ansatte* ut fra mål og tiltaksplanen som ble utarbeidet i samarbeid mellom terapeutene og ansatte som var med i ressursgruppen. Alle ansatte i hjemmetjenesten, fysio- og ergoterapitjenesten og ved bestillerkontoret fikk opplæring i form av to halvdagskurs. I tillegg ble det lagt inn et ukentlig, obligatorisk lunsjmøte for opplæring og faglig reflek- sjon i samarbeid med de to terapeutene i alle de tre hjemmetjenestegruppene. Delprosjektet med hospitering i Holstebro medførte at hele prosjektgruppen, samt 32 ansatte fra involverte tjenesteområder (hjemmetjeneste, bestiller- kontor og fysio- og ergoterapitjenesten) var på hospitering i Holstebro i perioden 2014–2016.

Eigersund

I Eigersund kommune var det ikke ønskelig å gjøre hverdagsrehabilitering til en integrert del av hjemmetjenesten. En viktig innsigelse mot en integrert modell var at det ville bli vanskelig å bygge opp kompetanse fordelt på fire ulike geografiske soner.¹⁰ Et annet, overlappende argument handlet om at viktig nøkkelpersonale, ikke minst sykepleiere, lett kunne bli absorbert av andre og mer akutte oppgaver i en travel hverdag. Bekymringen i Eigersund for at hverdagsrehabilitering lett ville bli nedprioritert i praksis må sees i lys

¹⁰ I løpet av prosjektperioden ble fire soner omorganisert til to distrikt.

av at det her er den enkelte tjenesteenhet som har ansvaret for å prioritere mellom behov og tjenestetildeling. Kommunen hadde ikke et hjemmebasert rehabiliteringsteam fra før, så de anså det som nødvendig å etablere et faglig kraftsentrum. Med et uavhengig team som var fristilt fra de daglige pleieoppgavene i hjemmetjenesten, ville det være lettere å bygge opp spisskompetanse på hverdagsrehabilitering.

I Eigersund ble det besluttet at hverdagsrehabilitering skulle ivaretas av et eget uavhengig team av fagfolk – en ergoterapeut, en fysioterapeut samt en sykepleier og en helsefagarbeider. Teamet disponerte ved oppstart to årsverk: en leder/ergoterapeut i full stilling samt en sykepleier og fysioterapeut i hver sin halve stilling. I 2015 ble de tildelt et halvt årsverk i skjønnsmidler fra Fylkesmannen, som gjorde at fysioterapeuten kunne lønnes i full stilling. Kommunen opprettet dessuten en halv stilling for en helsefagarbeider. I 2017 fikk teamet tildelt 0,6 årsverk til faste stillinger og har i dag 3,1 årsverk til sammen, hvilket betyr at fysioterapeuten ble fast ansatt og sykepleierstillingen økte til 60 prosent.

For å sikre at hverdagsrehabilitering ikke ble et tjenestetilbud isolert fra resten av pleie- og omsorgssektoren, utpekte prosjektgruppen et nettverk av *ressurspersoner* fra andre tjenesteenheter som skulle ha et særlig ansvar for å identifisere aktuelle kandidater og for å gjøre hverdagsrehabilitering kjent på tvers av ulike tjenesteenheter. Tanken var at de skulle betrakte egen virksomhet som en del av en større helhet der tidlig intervensjon og egenmestring var et bærende prinsipp. Ressurspersonene kom fra den lokale korttids- og rehabiliteringsenheten, kommunens mestringsenhet (miljøterapi og psykisk helse-tjeneste), dagsenteret og hjemmebaserte tjenester i fire ulike distrikter. De skulle ha ansvar for å identifisere egnede kandidater for hverdagsrehabilitering.

3.4 Ulik forvaltningsstruktur – ulik tildelingspraksis

Oversettelsen fra idé til praksis ble preget av de to kommunenes forvaltningsstruktur. I Eigersund kommune, der ansvaret for å tildele og å utføre tjenester ligger på samme nivå, var det naturlig at HVR-teamet selv fikk ansvar for å både lage et opplegg for å identifisere aktuelle kandidater og forme rutiner for daglig praksis (kartlegging, planlegging, gjennomføring). Karmøy kommune, som var underlagt stramme økonomiske betingelser, satte som et kriterium at hverdagsrehabilitering skulle forbeholdes brukere som oppfylte lovens krav om nødvendige helse- og omsorgstjenester. Her var det bestillerkontoret – som

behandler alle nye søknader – som skulle fatte vedtak om hvem som oppfylte disse kravene. Hjemmetjenesten skulle i tillegg ha en ukentlig gjennomgang av sine kjente brukere for å identifisere kandidater som kunne være aktuelle for hverdagsrehabilitering. Den tverrfaglige driftsgruppen hadde i forkant av prosjektstart utviklet en rutine- og prosedyrebeskrivelse med ansvar og oppgaver for alle involverte parter.

Rekruttering av kandidater for hverdagsrehabilitering – Eigersund

HVR-teamet i Eigersund fikk stor frihet til å forme tjenesten etter eget faglig skjønn. Ved oppstart la de ned et intensivt arbeid med å spre kunnskap om den nye tjenesten til andre tjenesteytere og til befolkningen. Det ble utarbeidet en informasjonsfolder som ble lagt ut på venterom hos leger, fysioterapeuter og andre helsetjenester, og det ble opplyst om tjenesten gjennom dagspressen. Lederen for teamet inviterte seg selv til de fire hjemmetjenestesonene, den lokale rehabiliteringsenheten, Stavanger Universitetssykehus (SUS) og de lokale primærlegene, med oppfordring om å vurdere om de hadde kandidater som de mente kunne bli mer selvhjulpne dersom de fikk hverdagsrehabilitering. Korttids- og rehabiliteringsenheten ble anmodet om å vurdere om pasienter var klare for å få forkortet opphold i institusjon mot å få hverdagsrehabilitering. Endelig ble ledere og ressurspersoner i hjemmetjenesten oppfordret til å vurdere hvorvidt det var noen av de hjemmeboende som begynte å bli utrygge eller hadde hatt et funksjonsfall og som tilsa at hverdagsrehabilitering var hensiktsmessig. De ulike fagfolkene som ble kontaktet fikk beskjed om å ikke være for defensive. De skulle henvise kandidater – også i tilfeller der de var i tvil om personen var egnet. Teamets motto var at det er bedre med for mange henvisninger enn for få. At noen må avvises etter nærmere vurdering er naturlig når man leter etter mennesker i en vanskelig gråsoner mellom avhengighet og uavhengighet.

Konsekvensene av den proaktive strategien i Eigersund var at de lyktes med å få mange henviste kandidater – 25 personer i løpet av de to første månedene. Tilbudet ble etterhvert stadig bedre kjent blant innbyggerne – både gjennom lokalavisen, jungeltelegraf og via de ansatte i andre deler av tjenesteapparatet. Teamet fikk mye positiv oppmerksomhet. I et intervju med to av deltakerne i teamet fikk vi høre historier som tydet på at det hadde skjedd en læring, ikke bare i hjemmetjenesten, men også i andre omkringliggende

instanser. En av legene som ved første henvendelse uttrykte at hverdagsrehabilitering var lite relevant for hans pasienter, fikk øynene opp for potensialet som lå i tjenesten, etter at en av hans pasienter hadde hatt stort utbytte av tjenesten. En representant fra den lokale rehabiliteringsavdelingen uttrykte at det var lettere å skrive ut pasienter til hverdagsrehabilitering etter at hun var blitt oppmerksom på hvordan det hadde gått med tidligere pasienter. Hun begynte selv å luften ideen om hverdagsrehabilitering for pasientene hun tenkte kunne være motivert og egnet.

Hverdagsrehabilitering i Eigersund ble i utgangspunktet rettet mot voksne som hadde hatt et funksjonsfall og som kunne tenkes å ha et potensiale for å bli selvhjulpne eller bedre sitt funksjonsnivå slik at de kunne klare seg med redusert hjelp. Tilbudet var aktuelt for personer som aldri før hadde hatt tjenester, men også for personer som allerede hadde tjenester fra før, men som på grunn av funksjonsfall hadde behov for rehabilitering. Det var liten tro på at personer som hadde fått rutinemessig hjelp fra tjenesten over lang tid plutselig skulle trenes opp for så å bli «fratatt hjelp». Teamet hadde flere diskusjoner med ansatte i den etablerte fysio- og ergoterapitjenesten der det ble gjort klart at personer med en avgrenset, enkel funksjonssvikt ikke skulle henvises til teamet. Tilbudet skulle forbeholdes mennesker med sammensatte lidelser. Det ble helt i starten satt som et krav at personer med kognitiv svikt og store mentale problemer skulle ekskluderes. Man ønsket også å starte opp med personer som gav uttrykk for at de var motivert for å samarbeide om et rehabiliteringsopplegg.

Med et økende antall henvisninger og et stadig bredere erfaringsgrunnlag ble medlemmene i HVR-teamet tryggere på at det ville være mulig å lempe på de opprinnelige tildelingskriteriene. De ble mer åpne for å ta fatt på tilfeller som de tidligere ville ha avvist fordi det dreide seg om kognitiv svikt og eller psykisk problemer. De vurderte at flere mennesker i denne kategorien kunne klare seg selv lenger dersom de fikk litt drahjelp til å holde fast i en god hverdagsrutine. De lempet også gradvis på kravet om motivasjon ved å oftere inkludere personer som var motløse og som trengte et forsiktig puff for å komme i gang. At tildelingskriteriene ble utvidet betydde at de ofte beveget seg inn i en vanskelig gråsoner – noe som igjen betydde at det fortsatt var et relativt høyt antall av de henviste som ble *avvist*.

På samme tid innebar det høye antallet henvisninger at HVR-teamet og de øvrige tjenestene fikk mange konkrete caser opp til diskusjon, noe som igjen betydde at det ble skapt et gunstig læringsgrunnlag (mer om dette nedenfor).

Rekruttering av kandidater for hverdagsrehabilitering – Karmøy

I Karmøy kommune går alle nye søknader om helse- og omsorgstjenester til bestillerkontoret. De formelle kriteriene for å få hverdagsrehabilitering var likelydende med kriteriene fra Eigersund, men Karmøy hadde som nevnt et tilleggskrav om at bruker måtte ha så store behov at de hadde krav på hjelp etter helse- og omsorgstjenesteloven. Dette kriteriet ble begrunnet med at pilotprosjektet i hverdagsrehabilitering *ikke* skulle medføre økte kostnader for kommunen. Forøvrig kunne både nye og kjente brukere vurderes for hverdagsrehabilitering – gitt at de hadde hatt et funksjonsfall.

Karmøy kommune valgte å informere bredt om sitt pilotprosjekt for å få en god, positiv vinkling i forkant av endringen hverdagsrehabilitering ville medføre. Prosjektet ble forankret politisk, før det gikk ut med en brosjyre til alle husstander i Åkra-/Vea-området. Prosjektet ble også omtalt i lokalmedia, samt på kommunens nettside. Sammenlignet med Eigersund fikk Karmøy et lavt antall kandidater for hverdagsrehabilitering. Det ble av styringsgruppen tilskrevet kravet om at bruker skulle oppfylle kriteriet for å få helse- og omsorgstjenester.

I rutine- og prosedyrebeskrivelsen som ble laget ved prosjektoppstart ble det presisert at ansatte ved bestillerkontoret skulle dra på hjemmebesøk til pasienter de mente kunne være aktuelle for hverdagsrehabilitering. Det gjaldt pasienter som var utskrevet fra sykehus og som ikke tidligere hadde mottatt tjenester fra kommunen. Men med et høyt arbeidspress på kontoret ble det i praksis sjelden tid til det. En saksbehandler forklarte at de på grunn av de inngåtte samhandlingsavtalene med helseforetaket kun hadde et par timer til å fatte beslutninger om det kommunale hjelpetilbudet etter at en pasient ble utskrevet fra sykehuset. Noen ganger skjer utskrivningen på ettermiddagen og pasienten må ha et tilbud på kvelden. Da *må* hjemmetjenesten igangsette tjenester basert på det sykehuset informerer om pasientens funksjonsnivå. Personer som kommer rett fra sykehuset er også i mange tilfeller for syke til at de kan begynne å tenke på rehabilitering. Saksbehandleren mente at det i praksis var nesten umulig å innvilge hverdagsrehabilitering fra dag én – det ville alltid ta litt tid før man kunne se om en person er egnet. Tidlig i

pilotprosjektet ble det derfor en etablert praksis at hjemmetjenesten måtte gjøre vurderinger – «er dette en kandidat som kan egne seg?».

Rutine- og prosedyrebeskrivelsen ble etter kort tid endret, deriblant rutinen for å identifisere aktuelle kandidater for hverdagsrehabilitering. Nye brukere som søkte om tjenester etter utskrivning fra sykehuset ble tildelt ordinære hjemmetjenester umiddelbart etter utskrivningen – basert på sykehusets funksjonsbeskrivelse. Hjemmetjenesten hadde etter utskrivning og hjemkomst et ansvar for å identifisere pasientens videre behov, for deretter å melde dette tilbake til bestillerkontoret. Dersom hjemmetjenesten mente at pasienten kunne være en aktuell kandidat for hverdagsrehabilitering, ble det meldt opp til vurdering i et tverrfaglig team på bestillerkontoret. Det skulle så fatte vedtak eller avslå søknaden basert på hjemmetjenestens vurdering av pasientens funksjonsnivå. Kjente brukere som opplevde funksjonsfall ble på samme måte meldt opp fra hjemmetjenesten for vurdering i et tverrfaglige team ved bestillerkontoret. Ettersom det tverrfaglige teamet hadde ett møte i uken hvor aktuelle kandidater ble vurdert for hverdagsrehabilitering, hendte det at brukere som var meldt opp til vurdering for hverdagsrehabilitering hadde en såpass raskt funksjonsbedring at det ble vurdert at de ikke lengre hadde et behov for tjenester. Det gjaldt særlig brukere som ble utskrevet fra sykehus og som ikke tidligere hadde mottatt tjenester fra kommunen.

Den nye rutinen ble i startfasen opplevd som et problem blant de ansatte i hjemmetjenesten, da også de hadde stramme tidsskjemaer å forholde seg til. De opplevde at det lå utenfor deres ressursramme å vurdere om en nyutskrevet pasient var egnet for hverdagsrehabilitering. En av informantene fra bestillerkontoret forklarte at de hadde møtt kritikk på dette punktet:

De ansatte som jobber ute i hjemmetjenesten sier at de ikke har kapasitet til å overta jobben vår. Jeg forstår dem jo. Men det er heller ikke lett for oss. Vi har veldig stor pågang av nye henvendelser.

Samtidig gav noen ansatte i hjemmetjenesten uttrykk for at bestillerkontoret kan være en byråkratisk omvei i systemet. De påpekte, i tråd med det som har vært påpekt i andre studier (Steihaug m.fl. 2016) at saksbehandlerne ikke har mulighet til å se hvilket rehabiliteringspotensiale den enkelte har, ettersom de befinner seg for langt borte fra brukernes hverdagsliv. De har bare informasjonen som står på papiret – og den stemmer ofte ikke med praksis. På papiret kan det se ut som om personen egner deg, men det går ikke i praksis. Ifølge de

ansatte kunne det også gå motsatt vei. Noen som ser håpløse ut på papiret kunne være perfekte kandidater i praksis. Videre mente enkelte at ting gikk for sakte. Personer som ble skrevet ut fra sykehuset med vedtak om omfattende pleie-tjenester kunne ha klart å bli selvhjulpne dersom de i stedet hadde fått tilbud om hverdagsrehabilitering på et tidlig tidspunkt. En av pleierne forklarte:

Vi har forsøkt å si fra om dette. Vi fikk for eksempel inn en person på en tirsdag som vi mente egnet seg godt. Så meldte vi tilbake og forventet å få svar på torsdagen – for da har de et møte. Men vi hørte ingenting. Så gikk det en hel uke til før vi fikk svar.

I et gruppeintervju gav både terapeutene og de ansatte i hjemmetjenesten uttrykk for at de var oppgitte over at bestillerkontoret til tider fungerte som en «propp». I tillegg gav flere uttrykk for at egnethetsvurderingene opplevdes som strengere enn de som opprinnelig var bestemt:

Vi har fått til svar at personen er for dårlig til å kunne bli selvhjulpne. Men det er vel ikke noe kriterium at en person skal bli helt selvhjulpne? Det handler vel også om å redusere behovet for hjelp?

Terapeuter og ansatte i hjemmetjenesten opplevde at de stramme ressursrammene skapte vegring mot å ta risiko: Man må unngå å bruke ressurser på personer som kan rehabilitere seg selv og unngå å bruke ressurser på tilfeller der det er lite ressurser å spare. I et gruppeintervju som ble gjennomført mot slutten av pilotperioden, gav flere ansatte uttrykk for at de strenge kriteriene hadde bidratt til at de sluttet å henvise noen av kandidatene som de mente var egnet.

3.5 Kommunenes egne underveisvurderinger

Eigersund kommune gikk som nevnt offensivt ut for å få henvist kandidater som kunne egne seg for hverdagsrehabilitering. Teamet hadde sommeren 2017 fått henvist over 600 kandidater, hvorav 37 prosent ble avvist *før* oppstart. Likevel kunne de vise til 379 gjennomførte prosesser for hverdagsrehabilitering.

	Antall henviste	Antall ekskluderte	Antall inkluderte
2013 (f.om 01.09)	52	20	32
2014	126	54	72
2015	140	50	90
2016	197	68	129
2017 (pr 16.06)	93	34	56

Eigersund kommune gikk fra prosjekt til drift i mai 2015. Det ble ikke utarbeidet en egen intern evaluering i forkant, men teamet har lagt stor vekt på å dokumentere sin virksomhet (se kapittel 4), blant annet gjennom å registrere hvor henvisningene kommer fra, hvor mange av pasientene som har hatt sykepleie fra før og hvor mange av disse som har fått redusert antall timer. Teamet kunne på denne måten dokumentere mange gode eksempler på at mennesker som hadde hatt hjemmesykepleie før kunne få et langt mer selvstendig liv, samtidig som de sparte kommunen for utgifter. I en ekstern driftsanalyse som kommunen bestilte (Devold 2016) ble det regnet ut at hjemmesykepleien sparte et halvt årsverk per år per 50 brukere på denne måten. Devold-rapporten kommenterte imidlertid at 35 av 82 brukere *ikke* hadde hjemmesykepleie tidligere og at det er uvisst hvorvidt man faktisk har lyktes i å unngå at noen av disse ble faste brukere av hjemmetjenester. Spørsmålet rører ved det som ofte regnes som hovedutfordringen ved hverdagsrehabilitering: å måle hva som ville ha skjedd dersom man *ikke* gav tjenesten. Vurderingen fra fagfolk i teamet var at det i de aller fleste tilfellene dreide seg om personer som uansett ville fått ordinære hjemmetjenester i en kortere eller lengre periode. En betydelig del av kandidatene var pasienter som var henvist fra den lokale rehabiliteringsenheten og som alternativt til hverdagsrehabilitering vill ha fått et lengre (og mer kostnadskrevenende) opphold her.

Eigersund kommune har fått mye positiv oppmerksomhet rundt HVR-teamet, blant annet gjennom avisoppslag og ulike konferanser og kommunale fagdager som lederen for HVR-teamet er blitt invitert til. Oppmerksomheten henger nok delvis sammen med at arbeidet er blitt synliggjort gjennom prosjektet «Sammen om en aktiv hverdag». HVR-teamet har i løpet av prosjektperioden tydeliggjort sin rolle som en spydspiss i arbeidet med å skape gode pasientforløp. Det har dels skjedd som følge lederens deltakelse «Læringsnettverk for gode pasientforløp» i regi av KS.

Erfaringer fra Karmøy

Karmøy kommune la som nevnt opp til en langt mer restriktiv tildelingspraksis. I løpet av de to årene pilotprosjektet foregikk hadde kun 29 personer fått vedtak om hverdagsrehabilitering. Fire av disse ble avvist etter nærmere kartlegging. Det betyr at 25 personer fikk tjenesten. Det lave tallet må sees i lys av at Karmøy også har et eget team for hjemmebasert rehabilitering som de ikke selv definerer som hverdagsrehabilitering (men som mange nok vil mene

ligger tett opp til hverdagsrehabilitering). Dersom man teller med personer (fra Åkra/Vea) som fikk denne rehabiliteringstjenesten, øker tallet til 39 personer i løpet av to år. Om vi med utgangspunkt i dette økte antallet sammenligner med Eigersund og justerer for befolkningsgrunnlag, kommer Karmøy fortsatt ut med et langt lavere antall – 0.15 prosent mot 0.48 prosent i Eigersund.¹¹

Terapeutene og ansatte i hjemmetjenesten Åkra /Vea gav uttrykk for at det lave antallet kandidater var en skuffelse. Hospiteringsbesøket i Holstebro og de forberedende opplæringstiltakene hadde inspirert dem, og de var klare for å sette lærdommen ut i praksis. Spriket mellom det de håpet på å være med på og det de erfarte var stor. Etter en tids drift og forventningsavklaring ble oppmerksomheten dreid mer i retning av at *alle* brukere i hjemmetjenesten skulle vurderes med utgangspunkt i prinsippet om å understøtte egenmestring og selvstendighet. Det var ikke bare dem som hadde fått vedtak om seks ukers hverdagsrehabilitering. Denne vurderingen ble knyttet til det overordnede målet om å skape en holdningsendring hos ansatte (mer om det nedenfor).

De ansatte i hjemmetjenesten i Åkra/Vea kunne vise til konkrete, vellykkede eksempler på hverdagsrehabilitering, både for brukere som hadde fått innvilget vedtak om hverdagsrehabilitering og brukere som *ikke* hadde fått vedtak, men der ansatte på egen hånd hadde gjort små endringer og justeringer i hvordan tjenesten ble utført sammen med brukeren. Driftsgruppen hadde utarbeidet en lang liste over gode eksempler på hva slags små justeringer det kunne dreie seg om. De kalte listen «bieffekter av hverdagsrehabilitering».

Til tross for at prosjektet hadde positive bieffekter uttrykte ansatte ved flere anledninger at rammebetingelsene var for trange for dem som hadde fått vedtak om hverdagsrehabilitering. De kritiske innvendingene handlet om at det var satt av knapt med tid til intensiv trening. I en gruppesamtale helt i starten av prosjektet ble det gitt en rekke eksempler på at tiden til å gjennomføre planlagte treningsopplegg var for stram, ettersom de ikke skulle overskride tiden de ellers ville fått til «ordinære tjenester». En av de ansatte viste til et eksempel der en mann (med vedtak om hverdagsrehabilitering) ønsket å kunne gå til postkassen. Han var en god kandidat – hadde et kjempepotensiale til å bli selvhjulpen. Men det var ikke satt av mer tid enn tilsvarende et morgenstell og da strakk ikke tiden til. Enkelte ansatte opplevde det som frustrerende at de

¹¹ Utrekningen er basert på at Eigersund har et befolkningstall på 14.942 og Åkra/Vea 12.623. Vi tok utgangspunkt i antall inkluderte i Eigersund i 2014. Dersom vi hadde lagt til grunn 2016-tall ville tallet blitt 0.86.

ikke fikk tid til å trene på den lille gåturen til postkassen. En annen fra samme gruppe fortalte om et tilsvarende tilfelle der en kvinne skulle trene på å gå i trappen. Her måtte de ansatte kontakte pårørende for å be om hjelp. Pårørende hadde gladelig stilt opp for å trene i trappen og gå tur slik at hun kunne nå sine egne mål. Eksemplene utløste kritiske bemerkninger rundt bordet om at kommunen tilbyr hverdagsrehabilitering, men har ikke anledning til å følge opp. «*Tenk at vi må ringe pårørende og be dem om å følge opp en tjeneste som vi tilbyr*». Med kritiske bemerkninger av denne typen antydte de ansatte at de stramme rammebetingelsene førte til at de balansert i ytterkant av hva de tenkte på som hverdagsrehabilitering. Prosjektledelsen delte ikke denne oppfatningen; de mente at det å ringe pårørende var en del av det å gjøre «ting sammen med».

I Karmøy kommune ble det utarbeidet en intern evaluering om hverdagsrehabilitering, der helse- og omsorgstjenesten gjorde det klart at de, på grunn av en knapp ressursramme og usikkerhet om hva som kunne forventes av besparinger, hadde nedtonet ideen om å innføre hverdagsrehabilitering som en forebyggende tjeneste. Pilotprosjektet var først og fremst tenkt som en modell for endring i arbeidsform, ikke en ny tildelingspraksis. Representanter fra prosjektgruppen understreket at de lojalt fulgte opp politikernes krav om å ikke øke utgiftene til tjenesten, og at de foreløpig heller ikke har sikker kunnskap som forteller at hverdagsrehabilitering har en økonomisk gevinst. De viste til den nasjonale evalueringen fra Helsedirektoratet (Langeland m.fl. 2016:14). I sammendraget heter det:

Studien indikerer at standardtjenester og hverdagsrehabilitering koster omtrent like mye i et seks måneders perspektiv, men at helseeffekten er større ved hverdagsrehabilitering og at det foreløpig ikke kan dokumenteres at det skjer en reduksjon i kostnader over tid.

Både saksbehandlere og ansatte i hjemmetjenesten har pekt på at det delte ansvaret mellom bestiller og utfører kunne gjøre det vanskelig å fange opp aktuelle kandidater for hverdagsrehabilitering. Ingen antydte at bestiller-utførermodellen var moden for forandring. Derimot så prosjektgruppen for seg en fremtidig modell for hverdagsrehabilitering der *alle* nye brukere skal få hjelp i tråd med en mestringstankegang og at dette formuleres i alle vedtak som

fattes når tjenester tildeles. Man trenger da ikke kalle det «hverdagsrehabilitering». Hensikten må være at alle jobber smartere med tanke på å få den enkelte til å klare mest mulig selv.

Etter at pilotperioden var over valgte kommunen å etablere tilbudet om hverdagsrehabilitering også i de øvrige sonene av hjemmetjenesten. Prosjektgruppen mente det var viktig å ha hverdagsrehabilitering som eget tjenestetilbud for å holde et fokus på opplæring og for å få til systematisk og målrettet jobbing i en implementeringsfase. Prosjektgruppen var enige om at den største gevinsten de hadde fått ut av prosjektet var holdningsendringer som de opplevde hadde funnet sted hos ansatte som hadde deltatt i pilotprosjektet. Det ble også understreket i refleksjonsgruppene med ansatte. En av informantene påpekte for eksempel at det var blitt særlig merkbart etter at kommunen hadde omorganisert tjenesten og slått sammen flere soner. De så da at andre soner jobbet ganske annerledes – de var ikke like bevisste på å understøtte brukerens evne til egenmestring.

3.6 Ideen om hverdagsrehabilitering skulle også gjennomsyre den ordinære hjemmetjenesten

Hverdagsrehabilitering blir ofte forstått som et oppgjør med en avhengighets- og servicekultur i omsorgstjenestene (Rostgaard & Graf 2016). Terapeuter og andre som jobber med hverdagsrehabilitering opplever noen ganger at deres innsats blir «motarbeidet» av velmenende hjelpere som insisterer på å gjøre oppgaver *for* brukeren. Møtet mellom nye og gamle tenkemåter ble tydelig når den som mottar hverdagsrehabilitering også mottar ordinære hjemmetjenester. En av terapeutene i Eigersund gav et eksempel på en erfaring hun hadde helt i oppstarten av prosjektet:

Det dreide seg om en person som hadde inngått avtale med oss om at hun ønsket å være mest mulig selvhjulpen. Så fikk vi høre at hjemmetjenesten, de som hadde vært der på kvelden, de hadde vasket håret hennes uten å undersøke om hun kunne klare det selv. Dama hadde brukket lårhalsen – hun hadde ikke problemer med å løfte armene over hodet! Det virket som om de gjør det av ren rutine uten å tenke på om hun kan klare det selv.

I våre to kommuner hørte vi denne typen historier i flere versjoner. Det er historier som gjerne trekkes fram for å begrunne hvorfor det er nødvendig med en holdningsendring i hjemmetjenesten. Det var som nevnt et mål for begge de

involverte kommunene at mestringstankegangen skulle nå ut til alle de hjemmebaserte tjenestene. Målet var å bli flinkere til å utforske hva den enkelte kunne klare selv og til å ivareta og understøtte hans eller hennes egne ressurser.

I Karmøy kommune var målet om å gjøre arbeidsformen kjent for alle ansatte i hjemmetjenesten en viktig målsetting helt fra starten av. Det var dette målet som lå til grunn for hospiteringsordningen som gikk som et parallelt delprosjekt i samarbeid med Holstebro kommune og helsefagutdanningen ved den lokale videregående skolen. Målet om å endre ansattes arbeidsform var også begrunnelsen for kommunens satsing på en integrert modell for hverdagsrehabilitering. Som antydte tidligere ble målsetningen styrket etter at pilotperioden var over: Ønsket om å fortsette med hverdagsrehabilitering som en definert tjeneste i en innføringsfase handler om at denne tjenesten bidrar til å skape endringer i hjemmetjenesten. Å jobbe ut fra et mestringperspektiv gir en synergieffekt: Det er meningsfylt for ansatte samtidig som det bidrar til en mer kostnadseffektiv måte å jobbe på.

Et viktig element i Karmøy kommunes opplæringsatsning var et obligatorisk lunsjmøte hver fredag der fysio- og ergoterapeutene opptrådte dels som veiledere, dels som diskusjonspartnere. Planen var opprinnelig at de her skulle veksle mellom å ta opp bestemte temaer og å diskutere og reflektere over erfaringer i arbeidet med hverdagsrehabilitering hos bestemte brukere. I et gruppeintervju fortalte ansatte at lunsjmøtene hadde fått et litt annet innhold enn opprinnelig planlagt, fordi de hadde fått alt for få konkrete case å diskutere. De opplevde at møtene dermed ble for «teoretiske». Og som en av dem sa: *«Det er grenser for hvor mye man kan diskutere et tema uten å ha konkrete erfaringer å vise til»*. For å gjøre møtene mer praktisk nyttige og for å få mer direkte utbytte av fysio- og ergoterapeutens kunnskaper, ble de enige om at de heller skulle benytte møtene til å diskutere konkrete utfordringer de hadde i det daglige arbeidet med sine «ordinære» brukere – ikke bare dem som var innvilget vedtak om hverdagsrehabilitering. Lunsjmøtene understøttet på denne måten ideen om å gjøre mestringstenkningen til en del av den ordinære hjemmetjenesten.

I Eigersund ble det som nevnt tatt flere initiativ til at tenkningen bak hverdagsrehabilitering skulle gjøres kjent. Her var det ikke bare hjemmetjenesten som skulle inspireres, men også den lokale kortids- og rehabiliteringsavdelingen, den psykiske mestringsenheten og dagsenteret. Kommunens daværende kommunalsjef for helse- og omsorg var klar på at den

forebyggende og rehabiliterende tenkningen skulle gjennomsyre hele tjenesteapparatet i kommunen. Tidlig innsats var et viktig nøkkelbegrep. Ressurspersoner fra de nevnte tjenestene skulle ha et særlig ansvar både for å identifisere nye kandidater og for å påse at brukere som hadde fått eller var i gang med hverdagsrehabilitering skulle følges opp i tråd med planen HVR-teamet hadde laget. De skulle dessuten ha et mer allment ansvar for at kunnskap om hverdagsrehabilitering ble spredt og at perspektivet ikke ble «glemt». Ressurspersonene møtes jevnlig – cirka fire ganger i året. De deltok dessuten i flere runder i refleksjonsgrupper,¹² der de ble utfordret av forskerne til å reflektere over dilemmaer og utfordringer knyttet til det å arbeide med hverdagsrehabilitering med sine ordinære brukere – personer som ikke nødvendigvis hadde et stort rehabiliteringspotensiale eller nok livsmot til å trene målrettet (se mer om dette i kapittel 5).

Et annet tiltak som kom på plass ganske tidlig etter at tjenesten ble etablert er det såkalte mandagsmøtet (hver fjortende dag) der lederen for HVR-teamet deltar i diskusjon om hjemmetjenestens brukere. Møtet ble opprettet for å diskutere og utveksle erfaringer om oppfølgingen av pasienter som hadde/hadde hatt kombinasjon av hverdagsrehabilitering og hjemmetjenester og samtidig diskutere hvilke nye kandidater som kunne være aktuelle. Med et høyt antall henviste kandidater som hadde kombinasjonen av hjemmetjenester og hverdagsrehabilitering ble dette en viktig arena for gjensidig læring. Det er viktig å understreke at det også lå mye læring i å diskutere begrunnelsene for at noen kandidater ble avvist av teamet. Blant de avviste befant det seg kandidater som uttrykte at de var motivert for hverdagsrehabilitering, men som i praksis ikke maktet å trene målrettet. Denne kategorien ble oftest avvist, men da gjerne med en avtalt oppfølging fra hjemmetjenesten som tok hensyn til deres motivasjon. Fra Eigersund ble det generelt understreket at kontakten mellom HVR-teamet og hjemmetjenesten ble styrket av at de ansatte ofte er tidligere kollegaer og kjenner hverandre. Dette betyr at de har en lav terskel for å ta kontakt (hyppig telefonbruk).

Etter at kommunen omorganiserte og slo sammen flere soner av hjemmetjenesten ble mandagsmøtet erstattet av faglige temamøter for diskusjon av mer generelle spørsmål – for eksempel spørsmål om hvordan identifisere egnede

¹² To av rundene foregikk innenfor forprosjektet Aktiv i egen hverdag.

kandidater (hva skal en se etter, hva skal en tenke på), hva de to enhetene forventer av hverandre, og hvordan samarbeid på tvers av enhetene kan bedres.

Et tiltak som også har medført mye erfaringsutveksling på tvers er en intern hospiteringsordning. Ordningen var i utgangspunktet et tilbud for ressurspersonene om å hospitere i HVR-teamet for å lære om den nye arbeidsformen. Etterhvert ble den utvidet til å gjelde andre interesserte fra hjemmetjenesten og nylig også til ansatte fra den lokale rehabiliteringsenheten. I dag oppfordres alle lærlinger og nyansatte til å hospitere i HVR-teamet. I tillegg har ordningen blitt snudd på hodet slik at terapeutene fra HVR-teamet får anledning til å «følge» ansatte i hjemmetjenesten og ansatte i den psykiatriske mestringsenheten på noen av deres besøk. Det har blant annet gitt terapeutene bedre innsikt i tidspresset hjemmetjenestens ansatte arbeider under. Utvidelsen av den interne hospiteringsordningen er et direkte resultat av diskusjoner fra de interne fagmøtene.

3.7 Hvilke elementer av ideen fant veien?

Blant hjemmetjenestens personale i de to kommunene var det bred enighet om at satsningen på hverdagsrehabilitering hadde «smittet over» på den ordinære hjemmetjenesten. Mens de tidligere ofte utførte oppgaver som sto i arbeidsplanen uten å stille spørsmål ved hva pasienten egentlig kunne klare å gjøre selv, var de nå blitt mer årvåkne og oppmerksomme på pasientens egne ressurser. De mente selv at de var blitt flinkere til å trappe ned og til å avvikle hjelp i tilfeller der hjelpen var satt inn etter et sykehusopphold. Og overfor nye pasienter var de nå blitt mer bevisste på å ikke etablere hjelperutiner uten å først forsøke å motivere pasienten til å klare seg mest mulig selv. Dette ble ofte hevdet samtidig med innrømmelser om at tidspresset gjør at de fortsatt sitter fast i gamle rutiner. Som en helsefagarbeider uttalte i et gruppeintervju i Eigersund:

Vi har det jo i bevisstheten vår og vi tenker at vi skal gjøre det riktig. Men det krever jo tid å gjøre det riktig og den tiden har vi ikke alltid. Det er tiden som er vår verste fiende.

Når det gjaldt spørsmålet om *hva* de hadde lært av den nye satsningen på hverdagsrehabilitering, la mange vekt på at de hadde lært mye om hvordan selv pasienter av svært høy alder kunne øve opp sitt fysiske funksjonsnivå. I et gruppeintervju med ansatte fra Karmøy ble deres opplevelse av læring og

bevisstgjøring i stor grad knyttet til kontakten og samarbeidet med fysio- og ergoterapeutene. Som en ansatt uttrykte det: «*De ser ting annerledes enn oss*». Terapeutene hadde gitt dem et faglig påfyll som gav dem flere arbeidsredskaper – knep og triks som de kunne benytte i eget arbeid. Som eksempel brukte en omsorgsarbeider en episode der hun hadde observert hvordan en slagpasient hadde gått i trappen sammen med fysioterapeuten. Hun trodde ikke at det var mulig. Selv hadde hun nesten automatisk ville støtte henne opp trappen. Å observere fysioterapeuten i arbeid hadde åpenbart inspirert henne: «*Når jeg så hvordan hun gjorde det så kunne jeg jo gjøre det samme*».

I lunsjmøtene hver fredag hadde de ansatte fra Karmøy fått mange nyttige tips – for eksempel omkring forflytning av pasienter fra seng, stol eller ulike typer småhjelpemidler som kan anvendes i tilberedning av måltider. Selv om de var skuffet over at de hadde fått så få kandidater med vedtak om hverdagsrehabilitering, var de enige om at de var blitt mer bevisste og flinkere til å jobbe ut fra et mestringsperspektiv i møte med sine «vanlige» pasienter. Flere av treningsøvelsene og hjelpemidlene de hadde brukt i hverdagsrehabiliteringen ble tatt i bruk med «ordinære» brukere. De understrekte at det nye mestringsfokusets også hadde ført til *reduisert tidsbruk*. Som en uttrykte det:

Vi er blitt kvitt en hel del tulleoppgaver – oppgaver vi tidligere brukte en hel del tid på. For eksempel det å gå inn og ut til folk for å hjelpe dem av og på med strømpene!

I likhet med de ansatte på Karmøy gav de ansatte i Eigersund uttrykk for at hverdagsrehabilitering i stor grad hadde gjort dem mer bevisste på å gjøre brukeren i stand til å klare oppgaver selv. Fysio- og ergoterapeutene hadde bidratt med nyttig kunnskap, hvorav noen hadde frigjort tid (som for eksempel strømpepåtreakkerte og stativer for å gjøre pasienter i stand til å dryppe øynene). Men noen ansatte fra Eigersund understreket samtidig at arbeidsformen hadde medført mer tidkrevende oppgaver – for eksempel oppgaver knyttet til gå-trening. Som en sa: «*Det hender vi kan ta små turer til postkassen, men vi har jo ikke tid til å gjøre så mye av det som vi noen ganger skulle ønske*».

I intervjuer og gruppesamtalene fra Eigersund ble læringsutbytte fra hverdagsrehabilitering i stor grad også relatert til rutiner knyttet til behovsvurdering og tildeling av tjenester. De var ikke bare blitt mer bevisst på å ha tidsavgrensede vedtak og større oppmerksomhet på å stille krav til pasienten. De hadde også endret tildelingsrutinene ved å legge større vekt på avdekke

årsaker til funksjonsfall og å avdekke hva som var viktig for den enkelte pasienten.. Sykepleieren som var en del av HVR-teamet da prosjektet startet opp jobbet samtidig deltid i hjemmetjenesten og ble siden ansatt i full stilling som faglig koordinator i hjemmetjenesten. Noe av det hun mente var nyttig å ha med seg «tilbake» til hjemmetjenesten var den utforskende tilnærmingen som kjennetegner kartleggingsprosedyrene som anvendes i hverdagsrehabilitering (se kapittel 4). Hun kopierte og tilpasset spørsmål fra kartleggingsverktøyet (se vedlegg 1) som et utgangspunkt for vurderingssamtaler med nye pasienter. Målet var å få nye pasienter til å selv ta del i utformingen av tjenesten gjennom å få dem til å fortelle om hva slags hverdagsliv og livsførsel de har hatt tidligere, hva som forhindret dem fra å holde fast i dette hverdagslivet, og hva de selv kunne tenke seg å bidra med for å løse det. På denne måten håpet hun å skape bevissthet blant personalet om at hensikten med hjemmetjenestene ikke er å levere «ett-eller-annet», men å kompensere for og understøtte det som er viktig for akkurat denne pasienten.

Tanken om å jobbe med utgangspunkt i pasientens «viktighetsområde» var også et tema som flere ansatte trakk fram som en viktig del den hverdagsrehabiliterende tenkningen. En av dem sa for eksempel: «*Vi snakker hele tiden om å få til dette. Men jeg er ikke sikker på om vi klarer å gjøre det konsekvent. Vi er ikke helt der enda*». Hun antydte at det kan være tidkrevende og vanskelig å sondere og finne frem til hva som kan vekke engasjement hos brukeren. Dette kan gli naturlig når det dreier seg om mennesker som har hatt et sosialt og aktivt liv fra før. Men det kan være tungt hos dem som har «satt seg til» og er blitt passivisert gjennom lang tid (mer om dette i kapittel 5).

En ung sykepleier fra den samme refleksjonsgruppen mente det var viktig å bruke tiden riktig. Hun trakk fram et eksempel fra et sårstell hun hadde utført samme dagen:

Jeg hadde god tid til sårstellet. Dette var hos en dame som er ganske inaktiv altså. Men så gikk det fram i løpet av stellet at hun hadde vært glad i å male. Da spurte jeg henne – ‘hva var grunnen til at du sluttet? Hvorfor la du det på hyllen? Nei – det visste hun ikke.

Ifølge sykepleieren kunne den gamle hobbymalerinnen heller ikke se at det var noen hindringer i veien for at hun kunne ta opp igjen aktiviteten. Sårstellet hadde avsluttet med at hun lovet sykepleieren å finne fram maleutstyret. Kvinnen hadde lyst opp. Hun gledet seg åpenbart til å prøve igjen.

Sykepleieren brukte eksempelet også for å vise at det noen ganger handler om å «finne gnisten» mer enn om å trene. Aktivering trenger ikke nødvendigvis å bety at personen må opp på beina og løpe ut av huset eller «gå til postkassen».

Ideen om å arbeide med utgangspunkt i det som er viktig for pasienten ble ikke på samme måte bakt inn i mestringsperspektivet hos ansatte fra Karmøy. Her ble «viktighetsområdet» først og fremst assosiert med målformuleringen som ble gjort for dem som hadde vedtak om tidsavgrenset hverdagsrehabilitering. Når de ansatte snakket om hjelpen som ble gitt til pasienter med vedtak om «ordinære» tjenester, snakket de imidlertid om tjenesten slik den var rammet inn av bestillingen – ikke med utgangspunkt i pasientens viktighetsområde. De la stor vekt på å lojalt følge opp det som var bestemt i vedtak og planer. Lojalitet til vedtak og planer var noe de hadde diskutert i lunsjmøtene. En av informantene fortalte om hvor frustrerende det var å høre fra brukeren at «*'De andre gjør ditt og datt for meg'. Da spør en seg. Er det virkelig bare jeg som holder meg til vedtaket!?'*». Problemstillingen var aktuell både for de med hverdagsrehabilitering og de «ordinære».

I en av refleksjonsgruppene stilte forskerne spørsmål ved om det i noen tilfeller kan være «smart jobbing» å gjøre noe ekstra – dersom det er noe som er viktig for den enkelte og som kan tenne en livsgnist. Vi gav følgende eksempel: Hva om det betyr utrolig mye for en person å observere fuglene ute på fuglebrettet. Vil det da være greit å gå ut å fylle på fuglemat for å bidra til at vedkommende får en god dag og ser lysere på livet og kanskje bevege seg fra soverommet til stuevinduet? Flere mente det var helt feil – av flere grunner. De pekte på at det ville kreve tid som de ikke hadde til rådighet og dermed gå på bekostning av tiden brukt hos andre brukere. De mente det ville føre til en «utglidning» – at andre pleiere da ville argumentere for ekstratjenester hos andre brukere, for eksempel å rydde klær. Dersom en bare gir til noen og ikke til alle ville det bli urettferdig – enten må alle få noe ekstra eller ingen. Uansett er det viktig å prioritere nødvendig helsehjelp.

Noen av de ansatte omtalte denne form for «dulling» som «hemmelige tjenester» – det er noe de gjør ulovlig (se også kapittel 5). I samtalen løp kom det imidlertid også fram motargumenter om at en selvsagt alltid må se an situasjonen. Man må bruke sunn fornuft. En av pleierne mente det kom an på hva slags livssituasjon pasienten hadde – om vedkommende hadde pårørende og andre mennesker rundt seg. Diskusjonen fra Karmøy synliggjorde hvordan

de ansatte hjemmetjenesten befinner seg i et skvis mellom ulike rettferdighetsprinsipper. De skal på den ene siden behandle mennesker likt etter de samme formelle kriteriene, men når de kommer tett på mennesker og ser hvilke ulike ressurser de har, oppleves det mer rettferdig å prioritere dem som har lite.

3.8 Oppsummering og diskusjon

I kapitlet har vi beskrevet hvordan ideen om hverdagsrehabilitering har blitt oversatt til praksis i to ulike kommuner. Hensikten med sammenligningen av de to kommunene har ikke vært å si noe om *hvem* som har gjort det best eller fått mest ut av sitt prosjekt. Vi har, i tråd med det som er vanlig i prosessorientert følgeforskning, lagt vekt på å belyse veien fram mot målet – «*hvorfor ting blir som de blir*» (Baklien 2004).¹³ Som vi redegjorde for i kapittel 1, har vi hatt det som utgangspunkt at nye praksiser og planlagte forandringer aldri utvikles i et sosialt tomrom, men vil formes med utgangspunkt i historiske og institusjonelle rammebetingelser. De to kommunene var preget av sin fortid – av de ulike økonomiske og administrative veivalg kommunene hadde tatt *før* hverdagsrehabilitering ble satt på dagsorden. Eigersund kommune hadde holdt fast ved en tradisjonell velferdsprofesjonell organisering der tildeling av tjenester var delegert til ledere og fagfolk som hadde ansvaret for den daglige driften av tjenestene. Med denne strukturen var det nærliggende at også tildelingen av hverdagsrehabilitering skulle legges til det utøvende nivået. Både leder og fagfolkene la til grunn at hverdagsrehabilitering handler om tidlig innsats – å sørge for at mennesker som har hatt et funksjonsfall ikke forverres og glir inn i rollen som langtidsbrukere av tjenester. Det ble dannet et nettverk av ressurspersoner fra ulike tjenesteenheter som skulle ha særlig ansvar for å henvise kandidater som var i faresonen. Teamet for hverdagsrehabilitering («HVR-teamet») skulle fungere som en spydspiss i arbeidet med å etablere en mer proaktiv og forebyggende arbeidsform. Tanken bak det nye tjenestetilbudet var – i tråd med en sosial investeringstankegang – at dette ville lønne seg over tid.

Karmøy kommune hadde flere år tidligere valgt å organisere tjenesteapparatet i tråd med en bestiller-utførermodell, der ansvaret for tildeling av tjenester var sentralisert i en egen bestillerenhet. Selv om begge kommunene la

¹³ Å si noe om effekter i form av hvor mange som har fått økt livskvalitet og hvor mange kroner kommunene eventuelt har spart eller tapt på denne satsningen er et komplisert regnestykke som krever helt andre forskningsmetoder og målinger over tid.

til grunn at hverdagsrehabilitering ikke skulle påføre kommunen ekstra kostnader, var Karmøy kommune åpenbart mer presset enn Eigersund til å holde en stram budsjett disiplin. Prosjektgruppen hadde i utgangspunktet mindre personalressurser til rådighet og la dermed opp til at hverdagsrehabilitering i stor grad skulle bygge på den etablerte hjemmetjenesten. Hensynet til økonomien kom også til uttrykk gjennom en restriktiv tildelingspraksis, der tjenesten kun ble tildelt til personer som oppfylte kriteriene for å få tjenester i henhold til helse- og omsorgstjenesteloven. Med dette kravet understreket prosjektgruppen i Karmøy at de ikke definerte sin versjon av hverdagsrehabilitering som en proaktiv og forebyggende tjeneste, men som en *arbeidsform* som skulle bidra til å gjøre de mest hjelpetrengende pasientene mer selvhjulpne og mindre avhengig av ordinære pleie og omsorgstjenester. Hjemmetjenesten ble oppfordret til å samarbeide om tildelingen gjennom å melde fra om kandidater som kunne egne seg. Men det var fagkyndige saksbehandlere ved bestillerkontoret som formelt sett skulle avgjøre om det var hverdagsrehabilitering eller andre tjenester som var det riktige. Med denne tildelingspraksisen holdt kommunen fast ved en etablert strategi som handlet om å prioritere å gi tjenester til mennesker med størst hjelpebehov og samtidig sørge for at hjemmetjenesten ble driftet på en forsvarlig og mest mulig kostnadseffektiv måte.

At hverdagsrehabilitering ble fortolket og forstått i lys av ulike strategier innebar at de to kommunene tildelte tjenesten i ulikt *omfang* – Eigersund innvilget tjenesten til relativt mange mennesker, mens Karmøy fikk relativt få kandidater. Kommunenes ulike rammebetingelser og tildelingspraksis fikk også indirekte konsekvenser for måten hverdagsrehabilitering ble oversatt til praksis. Ulikhetene handlet i stor grad om at praktikerne som skulle utføre tjenesten fikk ulikt *læringsgrunnlag*.

HVR-teamet i Eigersund fikk – gjennom mange henviste kandidater for vurdering – mange faglige diskusjoner både med hjemmetjenesten og med andre tjenesteenheter, deriblant den lokale korttids- og rehabiliteringsavdelingen, fysio- og ergoterapitjenesten, og den psykiatriske mestringsenheten. De fikk også konkrete erfaringer – både med å spore seg fram til *hvem* som er egnet eller ikke egnet for hverdagsrehabilitering og med å prøve ut hva slags metoder og tilnærminger som fungerer i praksis. Med økte kunnskaper og erfaring våget de gradvis å prøve seg på mer krevende tilfeller – tilfeller som krevde atskillig motiveringsarbeid. HVR-teamet fungerer i dag som en spydspiss i et mer omfattende arbeid med å sikre at hele tjenesteapparatet i

kommunen blir mer proaktiv og personsentrert. Selv om hverdagsrehabilitering har vært organisert som et eget team har det vært betydelig kunnskaps- og erfaringsutveksling med hjemmetjenesten, både som følge av samarbeid om konkrete pasienter, jevnlig felles fagmøter og gjensidig hospitering. Den hverdagsrehabiliterende tenkemåten har preget hjemmetjenestens praksis omkring tildeling og behovsvurdering så vel som deres arbeidsform.

Karmøy kommune la i utgangspunktet stor vekt på at hverdagsrehabilitering skulle utvikles med utgangspunkt i erfaringsbasert refleksjon. Med et relativt beskjedent antall kandidater opplevde ansatte at det til å begynne med ble «mye teori.» Men etter at det ble tydeliggjort at prinsippet om økt egenmestring skulle være et generelt arbeidsprinsipp for hele hjemmetjenesten, endret dette seg. Hjemmetjenesten har i dag et velfungerende ukentlig lunsjmøte der fysio- og ergoterapeuter fungerer som veiledere og diskusjonspartnere. Møtet åpner for diskusjoner både om de som har vedtak og de som ikke har vedtak om hverdagsrehabilitering.

Det er viktig å understreke at fortellingen om de to kommunene er basert på deres foreløpige erfaringer. Arbeidet med å utvikle tjenestene skjer i en kontinuerlig prosess og vil etter all sannsynlighet endres og justeres i tiden framover. Eigersund kommune har lyktes med å etablere en tjeneste som det er stor etterspørsel etter og som også har bidratt til å påvirke tenkesettet ikke bare i hjemmetjenesten, men i andre tjenester – både den lokale rehabiliteringsenheten (som henviser kandidater), den psykiske mestringsenheten og dagsenteret. HVR-teamet har i så måte hatt en brobyggende rolle på tvers av kommunens tjenester. I løpet av det siste året har imidlertid Eigersund gradvis kommet til en erkjennelse om at deres tjenesteforbruk ligger for høyt. Kommunen har nylig hatt ekstern konsulenthjelp for å gjøre en drifts- og ressursanalyse (Devold 2017). Konsulentrapporten stiller kommunens generøse tildelingspraksis i kritisk belysning. Kommunen anbefales å opprette en egen tildelingsenhet – «en slagkraftig enhet» som ikke eksisterer fullstendig isolert fra driften; en enhet som legger vekt på hverdagsrehabilitering, egenomsorg og velferdsteknologi. Akkurat hva dette betyr og hvordan en slik enhet skal meisles ut i praksis er vanskelig å si. Et mulig scenario er at Eigersund vil møte noen av de samme utfordringene som Karmøy – at hensynet til kortsiktige sparehensyn vil bidra til at færre henvises til hverdagsrehabilitering. Et annet scenario er at kommunen følger eksempelet fra andre kommuner (Eide m.fl. 2017) og gjør

teamet for hverdagsrehabilitering til en integrert del av den nye tildelingsenheten.

Karmøy kommune hadde allerede hatt en kritisk gjennomgang av egen økonomi før hverdagsrehabilitering ble satt på dagsorden. Dette har som nevnt preget kommunens tildelingspraksis. Kommunen har imidlertid gått sakte men sikkert i retning av å innarbeide en hverdagsrehabiliterende arbeidsform i hjemmetjenesten. Det ble i etterkant av pilotstudien fra Åkra/Vea bestemt at hverdagsrehabilitering både som tjenestetilbud og som arbeidsform og tenkesett skal inngå i alle hjemmetjenestedistriktene. Oppfølgingsintervjuer med medlemmer av driftsgruppen tyder på at prosjektet har fått ny energi etter at ansvarsdelingen mellom bestiller og utfører er blitt tydeligere. Kommunen vil frem mot juni 2018 vurdere hvordan hverdagsrehabilitering skal drives videre framover.

4 Kartlegging og måling i hverdagsrehabilitering

(Kjersti Vik)¹⁴

Introduksjon

Helsepersonells kartlegging av brukers situasjon er en forutsetning for å utøve god helsetjeneste. For å iverksette tiltak kreves det kjennskap til en rekke forhold, som for eksempel brukernes sykdom/skade, fysisk og psykisk funksjon, hvordan vedkommende klarer praktiske gjøremål både i og utenfor hjemmet. Tradisjonelt har dette vært kartlagt ved at helsepersonell har samtalt med og observert brukere og så gjort vurderinger ut fra sine faglige kriterier. Man har i mindre grad spurt hvordan brukeren vurderer sin egen situasjon. Videre har ofte ulike yrkesgrupper gjort hver sin kartlegging uten å samarbeide om dette. Siden hverdagsrehabilitering (og rehabilitering i sin alminnelighet) forutsetter at helsepersonell tar utgangspunkt i brukerens egne mål og samtidig arbeider tverrfaglig, har det oppstått et behov for arbeidsredskap som både er brukertilpasset og tverrfaglige (Bredland m.fl. 2011). I tillegg er metoder for måling av effekt av hverdagsrehabilitering etterspurt (Meld. St.29. (2012–2013)).

I prosjektet «Sammen om en aktiv hverdag» har det vært et viktig mål å framskaffe erfaringsnær kunnskap om hvilke ulike kartleggings- og måleverktøy som kan bidra til at hverdagsrehabilitering fungerer hensiktsmessig i praksis. Denne delen av prosjektet har vært basert på et samarbeid mellom personalet som har vært tilknyttet HVR-teamet i Eigersund og en forsker (Vik) med bred kunnskap om arbeidsverktøy anvendt i rehabilitering. Samarbeidet startet med en gjennomgang av og en diskusjon omkring det som fantes tilgjengelig av relevante kartleggings- og måleredskap. Som vi skal redegjøre nærmere for i dette kapitlet endte diskusjonen opp med at HVR-teamet valgte å utforme sitt eget redskap – «*Aktiv i egen hverdag. Brukervurdert kartlegging*» (heretter omtalt som ABK-Eigersund). Redskapet bygger på elementer fra ulike etablerte kartleggings- og måleverktøy samt på mer uformelle rutiner, sjekklister og hjelpespørsmål som personalet hadde opplevd som nyttige etter hvert som de prøvde ut den nye arbeidsformen.

¹⁴ Arbeidet er gjennomført i tett samarbeid med HVR-teamet i Eigersund kommune.

Hva mener vi så med kartlegging og kartleggingsverktøy? Og hva mener vi med måleredskap? Helsebiblioteket beskrives kartlegging som: «Å kartlegge er å avdekke status og danne grunnlag for videre tiltak på en systematisk måte». Kartleggingsverktøy beskrives som «systematiserte spørreskjemaer som er hjelpemidler for å sikre innhenting av relevant informasjon» (www.helsebiblioteket.no). Verken Helsebiblioteket eller ordbøker har noen god definisjon av måleredskap, men Derek Wade (2003) som er en nestor innen internasjonal rehabiliteringsforskning sier det nokså enkelt om hva som skal måles i rehabilitering: «A patient will enter a rehabilitation program in one state and may change as a result of the intervention to another state. This new state is the outcome»

I den videre framstillingen bruker vi dels samlebetegnelse arbeidsredskap, dels kartleggingsverktøy, om å innhente informasjon om bruker. Måleredskap forstås, i tråd med Wade, som et redskap som registrer den endringen (outcome) som skjer gjennom rehabiliteringsintervensjonen.

4.1 Hva slags arbeidsredskap fantes da prosjektet startet?

Ved oppstarten av prosjektet i 2014 var det generelt lite erfaring med anvendelse av kartleggings- og måleredskap i norsk hverdagsrehabilitering. Samtidig var det mange som etterspurte måleredskaper som kunne dokumentere effekten av hverdagsrehabilitering. Kommuner som hadde fått støtte fra Helse- og sosialdepartementet for å implementere hverdagsrehabilitering var blitt pålagt å anvende Canadian Occupational Performance Measure (COPM). COPM er utviklet av og for ergoterapeuter, med den hensikt å bidra til at ergoterapeuter arbeider mer klientsentrert og fokuserer mer på brukerens ønsker om å delta i aktivitet (Townsend & Polatajko 2008). COPM anvendes for å innhente brukerens vurdering av sine aktivitetsutfordringer og nytte av rehabiliterings-tiltaket (Kjeken, mfl 2004; Tuntland & Ness, 2014). COPM kan brukes for å kartlegge hva den enkelte bruker mener er viktig og av betydning, og som et måleinstrument for å dokumentere om brukeren selv mener det har skjedd noen endring før og etter rehabiliteringsinnsats (Kjeken m.fl., 2004; Tuntland & Ness, 2014). COPM er validert og testet for norske forhold og er egnet til å måle endringer i brukerens egen vurdering av tilfredshet med deltakelse i de gjøremål personen selv velger ut (Kjeken m.fl., 2004; Tuntland & Ness, 2014). Først & Høverstad (2014) rapporterte imidlertid at COPM ikke benyttes konsekvent i praksis, blant annet fordi personalet erfarte at brukerne ikke klarte å prioritere valg av aktivitet eller skille mellom utførelse og tilfredshet.

Det viste seg at kommuner både i Norge og Danmark brukte også andre arbeidsredskap (Rasmussen & Kjellebergs (2013), blant annet «Borgerhjulet» fra Esbjerg kommune. For å finne mer ut av hva som fantes gjorde vi et strategisk litteratursøk ved å gjennomgå rapporter utgitt i Skandinavia på det aktuelle tidspunktet (Fürst & Høverstad 2014, Petterson & Iwarsson 2015, Rasmussen & Kjelleberg). Vi foretok også søk for å finne kartleggings- og måleredskap som tok i betraktning «aktivitet og deltakelse», siden dette er sentralt mål for rehabiliteringsvirksomhet, ikke minst for hverdagsrehabilitering der det å holde fast i eget hverdagsliv står sentralt. Det viste seg at det er utviklet en rekke kartleggingsverktøy som har til hensikt å kartlegge *deltakelse*. Ved oppstarten av prosjektet fant vi at disse i liten grad var anvendt i hverdagsrehabilitering – hverken i Norge eller i andre land (Heinemann m.fl. 2010; Magasi m.fl 2009).

I sine vurderingene av aktuelle kartleggings- og måleverktøy tok arbeidsgruppen utgangspunkt i om disse hadde fokus på brukerens vurderinger, om de egnet seg i et tverrfaglig team, hadde noe form for måling av endring og hvorvidt validitet og reliabilitet var undersøkt. På den bakgrunnen ble 4 kartleggingsverktøy vurdert mer inngående.

4.1.1 BORGERHJULET

Borgerhjulet er utviklet i Esbjerg kommune i forbindelse med satsingen på hverdagsrehabilitering (Rasmussen & Kjelleberg, 2013). Hensikten med Borgerhjulet var å understøtte samarbeidet mellom borgere og fagpersoner slik at det sikrer at den enkelte blir inkludert i samarbeidet og at borgerens behov og ønsker kommer fram. Slik sikres det at det er borgerens mål som styrer tiltakene. Borgerhjulet er utviklet med inspirasjon både fra COPM og WHO's Internasjonale klassifikasjon av funksjon, funksjonshemming og helse (ICF) (WHO, 2001). Borgerhjulet er som navnet indikerer, et formet som et sirkel/hjul og er et visuelt verktøy med seks aktivitetsområder. For hvert aktivitetsområde hører tre til fem hjelpekort med et påtrykt piktogram som illustrerer en delaktivitet. Siden Borgerhjulet er et visuelt verktøy, gir det borgeren et overblikk over hva som skal diskuteres i møte med ansatte. Borgerhjulet er utviklet til å anvendes i første møte med borgere som søker om kommunale tjenester og brukes både av ansatte som tar førstegangssamtalen og underveis i prosessen. Erfaringen er at det skaper sammenheng for alle involverte i arbeidsprosessen. Det er ikke gjort noen testing av psykometriske egenskaper.

4.1.2. AKTIVITETSSORTERINGSKORT (ACTIVITY SORT CARD (ASC))

Instrumentet består, som navnet tilsier, av «aktivitetskort» som er utviklet for ergoterapeuter i praksis. Det består av 89 billedkort som skal hjelpe brukeren å beskrive daglige gjøremål. Opprinnelig var det utviklet som et redskap til å vurdere aktivitetsnivået hos personer med kognitive skader, men det viser seg at det var nyttig for flere brukergrupper (Baum & Edwards, 2001). Hensikten med ASC er at både brukerne og terapeutene skal få et utgangspunkt for å kartlegge både utføring og deltakelse i husholdningsaktiviteter. Personene vurderer de ulike aktivitetene ut fra om det er gjøremål de utfører nå, har sluttet med, er interessert i nå, får til, eller kunne være interessert i senere. Erfaringene er at ved å bruke kortene som utgangspunkt for samtale gir det brukerne tid til å tenke og reflektere over aktiviteter de utfører eller har utført, og hvilke de ønsker å gjøre senere. Disse opplysningene er viktige for videre målsetting og tiltak. Eksempler på spørsmål som kan stilles til slike billedkort er: Hva gjør du mindre av etter skaden/sykdommen? Hva har du begynt med etter skaden/sykdommen? Hva har du gjort tidligere, men som du ikke gjør nå? Hva gjør du nå som du også gjorde tidligere? ASC er basert på at personen skårer på en skala fra 1–10, og derved kan det gi et mål på endring før og etter intervensjon. ASC er vurdert til å ha gode psykometriske egenskaper også mellom ulike kulturer (Baum & Edwards, 2001).

4.1.3. DELTAKELSE FOR PERSONER MED FUNKSJONSNEDESETTELSE (PARTICIPATION OF PEOPLE WITH MOBILITY LIMITATIONS SURVEY (PARTS-M))

Hensikten med PARTS-M var å utvikle et kartleggingsinstrument som var basert på ICF, men som også tok utgangspunkt i hvordan personer med funksjonsnedsettelse selv mente deltakelse skulle måles (Gray, m.fl. 2006). Derfor er PARTS-M utviklet og testet sammen med både personer med funksjonsnedsettelse og fagpersoner. Brukernes vurdering av viktighet, tilfredshet, valg, og behov for hjelp knyttet til deltakelse i det enkelte gjøremålet blir vurdert. Det omhandler deltakelse i gjøremål som å kle på seg, egenomsorg, lage mat, bevegelse innendørs, husarbeid, vedlikehold av hus, bevegelse utenfor hjemmet, fysisk aktivitet, fritidsaktivitet, sosiale gjøremål, samfunnsdeltakelse og økonomi. Verktøyet er utformet som et spørreskjema som personene selv fyller ut. Til hvert spørsmål om de aktuelle gjøremålene skåres det på hvor viktig aktiviteten er, muligheten for valg, og hvor fornøyd personen er med deltakelse i det aktuelle gjøremålet. Det gis poeng fra 0–5, hvor 0 er ikke

fornøyd og 5 er fornøyd. I tillegg registreres det hvilke forhold som hindrer mulighet for deltakelse, for eksempel omgivelser, tretthet, funksjonsnedsettelse og så videre. Magasi m.fl. (2015) har vurdert at PARTS-M er det instrumentet som best måler deltakelse for personer med funksjonsnedsettelse, men det er så langt ikke brukt i måling av endring.

4.1.4. PASIENT-SPESIFIKK FUNKSJON SKALA (PSFS)

PSFS er et arbeidsredskap som er utviklet av og for fysioterapeuter (Horn m.fl., 2012; Moseng m.fl. 2013). Det ble utviklet for å ha et pasientspesifikt måleredskap som kunne måle endring av funksjon etter fysioterapiintervensjon. Det er utarbeidet med tanke på personer med muskel- og skjelettlidelser (Horn et al., 2012; Moseng et al., 2013).

Kunnskapscenteret har bearbeidet PSFS slik at det er tilpasset hverdagsrehabilitering og egner seg til tverrfaglig bruk og er tenkt som et alternativ til COPM. Det er utviklet en guide som skal bidra til at en kan kartlegge de aktivitetene som er viktigst for brukeren. Det første spørsmålet som stilles er: Hva er viktig nå? Videre anvendes et «hjul» tilsvarende Borgerhjulet, hvor brukeren kan vurdere hvordan han/hun er i stand til å utføre disse. Skalaen som brukes går fra 0 (kan ikke) til 10 (utfører uten vansker eller som før sykdommen). (www.kunnskapscenteret.no/forsiden/_attachment/20968?_ts=1442a8e5ba1).

Ved gjentatte intervjuer kan PSFS anvendes til å se endringer i brukerens egen vurdering av funksjon. Instrumentet er under utvikling og validering for norske forhold (Tveter m.fl 2013).

4.1.5 OPPSUMMERING AV KUNNSKAP OM ETABLERTE ARBEIDSREDSKAP

Som en del av arbeidet med å framskaffe kunnskap om hvilke arbeidsredskaper som kan bidra til at hverdagsrehabilitering fungerer etter hensikten, ble de ulike redskapene systematisk gjennomgått og vurdert av arbeidsgruppen. De viktigste kriteriene for vurderingene var om redskapet tok utgangspunkt i brukernes perspektiv og var egnet til å anvendes i første møte med brukerne. Alle de aktuelle redskapene hadde skåringsalternativ basert på brukernes egen vurdering og kunne brukes til å dokumentere endring før/etter intervensjon. Siden fokus var på brukerens egen vurdering, mente medlemmene i HVR-teamet at alle de presenterte verktøyene kunne være egnet for et tverrfaglig team, selv om de i utgangspunktet var utviklet for en bestemt yrkesgruppe. Teamet fant det interessant å merke seg hvordan ulike redskaper hadde hentet

inspirasjon fra hverandre, som for eksempel Borgerhjulet og COPM som begge brukte en skala fra 1–10, hvor bruker skårer for eksempel hvor fornøyd han/hun er med måten hun/han utfører gjøremål.

Litteraturgjennomgangen viste at arbeidsredskapene manglet brukerens egne fortellinger om hvordan de oppfattet sykdommen eller skaden de hadde pådratt seg og deres fortellinger om hvordan de opplevde hverdagen i hjemmet der og da. Personalet i teamet savnet dette i det første møtet med brukerne. Det å høre brukerens egne fortellinger helt avgjørende for å komme i gang med et rehabiliteringsopplegg som kunne bidra til få hverdagen til å fungere for den det gjaldt.

4.2 Rutiner og erfaringer i Egersund ved prosjektstart

Da prosjektet startet, hadde HVR-teamet gjort seg noen erfaringer med kartlegging. De hadde anvendt Short Physical Performance Battery (SPPB) (<file:///C:/Users/psy/Downloads/SPPB.pdf>) og COPM fra oppstart av hverdagsrehabilitering. I tillegg hadde teamet også utarbeidet en enkel stikkordsliste til bruk i første møte med brukeren for å få brukerens versjon av «virkeligheten», med spørsmål som «hva skjedde da du ble syk», «hvordan har den første tiden hjemme vært». Kartlegging ved hjelp av SPPB ble ofte gjort i første møte, noen ganger som et «avbrekk» i samtalen. COPM ble anvendt et par besøk etter førstegangssamtalen, bla. for at brukerne kunne sette mål for hverdagsrehabilitering. Alle yrkesgruppene i teamet anvendte SPPB og COPM.

4.2.1 EGNE ERFARINGER MED ANVENDELSE AV KARTLEGGINGS- OG MÅLEVERKTØY

Teamet erfarte at SPPB var enkelt å anvende og at det gav umiddelbart informasjon om brukerens fysiske funksjon. Kartleggingen gikk fort og var således godt egnet til å anvendes i første møte med bruker. SPPB ga også et godt mål på endring i fysisk funksjon og var egnet som et effektmål knyttet til fysiske funksjon. Derfor var det bestemt at SPPB skulle anvendes videre.

Ved kartlegging ved hjelp av COPM, erfarte teamet at det var en fordel å være to personer. En person hadde da oppmerksomheten rettet mot brukeren, mens den andre skrev og noterte. Denne arbeidsformen var ressurskrevende, men også nyttig, fordi det var flere som bidro til å kartlegge og forstå brukerens situasjon der og da. Det viste seg imidlertid at personer som kom rett fra sykehus eller rehabiliteringsavdeling hadde et behov for å være hjemme en

stund og erfare «sitt nye hverdagsliv» før de kunne svare på spørsmålene i COPM. For å komme raskt i gang med rehabiliteringsarbeidet trengte teamet derfor å kartlegge brukernes erfaringer og fortellinger om hva som hadde skjedd samt å høre nærmere om deres tanker om hverdagsrehabilitering. Denne type spørsmål lå verken i SPPB eller COPM.

Mens SPBB baserer seg på at det er de profesjonelle som skårer resultat, er det brukerne som skårer i COPM. HVR-teamets erfaringer med COPM var at mange eldre brukere strevde med å skåre seg selv. Fagfolkene opplevde noen ganger at de la tallene i munnen på personen, for eksempel ved å si «når du forteller det slik, så tror jeg nok et er en 7». Mange brukere ble frustrert og lei av all tallbruken. Dette kunne for eksempel gjelde fiskere som har vært på sjøen hele sitt liv og ikke på skolebenken og som derfor var redde for å svare «feil». Til tross for at teamet prøvde ut ulike måter å anvende COPM på, mente det det var et lite egnet redskap for å starte en førstegangssamtale. Stikkordslisten for førstegangssamtale de hadde utviklet selv var mer egnet for deres behov for å etablere kontakt og få informasjon fort. HVR-teamet kom derfor fram til at de vil starte et arbeid for å utvikle et tverrfaglig kartleggings- måleredskap basert på sin egen stikkordsliste. I dette utviklingsarbeidet lot de seg også inspirere av at de ulike kartleggings- og måleredskapene de hadde stiftet kjennskap til, til en viss grad bygget på hverandre. De inkluderte også kunnskaps-senterets anvendelse av PSFS og hentet inspirasjon fra ACS og PARTS-M for å utvikle hjelpespørsmål som ansatte kunne stille for å klargjøre forhold underveis i førstegangssamtalen.

4.3 Utvikling av ABK-Eigersund

I planen for det videre arbeidet ble det lagt opp til et tett samarbeid mellom forsker og teamet, for idemyldring, diskusjoner, og flere utprøvinger med påfølgende erfaringsutveksling.

4.3.1 PLAN FOR UTVIKLING AV EGET KARTLEGGINGSVERKTØY

Tabell 3

Hva	Når	Hvem
Idemyldring og klargjøring av premisser for arbeidet	Vinter 2015	Teamet sammen med forskere
Gjennomgang av andre redskap – identifisering av aktuelle spørsmål	Vinter 2015	Teamet sammen med forskere
Utprøving I	April 2015	Teamet
HVR-teamets vurdering og revidering	Juni 2015	Teamet sammen med forskere
Utprøving II	August 2015 April 2016	Teamet
Revidering	August 2016	Teamet sammen med forsker
Utprøving III	September 2016– november 2016	Tre utvalgte kommuner + Egersund
Fokusgruppeintervju med aktuelle kommuner	2016	Forsker
Analyse, rapport, avslutningskonferanse, framlegg på fagkongress.	2017	Forsker med innspill fra teamet

4.3.2. IDEMYLDING OG KLARGJØRING AV PRESMISSER

Da denne fasen av startet, var litteratursøk gjort. Idemyldringen ble som nevnt inspirert av resultatet av litteratursøket og teamets foreløpige erfaringer. For å klargjøre premissene som skulle ligge til grunn for arbeidet, ble det stilt en rekke spørsmål innledningsvis. Et hovedpremiss var at kartleggingsverktøyet skulle bidra til at teamet allerede i første møte skulle få kjennskap til hvordan brukeren «så på virkeligheten». I tillegg var det viktig at teamet fikk tilstrekkelig informasjon til å planlegge tiltak sammen med bruker. HVR-teamet diskuterte spørsmål som: Hvilken informasjon er nødvendig for å komme i gang fort? Hvilken eventuell yrkesspesifikk informasjon trengs i rehabiliteringsprosessen? Hvilke type verktøy trenges for å jobbe godt sammen – team, bruker, andre ansatte? Hvilken informasjon vil en få fra andre steder (journal, IPLOS) og kan eventuelt utelates fra arbeidsredskapet? Er det nødvendig å måle endring av funksjon og i så fall hva er det viktig å måle endring i/av? Hvem skal skåre, bruker eller ansatte?

På denne bakgrunn ble følgende krav stilt til arbeidsredskapet:

- Skal kunne brukes i første møte.
- Skal gi brukerens versjon av «virkeligheten».
- Skal være i den rekkefølgen (omtrentlig) som det er naturlig å spørre i første møte
- Skal gi mulighet for å registrere brukernes mening om endring i for eksempel utførelse av daglige gjøremål.
- Skal gi personalet mulighet til å spørre konkret om hverdagen og gi tips til oppfølgingsspørsmål.
- Skal gi brukeren mulighet til å tenke gjennom hva som har skjedd og deres vurdering av dagens situasjon.
- Skal kunne brukes av alle i teamet og være tverrfaglig
- Skal ikke være for arbeidskrevende og upraktisk å anvende.
- Skal kunne anvendes sammen med data fra kos dok/IPLOS.

4.3.3. UTPRØVING I

Arbeidsformen i HVR-teamet ble gjennomført som en tett veksling mellom diskusjon, utprøving, endring og videre diskusjon. For å etablere kontakt med bruker og eventuelt familie i første møte måtte «åpningsspørsmålene» handle om hvordan brukerne så på sin situasjon nå og hvorvidt de hadde gjort seg noen tanker om hverdagsrehabilitering, ønsker for framtiden og så videre. Denne første versjonen inneholdt spørsmål som: Hva har skjedd og hvordan har den siste tiden vært for deg? Hva mener du er din største utfordring i hverdagen og hjemme? Hvorfor har du opplevd dette som vanskelig?

Denne versjonen ble utprøvd blant alle brukerne i en tre måneders periode (vår 2015). I hele perioden ble det diskutert og gjort små endringer og justeringer underveis.

4.3.4.VURDERING OG REVIDERING

Etter første utprøving fortsatte diskusjonen om det var nødvendig med yrkes-spesifikk kartlegging. Fysioterapeut erfarte at SPPB ga et godt bilde av generell fysisk funksjon. Annen spesifikk kartlegging gjøres bare når det er nødvendig. Det var derfor ikke behov for noe fysioterapispesifikt. Det samme erfarte ergoterapeuten. Det felles kartleggingsverktøyet ga nok informasjon til å komme i gang med arbeidet. Mer spesifikk kartlegging, slik som kognitiv

vurdering, boligvurdering og tekniske hjelpemidler ble gjort når det var behov for det. Sykepleier så behov for at forhold som kartlegging av ernæring, respirasjon, eliminasjon, medisin og lignende burde gjøres tidlig og være en del av den felles kartleggingen i første møte. Ved å legge inn spørsmål om daglige «rutiner» og knytte det til hjelpeord som måltider, medisin og søvn disse forholdene ivaretatt bedre både i kartlegging, målsetting og tiltak. Ved mer spesifikk kartlegging av for eksempel medisin må andre kartleggingsverktøy anvendes. Andre områder som ble diskutert var behov for å få informasjon om hvorfor den enkelte mente han/hun ikke kan delta, hvor ting stopper mv. Det er viktige hjelpeord som sto i «huskebokser» for at personalet skulle bruke dem underveis i samtalene. De første versjonene hadde også spørsmål om «brukerens motivasjon» og mål for hverdagsrehabilitering.

Det var også ønskelig å kunne mål endring. Måling av endring i fysisk funksjon var dekket ved å anvende SPBB. På bakgrunn av krav til dokumentasjon vil det det være hensiktsmessig å ha en kombinasjon av det de profesjonelle vurderer (SPBB) og det brukerne vurderer. Borgerhjulet, slik det anvendes i PSFS, ble valgt som utgangspunkt for kartlegging av brukerens egenvurdering. Ulike alternativ for anvendelse ble prøvd ut i møte med brukeren. Det ble bestemt at både «hjulet» og skåring skulle presenteres som en avslutning av førstegangssamtalene. Først skulle bruker få utdelt «hjulet» for å få snakke fritt omkring sine hverdagsaktiviteter på sin måte. Deretter skulle skåringsalternativene bli vist (se vedlegg), og brukeren selv vurdere hva som er viktig – og hva vedkommende er fornøyd med.

Det ble også diskutert om det burde være egne rubrikker for omgivelser som kunne hemme eller fremme muligheter for deltakelse i de aktivitetene en person ønsket. Et eksempel var om det var fysiske hindringer, holdninger, eller støy og lignende som gjør at de ikke «går i julebyen lenger». Det ble derfor tatt med noen skåringsalternativ på *hvorfor* brukeren har sluttet med aktivitet, etter inspirasjon fra PARTS-M. Denne typen opplysninger er vesentlig for å gi riktig tiltak. For eksempel er det ikke nødvendig for den enkelte å trene på bedring av fysisk funksjon dersom det var hindringer i omgivelsene som skapte problemer.

Personalet erfarte at bruken av arbeidsredskapet ga god innblikk i brukernes erfaringer og et godt utgangspunkt for samarbeid. Det ble gjort en del justeringer underveis og arbeidet administrativt med bruken av opplysninger mellom kos.dok og IPLOS.

4.3.5 ABK-EIGERSUND, UTPRØVING II

I løpet av våren 2015 ble det gjort noen mindre endringer i ordlyd og layout på arbeidsverktøyet. Den endelige utprøvningsversjon var klar høsten 2015. Versjonen ble tatt i bruk 1.9.2015 og utprøvingen varte fram til 1.6.2016 (se vedlegg).

Erfaringene etter den andre utprøvingen var at kartleggingen hadde en struktur som medførte at førstegangssamtalen ble en «naturlig» samtale. Samtidig måtte kartleggingsverktøyet brukes med omtanke og «klinisk blikk», det vil si at personalet ikke måtte bli mer opptatt av skjema enn av bruker. Det kan ta tid å skrive, men det gir også bruker tid til å tenke mens personalet skriver. En interessant erfaring var at brukerne kommenterte at «*ingen har spurt meg om hva som er viktig for meg før*». Særlig brukere som har hatt tjenestene tidligere hadde denne type kommentarer.

Avkrysningsbokser, som for eksempel «*hvorfor du har sluttet*», mente personalet det ikke var behov for, fordi det ga for lite informasjon når det «bare» var som avkryssning. På sikt kan det hende at dette kan være informasjon som ledelsen/forvaltningen vil ha nytte av. Men i klinisk sammenheng er det kanskje ikke like relevant.

Mål- og mestringsformuleringer viste seg å være noe uklare, likeledes spørsmål knyttet til motivasjon. «*Motivasjon for rehabilitering*» har vært fremhevet som en viktig premiss for vellykket hverdagsrehabilitering (Tuntland & Ness 2014). HVR-teamet hadde imidlertid erfart at det var lite hensiktsmessig å spørre etter motivasjon i seg selv. Det hadde både sammenheng med at brukerne ikke visste hva hverdagsrehabilitering var, og i så fall hva de skulle være motivert til, men også at «*motivasjon/ikke motivasjon*» handlet om personalets vurdering. Å arbeide med hverdagsrehabilitering i seg selv handler om en prosess som *skaper* motivasjon og engasjement, for eksempel knyttet til at en tar utgangspunkt i brukernes fortellinger og behov. Derimot var det viktig å avslutte førstegangssamtalen med å avklare om personalet og bruker hadde samme forståelse av hva de var blitt enige om, og brukerens forventninger til hva de skulle samarbeide videre om. Samtalen skulle derfor avsluttes med en oppsummering og avklaring av brukernes forventninger til hva samarbeidsprosessen i hverdagsrehabilitering innebærer.

Arbeidsredskapet viste seg å fungere for alle yrkesgruppene. Den informasjonen de trengte om personlige bakgrunn, sykdom og så videre kom fra kos.dok, og/eller epikrise. Selve samtalen tok omtrent en time.

På samme måte som de hadde opplevd med COPM opplevde teamet at det var en utfordring å få bruker til å skåre seg selv. Det måtte en del «ledning og probing» til. Det kunne for eksempel være vanskelig for bruker å skille mellom «hvor er du nå» og «hvor fornøyd er du». På den andre siden viste det seg at samtalen om disse spørsmålene i seg selv kunne være viktige utgangspunkt for å reflektere sammen med bruker. For eksempel kan en person skåre lavt på «hvor er du nå» (å stille seg selv), men være fornøyd med det. Det kan være en indikasjon på at det er en aktivitet som personen kanskje ikke ønsker å bedre funksjonen på. For en annen person kan en samtale om en aktivitet hvor bruker skårer høyt på viktig og lavt på fornøyd si noe om ønsker for hva som skal prioriteres. Erfaringen var derfor at samtalen rundt skåring i seg selv kan være fin og nyttig. En annen positiv side med skåring var at brukeren og personalet kunne se endring i tall og få en bevissthet om hva som har endret seg fra start til avslutning av hverdagsrehabilitering. På grunn av disse erfaringene ble skåringen beholdt.

4.3.6 REVIDERING OG UTPRØVING IV I ANDRE KOMMUNER

Tre ulike kommuner ønsket å prøve ut kartleggingsverktøyet. Utprøvningsperioden ble satt til fire uker, med påfølgende fokusgruppeintervju både med ansatte i Eigersund og de øvrige kommunene høsten 2016.

Fokusgruppediskusjonene var sentrert rundt spørsmål som: Hvordan anvender dere arbeidsredskapet? Hva slags erfaringer har dere med om kartleggingsverktøyet fremmer samarbeid med brukeren? Hva slags erfaringer har dere med å få den informasjonen dere trenger for å komme i gang? Hvilket behov ser dere for det å dokumentere «tall»? Har dere andre erfaringer, som spørsmål som savnes eller er unødvendige?

Oppsummeringen av fokusgruppediskusjonen viste at arbeidsverktøyet fungerte etter hensikten når det gjaldt å etablere samarbeid med bruker. Men struktur og oppbygging hadde vært en utfordring for to av kommunene der ansatte tidligere hadde benyttet COPM. Innsigelsene fra kommunene gikk på at logikken i kartleggingsverktøyet «ABK-Eigersund» hadde en oppbygging og en struktur som ikke passet til de rutinene disse kommunene allerede hadde laget seg for førstegangssamtale. Det ble derfor mye «blaing» i papirer. Kommunene som ikke tidligere hadde anvendt COPM erfarte imidlertid at arbeidsredskapet hadde en god struktur som lettet arbeidet i første møte med bruker. Erfaringer knyttet til skåring var i stor grad sammenfallende med det teamet i Eigersund

hadde erfart og de erfaringer som mange har gjort seg med COPM. Det er en utfordring å få bruker til å skåre, og man kan derfor lure på hvem sine tall det egentlig er som kommer fram. Samtidig viser det seg at annengangsskår kan være nyttig i en avslutnings- eller oppsummeringssamtale, da som en refleksjon over hva som var «da» de startet opp og hva som er «nå» ved avslutning.

4.4 Kartlegging og måling i hverdagsrehabilitering – utfordringer og dilemmaer

I prosjektet «Sammen om en aktiv hverdag» har det vært et viktig å undersøke hvordan ideen om hverdagsrehabilitering blir oversatt til konkrete arbeidsrutiner. Prosjektet startet med det overordnede spørsmålet: Hvilke arbeidsredskap kan bidra til at hverdagsrehabilitering fungerer etter hensikten? Spørsmålet sprang ut av forprosjektet «Aktiv i egen hverdag» som fant sted på det tidspunktet Eigersund kommune startet opp med hverdagsrehabilitering. På daværende tidspunkt fantes det ikke publiserte erfaringer fra Norge om hvilke kartleggings- og måleverktøy som kunne være mest hensiktsmessige.

Men hvordan skal en avgjøre om hverdagsrehabilitering fungerer etter hensikten? En måte å vurdere det på er å sammenholde egne erfaringer med definisjonen av hverdagsrehabilitering. Førland og Skumsnes (2016) definerer hverdagsrehabilitering som en form for:

... tidsavgrenset, intensiv og målrettet rehabilitering i hjem og nærmiljø rettet mot personer som har opplevd en funksjonsfall, og der terapeuter, sykepleiere og ansatte i hjemmetjenesten i kommunen samarbeider og bistår personer med trening og tilrettelegging av hverdagsaktiviteter som er viktige for personen selv.

For å kunne arbeide tidsavgrenset og intensivt anså teamet i Eigersund at det var viktig at kartleggingsverktøyet bidro til at de fikk *mest mulig informasjon i første møte med bruker*. Dette ville gjøre at en kom fort i gang. At hverdagsrehabilitering pr definisjon handler om det som er viktig for personen selv tilsa at kartleggingsverktøyet i størst mulig grad måtte innhente *brukerens versjon av virkeligheten*. Informasjon om hva den enkelte bruker beskriver som viktig for seg og informasjon om brukerens forventninger og mål for hverdagsrehabilitering er forhold som er godt ivaretatt i arbeidsredskapet som er utviklet. Arbeidsredskapet bidrar til at det tverrfaglige teamet får nødvendig informasjon til å iverksette tiltak. Det har viste seg at ved å fokusere på den enkeltes hverdagsaktiviteter framfor skade/sykdom og funksjonsnedsettelse så har det stimulert

både personal og brukere til å se etter muligheter for en aktiv hverdag. Selv om effektmål ikke er en del av definisjon av hverdagsrehabilitering, er det lagt føringer nasjonalt og lokalt for at dette skulle gjøres. Derfor er PFSF inkludert.

Som beskrevet er kartleggingsverktøyet utviklet praksisnært for å fange opp den reelle måten ansatte arbeidet på. Med dette utgangspunktet har det vært viktig at rekkefølgen på temaer og spørsmålsformuleringer har blitt lagt så nært opp til en «naturlig» samtale som mulig, samtidig som det fanger opp de viktige elementene som hverdagsrehabilitering bygger på ifølge definisjonen. Sett i lys av denne tilnærmingen er det kanskje ikke overraskende at personalet i Eigersund opplevde «ABK-Eigersund» som et hensiktsmessig arbeidsredskap som fungerte i praksis. Arbeidsredskapet bidro til at personalet kom fort i gang med arbeidet. Det hjalp dem å holde fokus på hva som var viktig for brukeren selv. Og det fungerte som et godt verktøy for å etablere en samarbeidsprosess med bruker – noe som er en forutsetning i all rehabilitering (Bredland, m.fl. 2011). I tillegg mente ansatte at det kunne anvendes av alle yrkesgrupper ettersom det var basert på brukernes erfaringer. Erfaringene med kartleggingsdelen av verktøyet var så god at kommunene nå planlegger å prøve det ut i kartlegging av nye brukere i den ordinære hjemmetjenesten.

Men hva med andre standardiserte kartleggingsverktøy? Selv om vårt litteratursøk viste at det er ulike verktøy som er tatt i bruk i flere kommuner, vil diskusjonen videre være i forhold til COPM siden det er anbefalt av Helse- direktoratet. I løpet av prosjektperioden ble det publisert forskning som har beskrevet anvendelsen av COPM i hverdagsrehabilitering i norske kommuner (Langeland et al., 2016). Resultatene viser at COPM er hensiktsmessig å anvende i hverdagsrehabilitering, også for tverrfaglige team og for andre yrkesgrupper enn ergoterapeuter. Som måleredskap er COPM nyttig for å dokumentere «effekt», målt som brukerens vurdering av tilfredshet med aktivitetsutførelse (Tuntland mfl. 2016). På denne bakgrunnen kan det diskuteres om «ABK-Eigersund» da trengs. For ansatte i Eigersund kommune var det nødvendig å starte førstegangssamtalen med brukerne med andre spørsmål enn det som ligger i for eksempel COPM. Teamet mente det var nødvendig å få skriftliggjort brukernes fortellinger og forståelse om hva som hadde skjedd da funksjonsfall inntraff. Dette «tvang» dem å holde seg til brukerens versjon av virkeligheten i større grad enn når de anvendte COPM. Imidlertid viste utprøvingen i andre kommuner at hver kommune hadde etablert ulike arbeidsrutiner basert på de kartleggingsverktøy de anvendte. Det innebar at for

eksempel at de kommunene som hadde fått rutiner med å anvende COPM ønsket å anvende dette videre. For å få til effektivt arbeid i hverdagsrehabilitering kan det derfor synes som at å etablere faste felles rutiner og holde fast på disse kan være like viktig som hvilke kartleggingsverktøy som anvendes. Ulike kartleggings- og måleverktøy har ulike fordeler og ulemper som man må være klar over, og eventuelt komplettere redskapene om det er vesentlige opplysninger som mangler.

Så langt er det personalets erfaringer som er lagt til grunn for å vurdere om «ABK-Eigersund» fungerer etter hensikten. I løpet av prosjektperioden ble også et lite utvalg brukere intervjuet om førstegangssamtalen. Den gjennomgående tilbakemeldingen vi fikk fra brukerne var at de ikke husket så mye av spørsmålene og om det hadde vært vanskelig for dem å svare. Flere av dem svarte med å rose personalet fra HVR-teamet – de hadde bare godt å si. At kartleggingssamtalen i liten grad hadde festet seg i deres hukommelse kan tyde på at den ble opplevd som en «vanlig samtale» – ikke som et strukturert intervju. Personalet fra hverdagstemaet bekreftet dette inntrykket. De fikk mange tilbakemeldinger fra brukere som var glad for at noen spurte dem om hva de tenkte og tok utgangspunkt i deres behov. Disse erfaringene kan tyde på at kartleggingen fungerer etter hensikten også for brukerne. Men det ville ha styrke kartleggingsverktøyets hensiktsmessighet om brukeren også hadde deltatt mer aktivt i utarbeidelsen for eksempel ved å ha gitt sine kommentarer omkring selve samtalen/spørsmålsformuleringene umiddelbart etter kartleggingssamtalen.

Hva med måling av endring eller effekt av tiltak – måling av endring i «tilstanden» før og etter hverdagsrehabilitering? For oversiktens skyld kan vi dele metoder for måling i to hovedformer, måling hvor personalet observerer/kartlegger setter et tall (en skåring). Dette regnes for å være objektiv (men kan være basert på standarder som ikke nødvendigvis reflekterer det som er viktig for en person). Subjektive mål krever at personen selv vurderer, rangerer og tallfester sine erfaringer.

Det viser seg at når arbeidsverktøy som baserer seg på brukerens skåring slik som det gjøres i COPM, PSFS og ABK-Eigersund, så strever ofte eldre med å skåre seg selv. Personalet kan også oppleve det som «kleint», fordi de legger tallene i munnen på brukeren. På den andre siden, mente personalet fra HVR-teamet at selve prosessen med å skåre seg selv kunne være nyttig både for bruker og ansatte. Det medførte refleksjoner og tanker underveis. Teamets erfaringer

var at det særlig var spørsmålene om «Hvor er du nå?» og «Hvor fornøyd er du?» som kunne være vanskelig for brukerne å skille fra hverandre og tallfeste

Men, denne type samtale kan som nevnt også være nyttig med tanke på prioritering av mål og tiltak. For eksempel kan en bruker skåre seg «lavt» på skalaen for hvor de er i «å kle seg selv» eller «å gjøre husarbeid» og samtidig skåre seg «høyt» på hvor fornøyd de er med det de klarer. Slike skåringene kan gi en pekepinn på at det er områder som ikke er så viktige for brukeren å trene på eller blir selvhjulpen i – at de for eksempel ikke ønsker å trene på å klare husarbeid. Det er også viktig å nevne at flere eldre er opptatt av skåringene. Personalet hadde erfart ved oppfølging at mange syntes det var interessant og nyttig å se at tallene hadde endret seg fra start til avslutning. Likevel, med disse blandede erfaringene, kan en lure på om brukernes skåring gir et «rett bilde» og er et godt mål (reliable) på endring (effekt). Eller er det mer riktig og objektivt med personalets vurderinger?

Et betimelig spørsmål blir så om det er mulig å måle (tallfeste) endring før og etter en rehabiliteringsprosess med utgangspunkt i en mer «objektiv» vurdering foretatt av personalet. På dette punktet støter man mot et vanskelig dilemma: Hvordan kan personalet finne målbare standarder som samsvarer med det både herr Jensen og fru Hansen synes er viktig? Hverdagsrehabilitering er som Moe & Brinchmanns (2016) forskning viser, basert i det sosiale og kulturelle livet til brukeren. Det er med andre ord også personens egne standarder knyttet til eget hverdagsliv og livshistorie som avgjør om rehabiliteringsprosessen lykkes. Problemet med å måle effekt har vært en tilbakevendende diskusjon i rehabiliteringsforskning i flere tiår. Det har vært problematisert hvordan det er en tendens til at det lett blir endimensjonale mål som undersøkes. Tulsy mfl. (2011) tar for eksempel til orde for at gode tiltaksplaner i rehabilitering må basere seg på flerdimensjonale kartlegginger – kartlegging knyttet til brukerens erfaringer, helsetilstand, fysisk funksjon og deltakelse i hjem og nærmiljø. En tiltaksplan kan variere fra person til person. Ut fra en slik tenking må måling av endring være knyttet til de(t) konkrete tiltak(ene) som iverksettes. Ett eller flere tall vil nok aldri kunne fange alle dimensjonene ved en rehabiliteringsprosess. Men det er viktig og stille denne type spørsmål for at ledere og helsepersonell har en bevisst het når de velger måleverktøy.

Flere av de forholdene som Tulsy mfl (2011) nevner kartlegges i «ABK-Eigersund» selv om ikke alt gjøres om til tall. Dersom alt tallfestes, er det en fare for kartlegging og måling i seg selv som blir målet. Valget av en blanding

av «objektive tall» knyttet til SPBB, skriftliggjøring av brukernes egen fortelling og brukernes egne skåringer knyttet til utføring av hva som er viktige aktiviteter, bidrar til tre ulike metoder for dokumentasjon.

Men også en annen avveining må gjøres når det skal velges målevektøy i hverdagsrehabilitering: Hva gjøres med tallene som er samlet inn? Hvem registrerer og hvordan regnes det, hvem har statistisk kunnskap i en kommune til å gjøre analyser som kan anvendes? I vårt prosjekt var det ektefelle til en av de ansatte som bisto i å gjøre enkle analyser å SBBP for teamet. Dette er spørsmål ledelse i en kommune bør ha tenkt gjennom dersom de ønsker få tall for å regne på om «hverdagsrehabilitering» har effekt i deres kommune.

Ressursmessig ville det ideelle være at kartleggingsmetoden og metoden som blir anvendt til å måle endring/effekt henger sammen slik Tulskey mfl. (2011) foreslår. Diskusjonen rundt hva som skal måles i hverdagsrehabilitering når startpunktet er «hva er viktig for deg, hva kan du, hvilke ressurser har du» må bare fortsette. Den ideelle løsningen finnes nok ikke. Derfor er det viktig at man gjør et bevisst valg i den enkelte kommune om hva som er hensikten med hverdagsrehabilitering, om hva som så bør kartlegges/måles, og hvordan målingene bør bearbeides etterpå.

Å måle effekter av hverdagsrehabilitering har som måling av mange andre former for menneskebehandling, dilemmaer knyttet til seg. Diktet under illustrer målingens dilemma i hverdagsrehabilitering. Personalet skal, på den ene siden be om å få komme inn i «sinnet» til brukeren med spørsmål om hva som er viktig, men det hverken kan eller bør måles på samme måte som bedring av funksjon (om kneet er blitt bedre). Om en forsøker seg på det vil en lett komme til å skape stengsler i kommunikasjonen med bruker:

*Hvis du er glad i målinger så kan du måle nesper
den er litt lang på svenskene
og kort på en kineser.
Men vil du prøve målinger
på gleden i et sinn så får du ikke gjort
det for du slipper ikke inn.
Du kan nok komme uten mål
for det kan hjertet tåle
men når du slik at bedt deg inn
så kan du ikke måle*

(Sommerchild Sundby, i Såre sinn. 1999)

5 En «hverdagsrehabiliterende» arbeidsform i hjemmetjenesten – hva erfarer og tenker de ansatte?¹⁵

Når du hører begrepet «hverdagsrehabilitering» – det har utløst et eller annet Det er ikke bare et ord, altså. Vi har fått en ny bevissthet inn i arbeidet.

Erfaren sykepleier, Eigersund

Begrepet *hverdagsrehabilitering* blir som tidligere nevnt både anvendt som en betegnelse på et tidsavgrenset tjenestetilbud og i en videre forstand som betegnelse på et skifte av tankesett og arbeidsform i helse- og omsorgstjenesten. Kommuner vil som regel understreke at hverdagsrehabilitering ikke bare skal fungere som et avgrenset tjenestetilbud, men bør gjennomsyre ansattes holdninger og handlinger mer allment (Fürst og Høverstad 2014). I de to kommunene som deltok i prosjektet var det et uttrykt ønske om at etableringen av et nytt tjenestetilbud skulle fungere som drivkraft i en mer omfattende endring av den etablerte omsorgskulturen. Det ble det derfor satset både på opplæringskurs, hospitering og refleksjon blant hjemmetjenestens personale (se kapittel 3). Som en del av forskningsprosjektet ble kommunene også invitert til å tilrettelegge for kritisk refleksjon der ledere og personale fra hjemmetjenesten skulle samarbeide med forskerne om å utforske hva slags potensiale og utfordringer den hverdagsrehabiliterende tenkningen bringer med seg. Hvilke aspekter ved hverdagsrehabilitering er det verdt å ta med seg inn i den ordinære hjemmetjenesten? Og hva er eventuelt vanskelige utfordringer og dilemmaer som følger med den nye måten å arbeide på?

I dette kapitlet skal vi gi noen smakebiter på erfaringer og synspunkter som kom fram i refleksjonsgruppene. Vi understreker at kapitlet må leses som en kvalitativ studie der begrenset gruppe av personer redegjør for sine erfaringer, motiver og handlinger. Vi kan ikke uten videre kan si at deres redegjørelser taler på vegne av alle ansatte i egen kommune. Fra et forskningsperspektiv vil denne typen eksplorerende kvalitative studier være viktige for å bidra til å forstå et

¹⁵ En spesiell takk til Nina Amble som deltok i refleksjonsgrupper i Eigersund både i løpet av forprosjektet og hovedprosjektet. Takk for gode innspill til denne teksten.

bestemt fenomen. I neste omgang kan studier danne utgangspunkt for mer omfattende spørreskjemaundersøkelser (Hakim 2000). Sett fra praktikernes ståsted kan slike perspektiver være en kilde til videre refleksjon og diskusjon om hva en hverdagsrehabiliterende arbeidsform kan og bør være.

5.1 En mer granskende arbeidsform

5.1.1 ØKT OPPMERKSOMHET MOT PASIENTENS RESSURSER OG POTENSIAL
I tråd med annen forskning (Rostgaard & Matthiesen 2016) tyder våre intervjuer og samtaler med ansatte i hjemmetjenesten at hverdagsrehabilitering ble ønsket velkommen. Det nye tjenestetilbudet hadde brakt med seg en positiv oppmerksomhet mot den hjemmebaserte tjenesten som virket motiverende og energigivende. Det verserte mange solskinnshistorier, som for eksempel en historie fra lokalavisen i Eigersund der en kvinne sto fram og fortalte om hvordan HVR-teamet hadde klart å få henne opp av rullestolen og bli mobil nok til å bevege seg ut på badetur med barnebarna og ut på kjøkkenet for å ta fatt på den tunge jobben med å sy en hjemmelaget rullepølse av årets lammeslakt.

Solskinnshistoriene verserte også innad i hjemmetjenesten. De av informantene som hadde deltatt i eller observert hverdagsrehabilitering hadde fått øynene opp for at selv skrøpelige eldre kunne mobilisere krefter til å komme seg etter et funksjonsfall. De beskrev mange konkrete eksempler på hvordan sterkt reduserte pasienter gjenerobret styrke, balanse og trygghet i kroppen og ble fylt med pågangsmot og virkelyst. I en av refleksjonsgruppene skapte det latter da en av informantene fortalte om en kvinnelig pasient som nylig hadde avsluttet hverdagsrehabilitering og som hadde tatt i bruk øvelser fra styrke og balanse-testen (SPPB) som selskapslek blant sine venninner. Venninneklubben hadde moret seg stort over å konkurrere om hvem som var flinkest til å reise seg fra stolen.

At det finnes eldre som viser glede over å bli lyttet til og utfordret til å finne tilbake til hverdagen ble bekreftet i samtaler vi hadde med noen av rehabiliteringspasientene. Et ektepar i 90-årene opplevde hverdagsrehabilitering som et mirakel. De hadde trodd at det var begynnelsen på slutten da mannen falt stygt og ble sterkt redusert. Kona fortalte:

Han hadde gitt opp og satt bare i stolen. Jeg hadde aldri drømt om at det var mulig for oss å kunne gå tur igjen. De som kom fra kommunen er helt fantastiske. Jeg sier det til alle – vi er heldige vi som bor i Eigersund.

Den positive oppmerksomheten rundt hverdagsrehabilitering hadde ført til at personalet var blitt mer årvåkne i møte med sine brukere. De var blitt mer oppmerksomme på hva slags enkle grep og øvelser som kunne bidra til at deres brukere skulle klare ting selv. Små enkle tiltak viste seg noen ganger å fungere over all forventning. Noen ganger kunne de sette i gang rehabilitering selv, uten henvisning til HVR-teamet.¹⁶ En sykepleier fortalte at hun nesten var forbløffet over hvor lite som skulle til for å «piffe opp» en bestemt pasient. Hun hadde nevnt for pasienten at det nok ville være godt for henne å gå en liten tur rundt kvartalet hver dag. Pasienten hadde senere uttrykt stor takknemlighet. Den daglige turen var blitt en vane og gjorde underverker. Hun følte seg i bedre fysisk form enn på lenge. En hjelpepleier som jobbet med svært skrøpelige eldre som bodde i omsorgsbolig fortalte om en beboer:

Hun sier til meg at ‘du må komme å motivere meg for ellers blir jeg sittende her’. Jo, jo – det er jo den tida da. Det er ikke alltid vi har den da () Men så hadde jeg litt ekstra tid en dag og da gikk vi fram og tilbake med det vi kaller gåtrening. Bort til stolen borte ved enden og tilbake igjen. Og så var det så kjekt for henne at etter en uke så var hun i stand til å ta seg helt fram til kafeen her ute. Så nå ser jeg at hun klarer det – hun går til kafeen og får seg middag der.

I likhet med den siterte hjelpepleieren gav flere uttrykk for at det var inspirerende å kunne få bidra til pasientenes små seiere. Men som regel tilføyde de et «men» i samme åndedrag. Det er ikke alltid *mulig* å få til så mye som en kunne ønske. Noen ganger var tiden for knapp.

5.1.2. MEN, FORTSATT MED ET ØYE FOR SÅRBARHET OG AVHENGIGHET

På samme tid som de hadde fått øynene opp for at selv svært reduserte eldre kunne ha et sterkt ønske om å trenes opp, understrekte informantene at dette på langt nær gjaldt for alle deres brukere. Mange er så svekket både fysisk og psykisk at det er vanskelig å se for seg at de kunne klare å mobilisere krefter til å tenke lenger enn en dag av gangen. Som en uttrykte det: «*Noen ganger går det bare en vei. Noen er så syke at de nesten like gjerne kunne ha vært på sykehjem*».

¹⁶ I Karmøy kommune grep ledelsen fatt i denne praksisen og understøttet den ved å erklære den som en viktig del av deres egen modell (se kapittel 3)

I en av gruppene i Eigersund der vi diskuterte grensene for mestring og rehabilitering uttrykte flere av de ansatte at det finnes moralske grenser for å jobbe hverdagsrehabiliterende. En informant sa for eksempel:

I noen tilfeller nytter det ikke. Pasienten kan si til oss at de klare ting sjøl. De vil gjerne klare seg sjøl, men så klapper de sammen i neste øyeblikk. Da er det trygghet og forutsigbarhet som gjelder. Det at det kommer noen og at ting blir utført. Det er det som må til for at de kan bo hjemme i stedet for på sykehjem.

En annen pleier fulgte opp:

Ja – og noen av dem er jo veldig gamle. De har kanskje drevet med hverdagsrehabilitering på egen hånd i mange, mange år. Og når de til slutt kommer til et punkt der de ikke orker mer. Da må de få slippe. Da har de ikke mer å gå på.

Sykepleieren forklarte hvordan forsøk på å få skrøpelige eldre til å kle på seg selv fikk henne til reflektere:

Noen er så variable i formen, og de klarer ikke helt det de sier de vil klare.(..) Jeg forsøkte å gi denne damen litt tid til å prøve å ta på blusen selv og gikk i et annet rom for å ordne med noe. Men når jeg da ser hvordan hun strever med knappene og hvor mye energi det tar fra henne så tenker jeg: hva er egentlig poenget.

5.1.3. ÅRVÅKENHET I MØTER MED NYE PASIENTER

I begge kommunene ble det påpekt at svært mange av pasientene som får tjenester fra hjemmetjenesten er skrøpelige gamle som har sammensatte helseplager og er svært dårlige. En helsefagarbeider fra Eigersund som ble spurt om arbeidet hennes hadde forandret seg etter at hverdagsrehabilitering ble innført svarte:

Om du spør meg personlig så kan jeg ikke si at det er så mye forandring. For jeg har ikke hatt noen av 'de pasientene' [som hadde hatt hverdagsrehabilitering]. Jeg hører jo om dem – og synes det er flott. Men de fleste av de jeg går til er veldig gamle og sjuke og har hatt tjenester fra oss i lang tid – de får morgenstell og kveldsstell – alt som før....

Helsefagarbeideren ble korrigert av en sykepleier som mente at det var tydelige forandringer i arbeidet – ikke minst overfor *nye* pasienter. De var blitt mer årvåkne og påpasselige med å ikke la det gå rutine i hjelpetiltak. De som er

svært dårlige og kommer rett fra sykehuset får nødvendig helsehjelp, men blir forberedt på at hjelpen er av begrenset varighet:

Vi er blitt mer bevisst på å avvikle hjelp i takt med at pasienten kvikner til. Vi evaluerer etter kort tid. Det gjelder også de som er over 90 år. At de er så gamle betyr ikke at de automatisk får hjelp resten av livet.

Med denne kommentaren presiserte hun at forandringene i tjenesten ikke dreide seg om en total forandring av arbeidsform, men snarere om en mer bevisst silingsprosess. De var blitt mer oppmerksomme på hvor viktig det er å ikke sette i gang hjelperutiner uten å undersøke hvilke ressurser og muligheter pasienten kan tenkes å kunne mobilisere.

I en av gruppene på Karmøy ble det påpekt at pasientene som henvises til hjemmetjenesten i dag er merkbart sykere enn før. Det har å gjøre med samhandlingsreformen. Når personalet møter dem for første gang kan det være uklart hva slags forbedringspotensial de har. En sykepleier sa:

Det er vanskelig å vite noen ganger om de kan klare å komme seg. Pasienten vet det ikke sjøl en gang. De vet ikke hva de kan og ikke kan. Det er det ingen som vet.

Uklarheten som råder i møte med nye pasienter er velkjent fra tidligere forskning om hjemmetjenesten. Eldre som nylig er utskrevet fra sykehus, for eksempel etter et slaganfall eller hoftebrudd, føler seg fremmede i egen kropp. De vet ikke hva kroppen kan klare og ikke klare. Noen vil være tilbøyelige til å undervurdere sine egne krefter. De tror ikke det er mulig å «komme seg på beina igjen». Andre tror optimistisk at alt vil bli som før bare de kommer seg hjem fra sykehuset, men innser i det de trår over dørstokken at kroppen ikke vil. Hjemmetjenestens ansatte har tradisjonelt omtalt denne første usikre fasen med en ny pasient som en «vent-og-se-fase» (Vabø 1998, 2007). En av informantene fra Karmøy mente den hverdagsrehabiliterende arbeidsformen innebar at en passive «vent-og-se»-holdningen ble erstattet av en mer *aktivt granskende* holdning i denne fasen. Personalet var blitt mer opptatt av avdekke pasientens ressurser og muligheter *sammen med* pasienten (og pårørende).

Det å være aktivt granskende ble også beskrevet som tett sammenvevd med det å understøtte pasientens ressurser og muligheter. De ansatte måtte «skru på hodet» for å utforske hvorvidt det var mulig å *understøtte* pasientens egne ressurser. Vi skal i resten av kapitlet utdype hvordan den granskende

arbeidsformen både handlet om å jobbe mer faglig og tverrfaglig (pkt. 5.2.), om å finne balanse mellom utfordring og støtte (5.3) og om å *finne fram til personers «viktighetsområde»* (5.4).

5.2 Det handler om å jobbe mer faglig og tverrfaglig

Å jobbe på en hverdagsrehabiliterende måte i hjemmetjenesten blir av arbeidsforskere sett på som en del av en trend i retning av å «gjenoppdage» fagligheten etter flere tiår der fagligheten har vært «overstyrt» (Hvid & Kamp 2012). Et poeng som da ofte trekkes fram er at den nye fagligheten skjer innenfor rammebetingelser der fagfolk forventes å samarbeide på tvers av organisasjons- og profesjonsgrenser (Lehn-Christensen 2016). I litteraturen om hverdagsrehabilitering blir det påpekt at et tverrfaglig samarbeid kan være velfungerende (Moe & Brataas 2015), men at det også representerer en potensiell kilde til at å «undertrykke» noen faglige perspektiver (Jensen 2016).

For de ansatte i hjemmetjenesten i Eigersund og Karmøy har hverdagsrehabilitering medført at de utveksler arbeidserfaringer og samarbeider mer med fysio- og ergoterapeuter enn de tidligere har gjort. Som vi har vært inne på tidligere var det bred enighet om at dette har gitt dem faglig påfyll og nyttige tips for å bidra til en bedre hverdag for pasientene. Det kom tydelig til uttrykk blant de ansatte i Karmøy kommune, der hele gruppen av personale etablerte et samarbeid med fysio- og ergoterapeuter – både gjennom å ha operativt ansvar i gjennomføringen av hverdagsrehabilitering og gjennom ukentlige fagmøter («fredagslunsjen»). Flere av pleierne beskrev møtene som det mest positive ved satsningen på hverdagsrehabilitering (se kapittel 3). At de ansatte ble kjent med fysio- og ergoterapeuten hadde også medført at det var blitt lettere å ringe dersom det var noe de lurte på. De av informantene som hadde hospitert i Holstebro mente det finnes et enda større potensial for samarbeid når terapeutene er fast ansatt og tilstede i arbeidshverdagen slik det fungerte i Holstebro.

Fysio og ergo hadde hel stilling og var med på rapportmøter og alt. Det er en drømmesituasjon sammenlignet med det vi har her – en time hver fredag. Uansett – det er bedre enn ingenting. Veldig bra!¹⁷

¹⁷ På samme tid som de omtalte Holstebro som privilegert med sine mange terapeuter, var de overrasket over at sykepleierne var atskilt fra det daglige arbeidet i hjemmetjenesten. Det var særlig de eldste sykepleierne som hadde hatt problemer med å forstå hvordan hjemmetjenesten kunne fungere uten sykepleiernes helhetstenkning

Selv om definisjoner av hverdagsrehabilitering understreker at det dreier seg om en tverrfaglig intervensjon, synes det å være en utbredt oppfatning at det primært bygger på fysio- og ergoterapeuters faglighet (Ness mfl. 2011). Tidlig i prosjektet, før de hadde fått egen erfaring med hverdagsrehabilitering, var det åpenbart mange av pleierne i hjemmetjenesten som assosierte det nye tjenestetilbudet med bevegelses- og oppgaverelatert trening. Oppfatningen var i tråd med det som kom fram i videoer om hverdagsrehabilitering der det ble demonstrert hvordan eldre trener på styrke, balanse og hverdagslige oppgaver som å gå i trapper, handle i butikken, finne fram kopper og kar og så videre. Bevisstheten om betydningen av egen sykepleiefaglige kompetanse syntes å komme først etter at de hadde fått konkrete erfaringer med arbeidsformen.

I Eigersund ble sykepleierens rolle eksplisitt diskutert i tilknytning til utviklingen av det tverrfaglige arbeidsverktøyet som ble beskrevet i kapittel 4. Sykepleieren som var en del av HVR-teamet da teamet startet opp fortalte at hun til å begynne med hadde vært litt usikker på hvordan hun skulle finne sin rolle som sykepleier i teamet. Hun hadde inntrykk av at det handlet mye om trening. Men etter hvert som hun fikk praktisk erfaring oppdaget hun gradvis at det i høy grad var bruk for hennes fagkunnskaper. En del av arbeidet med å lære opp pasienter til egenomsorg lå helt klart innenfor sykepleiefaget. Det kunne dreie seg om å lære opp pasienten til å legge medisiner, utføre diabetesmålinger, håndtere stomiposer eller lignende. Men hennes faglige kompetanse kom også til nytte i kartleggingen av pasienten og da særlig i det granskende arbeidet med å avdekke *hvorfor* pasienten blir forhindret fra å klare seg i hverdagen. Sykepleieren hadde bedre innblikk i hvilke ulike plager og bivirkninger som følger med ulike sykdommer og med ulike former for behandling i sykehus. Hun kunne dermed være med å vurdere hva som ville være et riktig tidspunkt for å starte opp rehabiliteringsforløpet og hva som er årsaken til smerter og andre plager: Hva er grunnen til at fru Olsen kjenner så mye på smerte eller føler seg utrygg? Kan det for eksempel være svimmelhet som følge av feilmedisinering eller underernæring eller kan det være problemer knyttet til bruk av vanddrivende tabletter? Oppfordringer om å bidra med tverrfaglig kunnskap for å utforske årsakene til at hverdagen ikke fungerte var en viktig del av teamets arbeid med å utforme det nye kartleggings- og dokumentasjonsverktøyet. Medlemmene i teamet opplevde at de klarte å skape et utforskende samarbeid der alle faglige stemmer ble hørt.

At sykepleieres rolle ble så eksplisitt diskutert i HVR-teamet «smittet» også over på hjemmetjenesten. Sykepleieren som var ansatt i HVR-teamet ved oppstart ble etter hvert ansatt i full stilling som faglig koordinator i hjemmetjenesten (se kapittel 3). Noe av det hun tok med seg «inn» i hjemmetjenesten var nettopp den granskende arbeidsformen, som gikk ut på å samarbeide med pasienten om å finne årsaken til at hverdagen ikke fungerer. For å minne seg selv på dette tankesettet kopierte hun noen av spørsmålene fra kartleggingsverktøyet (se kapittel 4) som et utgangspunkt for vurderingene de gjør hos nye pasienter som søker hjemmetjenester. Hensikten var at pasienten selv skulle bli delaktig i utformingen av tjenesten gjennom å fortelle om hva slags hverdagsliv og livsførsel han eller hun hadde hatt tidligere, hva som hadde forhindret dem fra å holde fast i vaner og rutiner. På denne måten håpet hun også å skape bevissthet blant personalet om at hensikten med hjemmetjenestene ikke er å levere «ett-eller-annet», men å finne årsakene til hindringene og å bistå pasienten gjennom å understøtte hans eller hennes egne ressurser. Flere av sykepleierne som deltok i refleksjonsgruppene pekte på at det å lete etter pasientens ressurser lå nært opp til det de hadde lært om hjelp-til-selvhelp i sin egen utdanningen (se også Birkeland 2014).

Dette eksempelet på hvordan kunnskap ble overført fra HVR-teamet til hjemmetjenesten viser at den nye tverrfaglige orienteringen i arbeidet ikke bare handlet om å få faglig «påfyll» fra fysio- og ergoterapi. Det handler også om å revitalisere og ramme inn egen faglighet på en måte som var mer i tråd med det helhetlige og helsefremmende menneskesynet som deres egen utdanning var tuftet på.

5.3 Å finne balansere mellom utfordring og støtte

Første gang vi stilte de ansatte fra hjemmetjenesten spørsmålet om hva det vil si å jobbe på en «hverdagsrehabiliterende måte», var det påfallende mange som gav likelydende svar: «*Det er vel det at vi må bli flinkere til å jobbe med hendene på ryggen og la dem få anledning til å gjøre ting sjøl*». Uttrykket «hendene på ryggen» gav assosiasjoner til at stå avventende og tålmodig på sidelinjen og se på at pasienten klarte ting selv – akkurat slik de hadde sett i videosnutter om hverdagsrehabilitering.

I Eigersund, der vi fikk anledning til å følge med i de ansattes erfaringer over et lengre tidsrom, opplevde vi at perspektivene på hva det vil si å jobbe hverdagsrehabiliterende ble mer nyansert og utdypet i takt med at de fikk mer

erfaring. Flere hadde diskutert og problematisert prinsippet om å «jobbe med hendene på ryggen» blant kolleger i sonen. Å jobbe med hendene på ryggen – i betydning stille seg opp i en avventende positur – kan høres og se riktig ut når det dreier seg om en pasient som virkelig ønsker å mestre bestemte ting. Men blant gamle skrøpelige brukere er det flere som vakler mellom motløshet og motivasjon. Et problem flere pekte på var pasienter hadde ulike forventninger til ulike yrkesgrupper. De aksepterer at terapeuter stiller krav til deres fysiske prestasjoner – det ligger implisitt i deres yrkesrolle. Derimot forventer de at sykepleiere, hjelpepleiere og omsorgsarbeidere «ser» deres lidelser og plager og avlaste med det som er tungt og smertefullt. En hjelpepleier påpekte:

Det er litt sånn noen av dem [pasientene] de kan jo delta i trening så lenge det er HVR-teamet som er inne. Da er de motiverte. Men når det er vi som kommer inn så tenker de liksom at nå er det de som kommer. Det er så kjekt. For da blir ting gjort. Da kan de slappe mer av (latter).

Flere av de ansatte nikket bekreftende til denne erfaringen. En mente det hadde å gjøre med at noen av pasientene bare ville lytte til dem som har høyere status: «*Vi har ikke de fine titlene. Vi er ikke terapeut ditt- og datt, men Lise og Gro som de ser hver dag*».

En sykepleier forklarte at det å (bokstavelig talt) stå med hendene på ryggen kunne virke direkte provoserende og demotiverende på noen pasienter. Hun fortalte om en eldre kvinne som hadde vist tydelige tegn på at hun mistet motivasjonen av det hun oppfattet var formaninger om å gjøre ting selv.

Vi følte at det ble feil å stå på siden og fortelle at 'nå må du hente kaffen selv' eller 'nå må du ta ut tallerken'. Det føles litt sånn ovenfra-og-ned å stå der med pekefingeren.

Hennes erkjennelse er helt i tråd med det Maclean & Pounds (2000) konkluderer i en gjennomgang av forskning omkring rehabilitering og motivasjon: Å omgi rehabiliteringspasienter med formaninger om å «ta seg sammen» kan virke mot sin hensikt, ettersom det kan få pasienten til å føle seg desillusjonert og ansvarlig for sin egen utilstrekkelighet. I følge forfatterne reflekterer en moraliserende innstilling overfor rehabiliteringspasienter at motivasjon blir sett på som en indre drivkraft – noe pasienten har eller ikke har. Motivasjon er imidlertid noe som oppstår i sosiale samspill, inkludert i samspill med personalet.

Ansatte som hadde konkrete erfaringer med den rehabiliterende arbeidsformen fortalte at erfaringene hadde gjort dem mer bevisste på sin egen rolle som motivatorer i arbeidet med å få pasienter til å fungere mest mulig selvstendig i hverdagen. I en av refleksjonsgruppene i Eigersund var det enighet om at det blir feil å innta en formyndersk og oppdragende rolle overfor voksne mennesker. Det kjennes riktigere å gjøre ting sammen og å finne løsninger *sammen*. En representant fra den psykiatriske mestringsenheten mente at det fra et miljøterapeutisk ståsted er en velkjent arbeidsform overfor mennesker som har psykiske sperrer mot å ta initiativ i hverdagen. Når man «gjør ting sammen» og «jobber ved siden av» er det lettere å «finne roen», lettere å etablere en tillitsrelasjon. I sine beskrivelser og eksempler på *hvordan* de jobbet sammen med pasienten brukte informantene uttrykk som å «gi og ta», «utfordre og trygge» eller «dytte og dra». ¹⁸En sykepleier fortalte om et eksempel der hun – i stedet for å stå ved siden av for å observere om pasienten klarte å kle på seg selv – lot pasienten få litt tid og rom. Hun sa: «*Nå går jeg ut og tar av sengetøyet og setter på kaffen til oss, mens du gjør deg i stand.*» I samtalene omkring dette eksemplet ble det nevnt flere støttende elementer som lå bak strategien. (1) Pleieren tilrettela for at pasienten kunne prøve og feile på egen hånd uten å føle seg presset og brydd av at personalet forventningsfulle blikk; (2) hun *avlastet* gjennom å utføre det tyngste husarbeidet slik at ikke pasienten skulle bli overveldet av krav til mestring; (3) hun sørget for *trygghet* ved å være tilstede i rommet ved siden av, og; (4) hun gav *bekreftelse* gjennom å signalisere at pasienten var verdt en hyggelig kaffeprat.

Mange av de samme elementene gikk igjen i andre fortellinger om hvordan pasienter ble motivert. Noen viste til at de baserte seg på det de hadde lært av terapeutene, for eksempel det å motiverte pasienten gjennom å dele opp arbeidet eller gjøre ting enklere ved å ta i bruk hjelpemidler. Fortellingene deres rommet i tillegg mange eksempler på hvordan de tok i bruk praktisk hverdagskunnskap – triks og knep – som de selv hadde god erfaring med. En av informantene viste til at mange eldre er flinke til å finne sine *egne* løsninger

¹⁸ Dette bekreftes i en undersøkelse basert på eldres erfaringer med hverdagsrehabilitering (Jokstad m.fl. 2016). Deltakerne i undersøkelsen beskrev hvordan motivasjonen kom gradvis når de ble «dyttet» i gang og stilt krav til, *samtidig* som personalet viste genuin interesse og forståelse for deres situasjon. Forfatterne konkluderte med at selv om troen på egne ressurser og muligheter er begrenset i starten er det ikke gitt at det forholder seg slik gjennom hele rehabiliteringsforløpet.

på hvordan de kan holde hverdagshjulene i gang. Som hjemmesykepleier med lang fartstid hadde hun «samlet» på slike knep og formidlet dem noen ganger videre som tips til andre eldre som strevde med å finne tilbake til sitt hverdagsliv etter et funksjonsfall. Noen ganger var det nødvendig å hjelpe pasienten å finne tilbake til egne hverdagsknep. Pasienter som har vært gjennom en rystende opplevelse – en dramatiske sykdomsopplevelser eller et stygt fall med påfølgende bruddskader – kunne «glemme» hvordan kroppen fungerte tidligere. En sykepleier viste til et eksempel der en ny pasient satt hjelpeløs på sengekanten og lurte på hvordan hun skulle ta på seg BH-en.

Da spurte jeg henne: Hvordan tok du på BH-en før du brakk armen?
Joda fortalte hun at hun gjorde det ved å kneppe foran og så snu den.
Og vips så var det gjort. Hun klarte jo det, selv med en brukket arm.

Mange anvendte begrepet «trygging». Begrepet ble brukt om det å være tilstede, holde en hånd på ryggen, småprate og forsikre om at de vil fortsette å komme, at de ville ringe dem daglig eller at de *selv* kunne ringe et bestemt nummer dersom de ble dårligere. Trygging handlet mye om nærvær – det dreide seg like mye om det psykiske som det fysiske. For pasienter som er engstelige for å falle kan bare det at noen er i nærheten virke *motiverende*. Det får dem til å tørre å prøve ut hva kroppen kan tåle. Som en sa:

For mange er det bare det som skal til – at vi er tilstede slik at de tør å prøve å reise seg fra stolen og kjenne etter om det er trygt å gå med den nyopererte hofta.

Balansen mellom å utfordre og trygge ble til dels beskrevet som litt nervepirrende for de ansatte. En pleier fortalte om hvor redd hun egentlig følte seg da hun (tilsynelatende) rolig og trygt holdt en hånd på ryggen til en kvinne som trente på å bevege seg med en nyoperert hofta: «*Hun var stor denne damen. Og jeg hadde nok aldri klart å ta imot dersom hun hadde falt*». En annen fortalte om hvordan hun hadde stilt seg diskret i gangen etter å ha sagt farvel til en pasient med avtale om at hun skulle ordne seg frokost selv:

Jeg var litt i tvil om hun ville klare det. Så jeg sto i gangen og ventet litt før jeg gikk. Jeg sto sikkert i 5–10 minutter – men så hørte jeg at det rant vann i springen og at hun skramlet med kaffekoppen. Da var jeg trygg nok til å gå.

Det siste eksempelet illustrerer hvor viktig det var at pleieren hadde mulighet til å ta den lille pausen. Dette er i tråd med annen forskning som påpeker viktigheten av at ansatte har tidsmessige rammer som muliggjør kreativitet og utøvelse av faglig skjønn (Rabie & Glendinning 2011).

5.3.1 BETYDNINGEN AV RELASJONSKOMPETANSE

Å utfordre, samtidig som en verdsetter og bekrefter, handler i stor grad om å bruke seg selv og sin egen bevissthet om hvordan ens væremåte virker på andre. I organisasjons- og arbeidsforskning omtales arbeidstakeres påvirkning av klienter og pasienters sinnsstemning som «emosjonelt arbeid» (Hasenfeld 2010).¹⁹ I samtaler med ansatte om hvordan en rehabiliterende arbeidsform arter seg i praksis ble den mellommenneskelig tonen i møtet med pasienten ofte nevnt. Den samme sykepleieren som hadde påpekt overfor pasienten hvordan hun kunne ta på seg BH-en selv, gjorde det klart at slike påpekninger ikke er noe en buser inn og sier ved første møte: «*Du må prate litt med dem – få dem litt varme. Så kan du komme med forslag. Men det er viktig å kjenne litt etter hvem man har med å gjøre*». Hun pleide å begynne med litt småprat for å finne et tilknytningspunkt. Det kunne være spørsmål om hvor de er fra – «*og så neste gang du kommer så tar du det derfra*». En av informantene fra Karmøy som hadde hospitert i hjemmepleien i Holstebro hadde merket seg hvor mye de ansattes personlige væremåte spilte inn i motiveringsarbeidet. Hun hadde fått henge på slep med flere ansatte og så stor forskjell i hvordan hver enkelt av dem forholdt seg til pasientene. Hun hadde blitt særlig imponert over en bestemt pleier som hadde klart å skape en leken og humoristisk stemning samtidig som hun virkelig stilte krav og utfordret pasienten til prøve selv. «*Det var imponerende. Jeg vet ikke om jeg kunne ha klart å få det til slik selv*».

Betydningen av å kunne opptre kompetent i møte med mennesker understrekes i nyere forskning om «emosjonelt arbeid» – mestringen av det emosjonelle arbeidet og opplevelsen av å gjøre en god jobb henger sammen (Guy m.fl. 2010). Det gjelder også for den hverdagsrehabiliterende arbeidsformen. Dersom en skal lykkes med å utfordre pasienten til å prøve ut og øve

¹⁹ Emosjonelt arbeid – «emotional work» – er betegnelsen på hvordan yrkesutøvere påvirker andre menneskers sinnsstemning gjennom egne følelsesuttrykk (Hasenfeld 2010). På godt norsk kunne man kanskje si at det handler om *oppførsel*. Emosjonelt arbeid rommer en rekke gester og uttrykksformer – smil, humor, vennlig småprat, høflige fraser, omtenkssomme spørsmål, lyttende pauser, unnskyldninger og forklaringer.

på sine kroppslige funksjoner, må en samtidig beherske kunsten å påvirke pasientens følelsesmessige reaksjoner. Det er viktig å kunne «trygge» og berolige den som er redd og vise tålmodighet og overbærenhet overfor den som er irritert og så videre. Men, som den siterte informant fra Karmøy påpekte er det ikke alle som føler seg trygge på at de behersker denne kunsten.

Sosial kompetanse blir noen ganger omtalt som utelukkede person-avhengig og basert på menneskers væremåte og talent. Når helse- og omsorgspersonell forteller om arbeidet sitt beskriver de det likevel som en form for kompetanse de utvikler over tid. De lærer seg å takle mange mennesketyper gjennom å reflektere over egne erfaringer – de lærer av hvilken væremåte som har fungert og ikke fungert. Men læring skjer også i kollegafelleskapet (Sörensdotter 2008) eller gjennom systematisk refleksjon (Amble 2014). En sykepleier fra Eigersund beskrev hvordan hun fikk en slags aha-opplevelse omkring arbeidsformen da hun hospiterte i HVR-teamet og observerte hvordan en av terapeutene taklet et møte med en kvinne som ikke ønsket å bruke gåstol for å komme seg ut. Kvinnen hadde satt stor pris på gåstolen på sykehuset, men det ble noe helt annet da hun kom hjem i nærmiljøet. I stedet for å forklare og overtale den gamle kvinnen om hvor mye bedre livet ville bli, spurte terapeuten om hun var flau over å gå ut i byen med gåstol. Den gamle kvinnen hadde innrømmet at jo hun vegret seg mot at andre nå skulle tenke at hun hadde «havnet der». Terapeuten svarte fortsatt ikke med å utfordre og overtale, men med å bekrefte at «*jo, det er faktisk ganske mange som opplever det slik.*» Ved å ta en pause og gi kvinnen litt tid til å tenke lyktes hun med å avtale at gåstolen kunne være på prøve, slik at hun kanskje kunne ta seg en luftetur på gårdsplassen eller i byen på et tidspunkt når det var folketomt. For sykepleieren som observerte ble den lille episoden en pedagogisk konkretisering av det hun tidligere hadde lært på et kurs i motiverende samtale.

5.4 Om å jobbe ut fra brukerens «viktighetsområde»

Når hjemmetjenestens ansatte forklarer hva det vil si å arbeide mer «hverdags-rehabiliterende» er det gjerne praktiske gjøremål og pasientens funksjonelle kapasitet som står i fokus. Men som eksemplene i forrige avsnitt viste, er trening av funksjonsevne ofte tett sammenvevd med det å innfri pasientens psykososiale behov. Kvinnen som ble trygget og trent til å kunne bevege seg fra omsorgsboligen til kafeen brakte selv en positiv drivkraft inn i treningsopplegget. Hun ønsket sterkt å kunne bevege seg inn i fellesområdene der hun kunne se folk og

spise måltider sammen med andre som vanket i senterets fellesområder. Hjelpepleieren som bidro med gåtrenoing opplevde at hun hadde gjort et godt stykke arbeid, fordi det så åpenbart berørte noe som var viktig for kvinnen.

Å jobbe med utgangspunkt i det som er viktig for pasienten regnes som en sentral forutsetning for å lykkes med hverdagsrehabilitering (Bredland m.fl. 2011, Wilde og Glendinning 2012). Tanken bak er at det pasienten selv har *lyst* til å klare vil fungere som en motiverende drivkraft i rehabiliteringsprosessen. Spørsmålet er så om det å ta utgangspunkt i det som er viktig for pasienten også inngår som en del av den hverdagsrehabiliterende tenkemåten i den ordinære hjemmetjenesten. Er det slik at ideen om hverdagsrehabilitering har ført til at pleiernes arbeid i større grad er skreddersydd for å få folk til å holde fast i rutiner og aktiviteter som betyr noe for dem? Vet pleierne om hva som er viktig i livet til de pasientene de hjelper? I et av de tidligste intervjuene fra Eigersund var fokuset på pasientens viktighetsområde foreløpig på tankestadiet. En sykepleier svarte for eksempel:

Vi jobber jo systematisk og helhetlig med både det fysiske, psykiske og åndelige. Men akkurat det med å tirre lysten – der er vi ikke helt enda altså. Men vi håper jo å komme dit.

Som tidligere nevnt ble spørsmålet om pasientens viktighetsområde etter hvert satt høyt på dagsorden i Eigersund – i første omgang som et resultat av at førstegangssamtalen med nye pasienter hentet inspirasjon fra kartleggingsverktøyet som ble brukt i HVR-teamet (se kapittel 4). Oppmerksomheten mot denne dimensjonen ble også mobilisert som følge av kommunens deltakelse i nettverk om gode pasientforløp²⁰ og den landsomfattende «Hva er viktig for deg dagen».²¹ Personalet hadde vært utstyrt med buttons påtrykket «Hva er viktig for deg?» for å minne seg selv på at de skal jobbe helsefremmende med

²⁰ Som en del av arbeidet med gode pasientforløp har den lokale rehabiliteringsenheten i Eigersund kommune utviklet en egen mal for «hva er viktig for deg»-samtaler. Planen er at denne malen nå skal tas i bruk i hele hjemmetjenesten.
<http://www.ks.no/fagomrader/helse-og-velferd/laringsnettverk/gode-pasientforlop-for-eldre-og-kronisk-syke/kunnskapsgrunnlag-og-verktoy/hva-er-viktig-for-deg-samtalen-i-eigersund-kommune/>

²¹ <http://www.ks.no/fagomrader/helse-og-velferd/laringsnettverk/gode-pasientforlop-for-eldre-og-kronisk-syke/kunnskapsgrunnlag-og-verktoy/hva-er-viktig-for-deg/>

hele mennesket som utgangspunkt, ikke bare ha blick for sykdom og diagnoser.²² I de siste refleksjonsgruppene var det liten tvil om at pasientens viktighetsområde var en sentral del av den hverdagsrehabiliterende tenkningen. Personalet forklarte at de i større grad enn tidligere forventet å skulle spørre om hva slags liv pasienten har levd og om hva som betyr noe for dem i hverdagen.

Det å lete etter menneskers viktighetsområde forutsetter en nysgjerrig og spørrende innstilling. På spørsmål om det er krevende å praktisere dette prinsippet, svarte en sykepleier: «*Du må være mer på. Og det er klart det kan være krevende*». Som vi var inne på i forrige avsnitt, vil det variere fra person til person hvorvidt de kjenner seg komfortabel med å tre inn i en sosialt proaktiv rolle. En helsefagarbeider som hadde hospitert med HVR-teamet på et vurderingsbesøk opplevde det åpenbart som litt i overkant pågående å stille så mange spørsmål:

Jeg tenkte. Alle de spørsmålene! Stakkar denne personen hadde jo bare søkt om litt hjemmehjelp og så kom alle de spørsmålene – om sykdommen og om alt. Jeg tenkte at jeg hadde aldri i verden turt å spørre så mye ...

Dette dreide seg om et førstegangsbesøk med en person som var ukjent. Det var imidlertid langt lettere å stille spørsmål og forhøre seg om hvordan det gikk med pasienter som de kjente og hadde etablert kontakt med. Pleierne som deltok i refleksjonsgruppen var enige om at de aller fleste av deres brukere blir glade for at de viser interesse for livet og hverdagen deres – de opplever det som respektfullt. Men det finnes også mennesker som ikke er så interessert, hverken i å svare på spørsmål eller i å småprate. Som en uttrykte det: «*I slike situasjoner kan en føle seg litt svett*». I tråd med det som har vært påpekt i andre undersøkelser fra hjemmetjenesten beskrev de sin hverdag som et stadig skifte mellom ulike typer mennesker. Det å ikle seg ulike roller og opptre litt forskjellig overfor ulike pasienter er en selvfølgelig del av yrkesrollen. Det handler om å bli kjent med og tilpasse seg den enkelte (Sörensdotter 2008).

²² Å jobbe med utgangspunkt i det som er viktig for pasienten regnes som en avgjørende forutsetning for å lykkes med hverdagsrehabilitering og (Bredland m.fl 2011, Wilde og Glendinning 2012).

5.4.1. VIKTIGHETSOMRÅDE OG GRENSESETTING

Et spørsmål som ble tatt opp i en av de siste refleksjonsgruppene i Eigersund var om forventingen om å skulle være mer spørrende også kunne gjøre arbeidet mer krevende. Det var på et tidspunkt da ansatte ble oppfordret til å ikle seg buttons og til å spørre «*hva er viktig for deg?*». Noen antydte at det kunne skape forvirring omkring grensene for tjenesten. I en av gruppene ble det fortalt om et par enkeltepisoder der pasienten hadde mistolket budskapet – de oppfattet det som et spørsmål om «*hva er viktig for deg å få fra oss*». En eldre kvinne hadde for eksempel svart at det var viktig for henne å få vasket og rullet opp håret. Dette medførte litt ekstra forklaringsarbeid for pleieren ettersom hårstell var en tjeneste som ledelsen nylig hadde bestemt at de *ikke* skulle tilby. I en annen gruppe fortalte en helsefagarbeider at en pasient hadde gitt uttrykk for at det var viktig for henne å komme seg ut på strikkekafe. I dette tilfellet hadde helsefagarbeideren misforstått. Hun ville trille pasienten til strikkekafe i rullestolen:

Jeg tenkte at det er jo det de vil at vi skal bidra med – at de skal være aktive. Men den gang ei. Da fikk vi beskjed fra lederen om at den slags er det pårørende som skal gjøre.

5.4.2 HVA MED DEM SOM MANGLER VIKTIGHETSOMRÅDE?

I diskusjoner om hvordan hjemmetjenesten kunne jobbe med utgangspunkt i det som var viktig for den enkelte, ble vi minnet om at det dels dreide seg om svært syke og pleietrengende pasienter som ikke hadde et fysisk rehabiliteringspotensial. Noen av pasientene hadde som sitt eneste mål å *ikke* havne på sykehjem – deres eneste mål var å bo hjemme. Noen ble beskrevet som passive, ensomme og nærmest uten «viktighetsområde». Som en sykepleier uttrykte det: «*Noen er så av-stimulert at de nesten ikke klarer å finne ord. De sitter alene hele dagen og ser ikke andre enn hjemmesykepleieren*».

Den sistnevnte gruppen dreide seg i stor grad om eldre som i tillegg til redusert helse og lavt funksjonsnivå hadde opplevd å miste ektefelle, nære venner og noen ganger egne voksne barn.²³ Å jobbe «hverdagsrehabiliterende»

²³ Tap av helse og funksjonsevne og samtidig av nærstående personer medfører at mange eldre opplever emosjonell og sosial isolasjon som et problem. Undersøkelser fra hjemmetjenesten tyder på at dette omfatter mellom 20–30 prosent av eldre som mottar hjemmesykepleie (Hofseth og Norvoll 2003; Kirchhoff m.fl. 2015).

med denne kategorien pasienter handlet ikke primært om å jobbe med *utgangspunkt* i personens viktighetsområde; det handlet snarere om å bistå med å *finne fram til* eller *finne erstatninger for* tapte viktighetsområder. Vi viste tidligere til eksempel der en sykepleieren fra Eigersund i løpet av et sårstell klarte å tenne en liten livsgnist hos en eldre dame gjennom å vise interesse for hennes tidligere malehobby (se 3.8.). Det dreide seg om en pasient som hadde lavt funksjonsnivå og som ikke ble vurdert til å ha et fysisk rehabiliteringspotensiale, men som altså viste seg å ha potensiale for et mer engasjert livsinnhold gjennom en stillesittende aktivitet. Sykepleieren brukte eksempelet for å poengtere hvor viktig det var med tid til relasjonsbygging – tid til å finne et kontaktpunkt og til å følge opp med å utfordre henne (hvorfor sluttet du å male?), gi bekreftelse (så spennende og flott!) og med å skape en forventning til neste møte (vise at hun hadde funnet fram maleutstyret). Det var takket være det tidkrevende sårstellet at hun klarte å få til denne relasjonsbyggingen.

For denne sykepleieren var det å kunne «vekke til live» et engasjement selve kjernen i den hverdagsrehabiliterende tenkningen. Som hun sa: «*det handler om å finne den lille gnisten*». Det handlet ikke nødvendigvis om å trene eller øve på aktiviteter som krever fysisk innsats. Det kunne også handle om å understøtte og oppmuntre pasienten til å sette i gang med noe som kunne gi mening og lyspunkter i en sosialt isolert tilværelse. Med Bredland med flere (2011) kan vi si at det dreide seg om rehabilitering med vekt på «indre prosesser» heller enn trening av funksjonsevne.

Eksempelet med den gamle hobbymalerinnen illustrerer hvilken kraft et alminnelig mellommenneskelig møte med personalet kan ha for pasienter som lever alene og isolert fra omverdenen. Betydningen av det sosiale møtet har vært beskrevet i en studie fra hjemmetjenesten/psykisk helseteam (Skatvedt og Norvoll 2016). Studien, baserte seg på intervjuer med hjemmeboende eldre med psykiske helseproblemer, viste at pasientene ofte beskrev selv korte, flyktige møter med personalet som svært betydningsfulle. Det som lindret deres plager var altså ikke samtaler med profesjonelle behandlere, men kontakten med et annet menneske som i korte glimt trer ut av sin profesjonelle rolle og prater til dem som et medmenneske. Det handlet om det Skatvedt og Norvoll (2016) omtalte som «hverdagsresponsivitet» – det å bli møtt på en alminnelig hverdagslig måte med blick, smil og småprat. Pasientene opplevde at den sosiale kontakten de fikk i korte møter med en sosial og vennlig pågående pleier kunne få dem til å føle seg som «noen». Studien bekrefter det

flere av informantene i vår undersøkelse poengter: En må finne et kontaktpunkt og bygge tillit før det er mulig å forsiktig utfordre pasienten.

På samme tid som de anerkjente at den psykososiale dimensjonen var en viktig del av den hverdagsrehabiliterende tenkningen, understreket flere av informantene at ivaretagelse av psykososiale behov lå utenfor hjemmetjenestens ansvarsfelt. Det tilhører en del av hjemmetjenestens «hemmelige tjenester» – det de må snike seg til og som faller utenfor vedtaket (se også Skatevdet & Norvoll 2016). Vi refererte tidligere til at dette fenomenet skapte diskusjon i en av refleksjonsgruppene fra Karmøy (3.8). Personalet hadde blitt enige om at ekstraarbeid utenom det som var bestemt i vedtak var noe de burde unngå. Likevel mente noen at de sosialt isolerte og ensomme måtte være unntaket. En pleier viste til et eksempel med en gammel mann som ikke hadde noen pårørende. Hans ensomme isolerte liv ble tydelig en varm sommerdag – han satt isolert hjemme i stuen sin. Noen av de ansatte i hjemmetjenesten hadde tatt ham med seg på biltur og kjøpt is til ham. De hadde ikke fortalt det til noen, men gjorde det med god samvittighet. Pleieren snakket med moralsk overbevisning – *«Jeg ville aldri gjort det for naboen min en gang. For hun har pårørende. Men han hadde ingen, absolutt ingen – ingen. Dette kunne jeg forsvare»*.

En sykepleier fra Eigersund forklarte at de ofte må bruke praktiske gjøremål som påskudd for å imøtekomme psykososiale behov – *«hjelp til en handleliste eller et eller annet»*. For som hun sa: *«Det er slutt på sosiale tilsynsbesøk og vi skal ikke være selskapsdamer – om noen trenger samtale og støtte er det over i psykiatrien»*. Alternativt kunne de oppfordre brukeren til å oppsøke et aktivitetstilbud, søke om plass på dagsenteret eller få en besøksvenn fra frivilligsentralen eller Røde kors. Den samme sykepleieren fortalte at det kan være en utfordring å overtale personer til å prøve dagsenteret.

Du kan bruke vinter og vår på det. Men i svært mange tilfeller der vi har lokket og lirket så er det vellykket. Som regel er det vellykket. Når de først har kommet seg til dagsenter så kan de ikke få nok. De gleder seg.

Deltakerne i refleksjonsgruppen sa seg enige. De supplerte med fortellinger om hvordan eldre som endelig hadde takket ja til dagsenter livet til. De fikk bedre appetitt når de inntok måltider sammen med andre og kunne bli opptatt av hva de skulle ha på seg av klær. Dagsenteret ble viktig for dem. På samme tid var det enighet i gruppene om at det ofte er dem som trenger det mest som

ikke vil oppsøke nye miljøer. *«Det er jo også noen som ikke vil ut blant folk. Vi må jo respektere det også – at noen ganger er det selvvalgt å være alene».*

Å bevege seg inn i problematikken som omhandler passivitet og ensomhet blant hjemmeboende eldre er bevegelse inn i et vanskelig terreng. En person kan være isolert og langt fra folk uten å føle seg ensom, en annen kan føle seg ensom selv blant folk (Swane 2013). Årsakene til at eldre mennesker opplever ensomhet og depresjon vil ofte være knyttet til mange irreversible tap. Mange er for fysisk og mentalt svekket til å finne nye venner og bygge relasjoner til hverandre. Den kommunale hjemmetjenesten kan aldri erstatte tapet av nærstående mennesker og tapet av sosialt liv som personen har bygget sin selvfølelse rundt. Målet er likevel å bidra til å lindre opplevelsen av ensomhet gjennom å bistå personen til å finne et nytt «viktighetsområde». I Karmøy kommune hadde hospiteringssamarbeidet med Holstebro kommune skapt høy bevissthet blant de ansatte om betydningen av å kunne henvise til et bredt tilbud av aktiviteter og sosiale møtestedet. Noe av det som hadde imponert dem mest var hvor stort og varierte tilbud som fantes i kommunens randsoner og hvor godt det var tilrettelagt for at mennesker med og uten tjenester fra kommunen kunne møtes på en felles arena. De mente at deres egne kommunale dagsentra ble lite attraktive fordi de hadde en for stor konsentrasjon av syke eldre – mentalt oppegående og demente om hverandre. De innså med andre ord at den hverdagsrehabiliterende arbeidsformen ikke kan lykkes i et sosialt vakuum. Arbeidsformen krever at pårørende og medmennesker utenfor den kommunale organisasjonen skaper inkluderende fellesskap. Både i Karmøy og Eigersund var det høy bevissthet om at det ultimate målet ved den hverdagsrehabiliterende arbeidsformen – å bidra til at hjemmeboende eldre klarer å holde fast i en aktiv og meningsfylt hverdag – ikke kunne være et rent kommunalt ansvar (mer om dette i kapittel 6).

5.5 Oppsummering og diskusjon

I humanistisk samfunnsforskning blir omsorgsarbeid ofte forstått som en vanskelig balansegang der to perspektiver konstant må vurderes opp mot hverandre – et perspektiv på brukeren som en aktiv selvstendig person som må respekteres for sine valg og særegenheter og et perspektiv på brukeren som avhengig av andre mennesker og sine omgivelser (Eliasson 1992,1999). Ifølge Eliasson balanserer hjemmetjenestens personale på en slak line der de må vokte seg for å trå feil enten ved å opptre paternalistisk (formyndersk) og

«overkjøre» brukerens ønsker eller ved å «overse» brukerens avhengighet av andre. Det er alltid en fare for at menneskesynet «halveres» og brukeren blir forstått enten som fullstendig avhengig av andre eller som fullstendig uavhengig og ansvarlig for eget liv.

I diskusjoner om hverdagsrehabilitering blir det ofte vist til hvor viktig det er at omsorgspersonalet unngår «hjelpellen» – det vil si at de unngår å rutinemessig betrakte brukeren som ute av stand til å klare hverdagslige oppgaver. Erfaringene de ansatte har lagt for dagen i våre samtalegrupper og intervjuer tyder på at denne påpekningen har ført til en økt bevissthet i arbeidet. Vi har fått mange konkrete eksempler på hvordan de har fått øyene opp for at selv svært dårlige pasienter kan mobilisere vilje og ressurser til å komme seg tilbake til hverdagen etter et funksjonsfall. Deres eksempler fra hverdagen viser imidlertid også at arbeidsformen bærer i seg et potensial for å begå nye former for paternalistiske overtramp. Det er en hårfin grenseoppgang mellom det å gi hjelp til selvhjelp og det å pådytte mennesker aktiverende selvhjelpsøvelser som undergraver snarere enn å øke livsmotet. Den etiske balanseringen ble beskrevet som en del av en proaktiv *granskende arbeidsform* der de aktivt vurderte hva slags ressurser og potensial nye pasienter kunne tenkes å mobilisere. Balanseringen kom også til uttrykk i beskrivelser av små mikroprosesser i det praktiske arbeidet. Vi hørte om hvordan personalet ikke bare bestrebet seg på å *unngå hjelpellen*, men også på å *unngå å bli oppfattet som formyn-deriske* eksperter vet hva som er det beste for dem. Arbeidet ble beskrevet som en kommunikativ prosess der det var viktig å «gi og ta», «utfordre og støtte», «dytte og dra». Personlig kontakt, tillit og en god tone fungerte som olje i maskineriet.

Å jobbe på denne granskende og understøttende måte ble oppfattet som givende, men samtidig utfordrende. Givende fordi det kjentes meningsfylt å bidra til at pasienter som var sterk svekket klarte å gjenvinne, styrke og balanse i kroppen og dermed også trygghet og mot til å fortsette med det livet de hadde før funksjonsfallet. Utfordrende fordi det kunne være mer tidkrevende enn deres stramme tidsskjemaer tillot.

Den granskende arbeidsformen handlet om å ta i bruk tverrfaglig kunnskap. Pleiepersonalet vedsatte tverrfaglige møter med fysio- og ergoterapeuter fordi det fikk dem til å se tydeligere hvilke ressurser og muligheter brukeren kunne mobilisere for å klare seg i hverdagen. Terapeutene hadde bidratt med faglig påfyll og mange praktiske tips og råd. Blant pleiepersonalet var det også

enkelte som hadde opplevd at de «gjenoppdaget» sin egen faglighet. Ideen om hverdagsrehabilitering hadde inspirert dem til å revitalisere og styrke en helsefremmende arbeidsform som de kjente fra sykepleiefaget. (se også Birkeland 2014). Samarbeidet med terapeutene hadde med andre ord ført til at de så sin egen faglighet tydeligere (Se også Langeland 2016).

At det tverrfaglige arbeidet opplevdes som gjensidig fruktbart utelukker imidlertid ikke at det kan finnes et enda større potensial for å videreutvikle arbeidsformens faglige profil og nedslagsfelt. I den tidligere nevnte følgeevalueringen av hverdagsrehabilitering (Langeland, m.fl. 2016) ble det påpekt at hverdagsrehabilitering stort sett blir tilbudt pasienter med somatiske helseutfordringer. Dette kan tyde på at psykiske helseplager blir relativt nedprioritert – de er lavt rangert og faller mellom alle stoler i de kommunale tjenestene (Skatvedt & Norvoll 2016).

Samtaler med de ansatte fra Eigersund og Karmøy var det flere som understreket betydningen av en psykososial dimensjon. Den hverdagsrehabiliterende arbeidsformen ble sjelden beskrevet som en rent kroppslig opptrening. Likevel ble pasienter som hadde rene psykososiale utfordringer ansett som en kategori pasienter det var vanskelig å passe inn i denne arbeidsformen. I motsetning til eldre som har et sosialt liv de ønsker å holde fast i, var dette gjerne pasienter som var blitt passivisert på grunn av sosial isolasjon og ensomhet. Det var mennesker som hadde mistet alle sine nære og som savnet et liv som ikke lenger fantes. Utfordringene for personalet ble forsterket av at somhetsproblematikken langt på vei var definert ut av hjemmetjenestens ansvarsområde – det er behov som dels tilhører psykiatrien, dels familien og sivilsamfunnet.

I tråd med det som fremkommer i andre undersøkelser hørte vi om at personalet noen ganger omgår vedtak for å bøte på det de opplever som urettferdig tildelingspraksis (Vabø 2007, Kamp & Hviid 2012). Å utføre «hemmelige tjenester» utenom vedtak, for eksempel i form av en «terapeutisk» samtale eller en tur ut i godværet, er et velkjent fenomen i hjemmetjenesten. Enkelte forskere (Kirchhoff 2010) har problematisert ulike former for skjult merarbeid for eksempel ved å vise til at det representerer en kime til konflikt mellom «snille» og «slemme» ansatte. Andre forskere (Skatvedt & Norvoll 2016) har pekt på at noen av de terapeutiske hemmelige tjenestene i realiteten representerer en ressurs som burde vært løftet opp som en del av tjenesten. At det å respondere på udekte psykososiale behov blir «forbudt» og holdt utenfor

vedtakene er ifølge Skatvedt & Norvoll (2016) et paradoks ettersom det ofte er nettopp dette lille ekstra som skal til for at milde psykiske plager lindres. Forskerne tar til orde for å synliggjøre «hverdagsresponsivitet» som en del av det faglige arbeidet. Wahl-Brink og hennes kolleger (2015)²⁴ er inne på noe av det samme: De peker på faren for at hverdagsrehabilitering utvikler seg til å bli et rent opptreningstilbud der den enkelte via trening og selvtrening kan lære seg å gå igjen, uavhengig av om vedkommende har noe steder å gå til. Ifølge forfatterne vil mennesker som mangler et sosialt liv lett passiviseres igjen. De foreslår at den sosiale dimensjonen må tenkes inn som en viktig del av hverdagsrehabiliteringen. De anbefaler, i tråd med det mange kommuner har satt seg som mål, å tilrettelegge for et kvalifisert samspill med sivilsamfunnet. Imidlertid er det ikke tilstrekkelig å gjøre brukeren oppmerksom på at det finnes aktivitetstilbud og felleskap «der ute.» Det vil også kreve at personalet etablerer kontakt med, blir kjent med hva brukeren savner og setter pris på for derigjennom å kunne gi et vennlig puff i riktig retning. De foreslår med andre ord en arbeidsdeling der hjemmetjenesten utnytter og videreutvikler sin sosiale kompetanse for å spore opp og gripe tak i menneskers behov for å finne nye sosiale fellesskap mens aktive medborgere i lokalsamfunnet legger til rette for å skape inkluderende felleskap.

Ideen om å tilrettelegge for et kvalifisert samspill med sivilsamfunnet bringer oss over i det siste spørsmålet vi har reist i dette prosjektet: Hvordan stiller lokale aktører seg til å samordne sin innsats med den kommunale omsorgstjenesten?

²⁴ Publikasjonen til Wahl-Brinch mfl (2016) er en inspirasjonsguide som gir tips og råd om hvordan man kan jobbe systematisk med å forebygge og avhjelpe ensomhet. Denne kan lastes ned fra nettet:

<http://www.marselisborg.org/upl/website/publikationer-aeldre/Guideensomhedweb.pdf>

6 Samskaping for en bedre hverdag²⁵

Med en økende andel eldre i befolkningen skjer det en dreining i eldrepolitikken: Fra å handle om offentlige ytelser som pensjon og omsorgstjenester handler det nå også om den rollen ikke-offentlige aktører spiller for at eldre skal kunne fortsette et aktivt liv så lenge som mulig. Norske kommuner oppfordres til å organisere seg på måter som understøtter ressurser og engasjement som allerede finnes i familier, sivilsamfunnet og næringslivet. Med denne dreining følger et nytt honnørord – samskaping. Det henvises da gjerne til danske erfaringer og eksempler fra andre deler av Europa der kommuner på ulike måter har funnet løsninger sammen med aktører utenfor den kommunale organisasjon.

Dette lyder bra. Men hvordan skal det skje i praksis? Hvordan kan kommuner tilrettelegge og stimulere virksomhet som ligger utenfor eget styringsfelt? Hva er det som vil tenne et frivillig engasjement hos mennesker? Hva må til for at næringsdrivende skal satse på at deres forretning får en sosial profil? Og hva må til for at aktører i mange ulike sektorer vil betrakte seg selv som brikker i et større prosjekt?

Dette er store spørsmål som opptar politikere, byråkrater og forskere i mange land for tiden, inkludert oss som står bak dette prosjektet. For å bidra til dette nye kunnskapsfeltet har prosjektet valgt å utvide refleksjonsfelleskapet til å også omfatte aktører fra sivilsamfunn og næringsliv. I dette kapitlet redegjør vi for perspektiver og erfaringer som er kommet fram i intervjuer og samtalegrupper med informanter fra det lokale sivilsamfunn og næringsliv i de to kommunene. Ambisjonene våre har ikke vært å «knekke koden» om hvordan kommunene bør legge opp sin strategi. Tanken har snarere vært å bidra til et skritt på veien, gjennom å høre erfaringer og synspunkter fra aktører som faktisk gjør en innsats for eldre i skjæringspunktet mellom de ulike sektorene. Tanken er at vi kan løfte fram disse erfaringene og dermed komme på sporet av forhold som kommunene bør ha i tankene når de skal tilrettelegge for økt samskaping. Vi understreker at kapitlet må leses som en kvalitativ undersøkelse der den primære hensikten er å utforske fenomenet samskaping – ikke å vurdere eller sammenligne hvordan de to kommunene har innrettet sitt arbeid på dette feltet.

²⁵ En stor takk til Kjersti Helene Harr som ha deltatt i store deler av datainnsamling og som har fungert som en viktig diskusjonspartner omkring frivillighet.

6.1 Samskaping – hva ligger i begrepet?

Samskaping er et nyord som ofte forbindes med innovasjon, det vil si om å skape noe nytt sammen – *ikke* reprodusere noe som allerede finnes (for eksempel at frivillige overtar en oppgave som tidligere var offentlig). Ideen bygger på en tanke om at ulike aktører vil ha en felles interesse av å samarbeide og at partene sammen kan få til mer enn de kan hver for seg. De fleste av dem som har blitt intervjuet om samskaping i dette prosjektet har gitt uttrykk for at det er et ord som klinger fremmed. Det er et ord som (foreløpig) ikke er i bruk, verken i det kommunale språket eller i dagligtalen. Når det blir nærmere forklart er det likevel ikke så fjernt fra den virkeligheten de kjenner. At lokale aktører fra ulike sektorer går sammen om å få ting til å skje er velkjent og har alltid foregått i kommunene. Ifølge Torfing mfl. (2016) er samskapelse en «nygammel» idé som henter inspirasjon fra fortiden – fra den tiden da velferdsstaten ble bygget opp i tiårene etter andre verdenskrig. Mye ble da gjort som dugnadsarbeid der ildsjeler, lokale næringsdrivende og frivillige organisasjoner mobiliserte egne ressurser og fungerte som pådrivere med staten som økonomisk støttespiller.

Det finnes ulike arenaer og former for samskaping. Det kan handle om å skape noe sammen *innad* i offentlig sektor (på tvers av etater og fagfelt) eller, som vi er opptatt av i dette kapitlet, mellom kommuner og andre aktører. Samskaping på tvers av organisasjoner og sektorer kan anta ulike former – det kan foregå sporadisk, midlertidig eller permanent, på et smalt område eller på bredere basis (McGuire 2006). Samskaping kan være basert på et mer eller mindre formalisert og basert på mer eller mindre ambisiøse forsøk på å samordne aktiviteter mellom to eller flere parter (nettverk). Partene kan begrense sitt samarbeid til å møtes for å utveksle informasjon om hverandres arbeid; noen vil enes om en bestemt henvisningspraksis eller samarbeide om å utvikle en bestemt form for kompetanse eller tenkemåte for bruk i egen organisasjon. Endelig kan partene enes om en felles strategi eller beslutte seg for å inngå i et felles samarbeid om å produsere en tjeneste (Agranoff 2003). Det er viktig å ikke tolke slike gradforskjeller som uttrykk for mer eller mindre perfekte former. Synergien vil ikke nødvendigvis øke jo tettere og mer formalisert et samarbeid er.

Som politisk honnørord bygger samskaping på et harmoniperspektiv der det *forutsettes* at partene har en felles interesse av å produsere gode helhetlige løsninger. I forskningen tar man ikke interessefellesskapet for gitt, men reiser

spørsmål ved *hvordan* og under hvilke betingelser partene kan enes om hva som er deres felles interesser (Ansell & Gash 2007). Forskerne har også stilt spørsmål ved *hva* som gjør at forsøk på å skape noe sammen går på tomgang eller bryter sammen (McGuire & Agranoff 2011). Ifølge Alm Andreassen (2014) er det særlig viktig å være oppmerksom på at det kan være problematisk å samles om felles interesser når interessenten (sluttbrukeren) som skal nyte godt av tiltaket eller tjenesten befinner seg på «utsiden» av samarbeidet. Pedersen-Ulrich (2016), som utforsker samskaping i danske kommuner, gjør oppmerksom på at samskaping i praksis kan være mer eller mindre styrt av kommunen og kan være orientert mot oppgaver som er m

I intervjuer og diskusjonsgruppene vi har arrangert i dette prosjektet har vi ofte endt opp med å diskutere «sluttbruker». Hva vil de eldre selv? Og hvem er nå egentlig «de eldre»? Er det de skrøpeligste eldre som har tjenester fra kommunen? Er det i så fall de som bor på sykehjem eller i omsorgsbolig? Hvem er egentlig hjemmeboende? Er det bare de som bor i eget hus eller inkluderer det også borettslag tilrettelagt for eldre og omsorgsboliger uten fast bemanning? Eller snakker vi om de friske(re) eldre som helsemyndighetene prøver å «oppdra» til å ta godt vare på egen helse og velferd? Er det i det hele tatt riktig å kategorisere eldre i en gruppe for seg? Er ikke eldre ressurssterke borgere som bør støtte og berike de yngre generasjonene? Og hva med morgendagens pensjonister? Vil ikke de bli langt friskere, mer villige til å betale for tjenester og flinkere til å ta i bruk teknologiske løsninger? Spørsmålene av denne typen bidro til at diskusjonene beveget seg i mange retninger og handlet om mange ulike former for tiltak – alt fra besøksvenner til de skrøpeligste eldre til sosiale møtesteder på tvers av generasjoner.

6.2 Perspektiver fra kommunens yttergrense

Pleie- og omsorgstjenesten i våre to kommuner er som tidligere nevnt under hardt økonomisk press. I kapittel 3 nevnte vi at Karmøy kommune har tatt en rekke grep for å rendyrke og målrette hjemmetjenestens ressurser mot de mest prekære hjelpebehov. Tenkningen har vært at det er viktigere at de sykeste får god hjelp enn at mange mennesker får ferdigmat og hårvask som de kan skaffe seg på andre måter. Det har betydd at kommunen har hevet terskelen for eller avviklet en del tjenester. Et eksempel er matombrining. Kommunen kom til at det var liten hensikt i at de skulle opprettholde denne tjenesten – all den tid det faktisk finnes et variert tilbud i butikker, kafeer og cateringselskaper som

leverer mat på døra. Som helse- og omsorgssjefen uttrykte det: «*At eldre innbyggere må kjøpe ferdigmiddag ser vi ikke på som privatisering, men normalisering*». Også i Eigersund kommune, som inntil nylig har hatt romsligere økonomi, stilles nå overfor tøffe innsparingskrav. Her inviterte kommunen nylig alle innbyggere til åpent folkemøte – dialogkafe – for å være med på idedugnad om hvordan de sammen kan skape en god kommune til tross for presset kommuneøkonomi. Forslagene er nå en del av informasjonsgrunnlaget for en igangsatt snuoperasjon – «omstilling 2020».

Begge de to kommunene er i gang med arbeid for å styrke samarbeidet med frivillige organisasjoner. Karmøy kommune, som allerede har faste samarbeid med organisasjoner som Røde Kors (som driver besøkstjeneste) og med IOGT (som driver Frivilligsentralen) har sett det som viktig å synliggjøre et bredere mangfold av aktiviteter både for sine ansatte, tjenestebrukere og folk flest. Parallelt med oppstarten av pilotprosjektet om hverdagsrehabilitering ble det tatt initiativ til å lage en samlet oversikt over aktuelle foreninger og aktiviteter. I 2016 ble det ansatt en frivilligkoordinator som inntil nå har jobbet på forvaltningsnivå med et systematisk kartleggings- og planarbeid for at kommunen skal få en sammenhengende god frivilligpolitikk. En spørreskjemaundersøkelse utført av Frivillighet Norge viste at kommunen har et svært omfattende organisasjons- og foreningsliv. Frivilligkoordinatoren har diskutert funn fra undersøkelsen i møter med en rekke frivillige organisasjoner og har tatt med seg deres erfaringer og perspektivet inn i det videre planarbeidet i kommunen. Målet i planarbeidet er å skape noen «kjøreregler» slik at det blir klart både for kommunens ansatte og for organisasjonene hva som forventes av dem i samarbeid med frivillige. En viktig grunn til å få på plass en felles forståelse er at erfaringene hittil tyder på at det eksisterer ulike forventinger og forståelser innad i kommunen. Hennes undersøkelser om frivilliges erfaringer med å samarbeide med kommunen tyder på at disse varierer. Samarbeidet fungerer ofte konstruktivt og bra, men det finnes enkelthistorier der frivillige har følt seg behandlet som «gratis arbeidskraft», har følt seg til bry når de stiller spørsmål eller som en trussel som skummer fløten og «overtar» de lystbetonte oppgaver fra personalet.

I tillegg til det generelle arbeidet som gjøres av frivilligkoordinatoren, arbeider helse- og omsorgsavdelingen med langsiktige planer. Helse- og omsorgssjefen er særlig opptatt av å bedre kommunens dagtilbud for eldre gjennom å flytte det *ut* av sykehjemmene, slik at det i større grad blir en

integreert del av sivilsamfunnet og befolkningens hverdagsliv. Inspirert av dagtilbudet kommunens ansatte hadde observert i Holstebro håpet hun at tilbudet i framtiden i større grad ville bli fylt med innhold fra frivillige med kommunen som vertskap og tilrettelegger. Hun nevnte som eksempler på tilrettelegging:

... eksempelvis bygg, sette i gang ting, søke midler, koble folk sammen, felles nettside med påmelding til aktiviteter osv. Kommunen kan legge til rette for aktivitet, men ikke fylle alle roller. Kommunen skal eie og drifte eldresentra, mens ansatte og frivillige skal stå for innholdet. Det er mulig med flere ideer og kobling mellom generasjoner.

Også Eigersund kommune har lagt stor vekt på å synliggjøre foreningslivet i kommunen – blant annet ved å arrangere dialogkafe med frivillige og ved å tilrettelegge for frivilliges dag på torget i Eigersund by. En rekke organisasjoner sto på «stand» en lørdag formiddag for å vise fram sine aktiviteter på torget. I desember 2016 hadde lokalavisen en kalender der byens ordfører hver dag utpekte «dagens frivillige». Kommunen etablerte allerede i 1995 Frivilligsentralen som i dag har to deltidsansatte som koordinerer og tilrettelegger for frivillighet. Sentralen fungerer som en støttespiller for dem som vil igangsette eller delta på aktiviteter, hvorav flere aktiviteter er svært populære blant eldre – seniordans, strikkekafe, datakurs, lesesirkel. Frivilligsentralen fungerer også som et kontaktpunkt for mennesker som ønsker å gjøre en innsats for andre – herunder hjelpetrengende eldre som bor i kommunens sykehjem, omsorgsboliger eller i eget hjem. Sentralen har over 90 faste frivillige og samarbeider også med andre frivillige som for eksempel Røde Kors, Civitan og ungdomskoleelever som har «innsats for andre» som valgfag på skolen.

Selv om frivilligkoordinatorerne i Eigersund har en mer praktisk rolle enn koordinatoren i Karmøy, deler to de koordinatorene de samme perspektivene på dagens høye forventninger til hva frivilligheten skal løse. Frivilligkoordinatoren i Eigersund forteller at hun stadig må presisere overfor kommunale ledere og ansatte at det er umulig for henne å sette frivillige til å ta oppdrag for kommunen. Som hun uttrykker det: «*Kommunen må slutte å si at de skal bruke frivillige*». De frivillige kan ikke brukes. De er drevet av sitt eget engasjement. Det kan være et engasjement om å gjøre noe for andre, men mennesker jobber bare frivillig så lenge de finner det meningsfylt og lystbetont.

6.2.1 FRIVILLIG TEAM – ET SKRITT I RETNING AV BEDRE SAMARBEID

Frivilligkoordinatoren i Eigersund har (i likhet med frivilligkoordinatoren i Karmøy) vært klar over at frivillige som jobber tett på kommunens ansatte kan oppleve møtet som personavhengig – det kommer an på hvem som er på jobb. For å bøte på problemet tok hun initiativ til et samarbeid med lederne ved kommunens tre omsorgssentre, gjennom å etablere et *frivilligteam* ved hvert av sentrene. Både koordinatoren og senterlederne hadde i forkant deltatt på kurs i frivillighetskoordinering ved Verdighetssenteret i Bergen. I dag inviteres alle *frivillige* med tilknytning til senteret (inkludert frivillige fra ulike frivillige organisasjoner) til faste månedlige møter sammen med lederen på senteret og en stedlig frivilligkoordinator. På disse team-møtene kan de frivillige komme med innspill – både kritikk og forslag. Et spørsmål som ble tatt opp var for eksempel: Hvorfor blir ikke de som bor her assistert ned til fellesstuen når vi stiller i stand aktivitet? Hvorfor må vi løpe omkring å spørre folk? Etter at denne typen spørsmål ble luftet i frivilligteamet, gikk det videre via lederen som brukte tid med de ansatte til å diskutere hvordan man kan kommunisere og oppmuntre beboerne forsiktig uten å tvinge dem på aktiviteter. Frivilligkoordinatoren understreket at disse frivilligteamene bidrar til å synliggjøre verdien av de frivilliges arbeid – både overfor henne som koordinator og overfor senterlederen. Hun mener å se at frivilligheten har økt etter at teamene kom på plass. Ikke minst fordi de virker stimulerende på dugnadsviljen. Frivilligteamene er fora der en kan reise spørsmålet – hvordan har vi det her? Hva skal til for å skape en lysere hverdag for dem som bor og oppholder seg på senteret? Dugnadsånden hadde blant annet ført til at besøksvenner i større grad ble trukket inn i andre arrangementer, som for eksempel utflukter med buss.

I dugnadsarbeid tilknyttet sentrene mobiliserer frivillige, ikke bare egen tid og engasjement, men også egen yrkeskompetanse og kontakter i næringslivet. Som et eksempel på et dugnadssamarbeid kan nevnes byggingen av en paviljong i et av senternes atriehage. Her hadde mange grupper av frivillige organisasjoner deltatt – Røde Kors, Saniteten, Civitan, samt en rekke lokale næringsdrivende som enten hadde deltatt som sponsorer eller med materialer og egen arbeidskraft. Paviljongen, som er vinterisolert og har langbord og peis, anvendes til en rekke ulike arrangementer – alt fra enkel vaffelkos som frivillige arrangerer for grupper av eldre fra omsorgsboligene til private familiefester av typen 90-årsdag for en beboer.

6.2.2 DET OFFENTLIGE DISKRESJONSHENSYNET

De hjemmebaserte tjenesten i Eigersund har ikke et like formalisert samarbeid med frivillige som omsorgssentrene. Bruken av frivillige har imidlertid klart økt etter at kommunen satte i gang hverdagsrehabilitering. Ifølge lederen for HVR-teamet er det mange rehabiliteringspasienter som uttrykker skuffelse når HVR-teamet trekker seg tilbake. De har knyttet en sosial kontakt med personer som de verdsetter høyt. De opplever at det blir tomt i huset den dagen besøkene stopper (se også Glendinning m.fl. 2010). For å unngå «å rehabilitere til ensomhet» har teamet gjort det til fast praksis å foreslå ulike aktiviteter – strikkekafe eller aktiviteter som tilbys på byens store aktivitetssenter Arena (se nedenfor). De foreslår også overfor enkelte pasienter å ta kontakt med frivillig-sentralen for å høre om de kan formidle en frivillig turvenn. HVR-teamet har hatt gode erfaringer blant annet med å samarbeide med ungdomskolelever fra faget «innsats for andre» og med frivillige som er tilknyttet frivilligsentralen.

Men det finnes hjemmeboende eldre som likevel takker nei til å få kontakt med «fremmede». Som eksempel fortalte lederen for HVR-teamet om en kvinne som hadde vegret seg mot å få en frivillig turvenn fordi hun var redd for å få en bestemt navngitt frivillig som hun absolutt *ikke* kunne tenke seg å gå tur med. Sett i lys av at helsefaglig personell skal vise diskresjon i møte med sine pasienter er det heller ikke alltid lett å få til gode personkoblinger for dem som takker ja. HVR-teamet kan forsøke å diskutere med frivilligkoordinatoren om hva slags type person som eventuelt kan passe. Men da må de de samtidig være påpasselige med å spørre pasienten om det er greit at de gir litt informasjon – «*ikke helseopplysninger, men litt om dem selv og hva de er interessert i*». Uansett er det vanskelig å gå god for at den frivillige som melder seg er «den rette» personen.

At taushetsplikten kan bremse samarbeidet med frivillige hadde lederen for HVR-teamet også opplevd på vårparten, da en frivillig organisasjon tok kontakt med forespørsel om noen av deres hjemmeboende pasienter ville være interessert i å ta imot frivillige som hadde organisert en hagedugnad.

Dette hadde jo vært perfekt for mange av mine, men vi kunne jo ikke gi ut adresselister. Så jeg sa at neste gang må vi få beskjed litt før slik at vi kan informere dem og oppmuntre dem til å delta.

HVR-teamet og de ansatte i helse- og omsorg har også støtt på andre utfordringer i sine forsøk på å samarbeide med frivillige. Et forslag som kom

opp til diskusjon var å tilby en handlebuss til grupper av hjemmeboende eldre, der en fra HVR-teamet sammen med frivillige kunne bistå eldre til det lokale kjøpesenteret – gjerne med innlagt kafebesøk. Det viste seg vanskeligere enn først antatt på grunn av regler om hvem som kan drive transporttjenester i kommunen. En alternativ løsning var å alliere seg med et lokalt hjemmehjelpsfirma (se nedenfor): «*De har jo ikke alle de der restriksjonene som vi har som kommune*».

6.3 Perspektiver fra frivillige

Karmøy og Eigersund er kommuner som kan viser til et aktivt organisasjons- og foreningsliv. Begge stedene bærer preg av å ha et høyt innslag av tradisjonelle kristne organisasjoner og organisasjoner med røtter i avholdsbevegelsen. Flere av disse organisasjonene driver åpne lavterskeltilbud som har stor betydning for den eldre delen av befolkningen. Et eksempel er Arena senter, et stort kultur- og konferansesenter i utkanten av Eigersund by, som fungerer som en sosial møteplass og kafe for alle generasjoner og huser alt fra selvhjelpsgrupper, hobbyaktiviteter, fysiske aktiviteter til større kulturarrangementer. Senteret eies av Evangeliesenteret og drives blant annet i samarbeid med en kulturbarnehage, fysio-klinikken, den lokale DPS og flere.

På Karmøy finnes det også en rekke tilbud drevet av de tradisjonelle foreningene. Blåkors er en svært populær kafe og møteplass der mennesker i alle aldre samles om å spise komler på torsdager. På Karmøy er det IOGT som driver frivilligsentralen. Her står rullatorene parkert på rekke og rad en gang i uken, for da er det middag for lokalbefolkningens eldre. Frivillige organiserer et lukket selskap, de eldre melder seg på og betaler fra gang til gang. Tiltaket er svært populært for mange av de eldste eldre – «*Sist gang satt det seks stykker på over 90 år rundt bordet*». Frivilligsentralen organiserer også mange av de samme typer aktiviteter som frivilligsentralen i Eigersund – seniordans, spanskurs, senior-nett, trim og turgrupper og så videre.

6.3.1 BETYDNINGEN AV GJENSIDIGHET I RELASJONER

I samtaler med frivillige som jobber tett på de to kommunens omsorgsmottakere hørte vi om ulike *former* for frivillig arbeid. Noen arbeider stort sett i et en-til-en-forhold. De fungerer som besøksvenn eller turvenn for et enkelt menneske. Det kan være en person som mangler nære pårørende, men også andre som ønsker selskap. Størstedelen av besøksvenntjenesten organiseres av

Røde Kors, som driver egne kurs for frivillige besøksvenner i begge kommunene. Men også blant de 90 frivillige som er tilknyttet frivilligsentralen i Eigersund finnes mennesker som har sine «egne faste» de besøker. Noen ganger fungerer det bra for begge parter. Det utvikler seg et vennskap som begge partene setter pris på. Frivilligkoordinatoren forteller at det i enkelte tilfeller kan være vanskelig å vite for hvem det sosiale møtet betyr mest – om det er besøksvennen eller den som blir besøkt. Ut fra kunnskapen om at det er de gjensidige relasjonene som fungerer best forsøker hun etter beste evne matche personer som hun håper kan ha glede av hverandres selskap. Vi hørte om flere eksempler på at besøksvenner knytter stabile langvarige relasjoner til eldre som har vansker med å komme seg ut. En mannlig frivillig fortalte at han jevnlig besøker en mann som både har kone og voksne barn, men som har savnet en kamerat utenom den nære familien.

Å være besøksvenn kan utvikle seg til en vennskapsrelasjon. Men, som nevnt over, å finne den rette personen til et menneske som trenger kontakt er ikke alltid enkelt. Det fikk vi høre fra begge frivilligsentralene. Lederen for frivilligsentralen på Karmøy fortalte at de i noen grad formidler besøksvenner, men at de på langt nær har de rammebetingelsene som Røde Kors har i form av kurser og oppfølging av frivillige.

Jeg har brent meg litt på å sende ut besøksvenn det altså. For du kjenner aldri den personen som skal ha besøk. Og i noen tilfeller kjenner jeg heller ikke personen som melder seg frivillig. Og så har det endt med klaging fra begge parter – ja det er nesten som om begge to kunne ha havnet hos psykiater i etterkant (latter). Så derfor satser vi mest på gruppeaktivitet.

Også frivillige selv fortalte at det kunne være vanskelig å skulle forholde seg en-til-en til personer de ikke kjente. Det kunne dreie seg om mennesker som fagfolk mente ville ha godt av å ha noen å snakke med, for eksempel fordi de var sosialt isolerte og deprimerte eller fordi var hardt slagrammet og trengte snakketrening. Å skulle forholde seg til personer med tunge psykiske problemer eller andre alvorlige helseproblemer kan kjennes krevende for en som ikke har helsefaglig bakgrunn. En representant fra Røde Kors fortalte:

Vi har noen ganger måttet tilbakemelde til kommunen at de kan ikke foreslå besøksvenner til de tyngste pasientene – tunge psykiatriske pasienter krever faglig kompetanse som vi ikke har.

Men utfordringen med de «henviste» handlet ikke bare om de rent helsemessige utfordringene. Det handlet også om at det ikke var etablert en sosial kontakt på forhånd. En av de frivillige som hadde meldt seg frivillig til å gå tur med personer som hadde avsluttet hverdagsrehabilitering, hadde ved flere anledninger fått en fornemmelse av at noen av disse personene hadde sagt ja, men at det egentlig var pårørende eller personalet som ville det. Hun opplevde noen ganger at hun sto i en vanskelig mellomposisjon mellom personen hun skulle hjelpe og forventinger fra personalet. For det var ikke alltid personen ville være med på ting hun foreslo: «*Du får følelsen av at de vil helst være med noen de kjenner*». Hun antydte altså at det var vanskelig å skulle fungere som en sosial «erstatning» for nærstående og personale som personen over tid hadde etablert kontakt med.

Etablering av tillit og sosial kontakt vil som regel skje gradvis etter hvert som mennesker blir kjent med hverandre. Flere av informantene var inne på hvor viktig det er at den sosiale kontakten med frivillige skjer på en forsiktig og «naturlig» måte. Det gjelder også for dem som blir oppfordret til å ta del i gruppeaktiviteter. En av de frivillige fra Eigersund mente at det blir lettere å etablere kontakt når invitasjonen er knyttet til en personlig kontakt: «*Det må gjerne være noen som er mer nær dem som tar dem med*»..

6.3.2 NÅR FRIVILLIGES KONTAKT OPPLEVES SOM MEDLIDENHETSHJELP

Diskusjonene omkring det å forholde seg til personer som var «henvist» fra personalet sporet over i diskusjoner omkring menneskers uvilje mot å bli stemplet som hjelpetrequende og sosialt isolert. For å illustrere fortalte en representant fra Røde Kors om en besøksvenn som var blitt ønsket velkommen tilbake av den hun besøkte, men som samtidig ble bedt om å *ikke* komme iført sin Røde Kors-jakke. Hun mente det var typisk for Karmøybuer å ikke ville ta imot almisser: «*Folk skal klare seg selv – de vil hverken betale for noe eller ta imot hjelp*». Det samme ble imidlertid sagt om Eigersundere. Det vanskelig for mange å erkjenne og vise overfor andre at de savner et sosialt felleskap. Det å være ensom, isolert og utenfor er forbundet med skam. Å ta imot et hjelpetilbud som har karakter av å være en erstatning av eget sosialt liv synliggjør at man har havnet i denne kategorien. Noen av informantene mente at dette kanskje var særlig tydelig på små steder der alle kjenner hverandre eller vet om hverandre. Som en sa: «*Det sitter langt inne for mange – kanskje lengst inne for de som tidligere har vært veldig oppegående*». Lederen for HVR-teamet i

Eigersund kjente igjen problemstillingen. Når hun foreslo for rehabiliteringspasienter å ta kontakt med frivillige fikk hun ofte tvetydige svar: «*Kanskje senere. Nå har jeg i alle fall telefonnummeret*».

I diskusjonen om eldre som ikke ønsker å ta imot tilbud om sosial kontakt ble det også påpekt at: «*Man må respektere at noen ikke vil*». Det å være sosialt isolert betyr ikke alltid at personen lengter etter sosial kontakt. Mange av de eldste er trette – de orker ikke å etablere nye bekjenskaper. Noen bryr seg ikke – de er lite sosiale og har alltid vært det, eller de ønsker å bruke sine siste år på mer «passive aktiviteter» som å lese eller observere livet fra en benk.

6.3.3 NØYTRALISERTE TILBUD

Som en kontrast til de vanskelige utfordringene det innebærer å forholde seg til eldre som ikke vil bli stemplet som sosialt hjelpetrequende, framhevet en av informantene fra Eigersund hvor givende det er å få lov å bidra til noe som tydelig blir verdsatt. Hun fortalte om et vellykket arrangement hun nylig hadde vært med å sette i gang – «middag for alle» – der de ønsket å invitere eldre til felles måltid på et sted som var *utenfor* kommunens omsorgssenter. I jakten på egnede lokaler fant de ut at det kunne arrangeres i felleslokalene til et borettslag for eldre. Her var de på *nøytral grunn*, maten var levert av en lokal cateringbedrift og alle deltakerne betalte en sum penger. Tilbudet var åpent for alle – ikke bare for beboere i borettslaget. De frivillige var enige om at dette var et vellykket eksempel på samskaping: Med tilrettelegging fra frivillige ble det skapt liv i borettslagets lokaler, det gav oppdrag til en lokal næringsdrivende og bidro til at mange eldre fikk et tilbud de var med på å velge selv. Tilbudet hadde vært så populært at de så seg nødt til å dele opp gruppene og arrangere det i to puljer og arrangere hver fjortende dag.

I tilknytning til diskusjonen om eldre som ikke aksepterer tilbud om sosial kontakt, dreide samtalen også innom hvordan den sosiale kontakten også kunne nøytraliseres gjennom å «pakkes inn» i praktiske oppgaver. Å kjøpe eller ta imot en praktisk tjeneste er mindre skambelagt enn en ren sosial tjeneste for å lindre ensomhet. Som vi også var inne på tidligere, finnes det en utbredt taus kunnskap blant personalet i hjemmetjenesten om at den sosiale kontakten som følger med en praktisk tjeneste ofte er viktigere for den det gjelder enn det praktiske arbeidet som utføres (se kapittel 5). En av de frivillige, som hadde sin bakgrunn fra omsorgsarbeid, understreket dette poenget. Hun beskrev en

opplevelse hun hadde hatt da hun skulle stelle føttene til en deprimert mann – det var en person som satt mye alene:

Det het at jeg skulle stelle føttene. Men denne personen hadde så enormt behov for å snakke. Det var helt forunderlig å følge ham – å se hvordan formen steg i løpet av besøket. Det var helt rart.

Hun tilføyde også at det var noe helt eget med personlig pleie som involverte at noen tok på dem – å stelle føtter, stelle fjeset eller håret. Denne typer tjenester blir en viktig «inngangsport» til sosial kontakt og velvære.

6.3.4 FRIVILLIGHETENS MANGFOLDIGHET OG UFORUTSIGBARHET

Personen som opplevde hvor populært det ble med «middag for alle» gav uttrykk for at det er de positive tilbakemeldingene fra de eldre som driver henne til å jobbe frivillig: «*Det må være kjekt²⁶*». Hun hadde drevet med kundebehandling i sitt yrkesaktive liv og hadde alltid hatt glede av å hjelpe eldre kunder. Kvinnen holdt av en fast dag i uken til frivillig arbeid. På disse dagene var det aldri aktuelt å reise til Stavanger med venninner eller gjøre andre ting. På spørsmål om hva venninnene sier om hennes frivillige engasjement og om det er mulig å verve noen av dem til å bidra, nevnte hun som eksempel at noen hadde gitt uttrykk for at de ikke ville binde seg, men at de hadde blitt engasjert når de så hvor kjekt det var. Så svaret hennes var: «*Ja – det vil være mulig dersom de ser at det er kjekt (...)*».

En av de andre frivillige fra samme gruppe hadde ikke den samme innstillingen til regelmessighet og faste dager. For henne var det viktigere med fleksibilitet og spontanitet. Hun bidro som frivillig ved omsorgssenteret der hun tidligere hadde jobbet og kom og gikk som hun ville. Hun opplevde også at det ofte var det enkle som var det beste – det å sette seg i bilen med en liten gruppe og dra til et lokalt sted eller til sitt eget landsted eller bare sette sammen en liten gruppe for spontant å få dem til å stemme i en sang. En tredje la vekt på at hans frivillige engasjement til dels hang sammen med den kunnskapen han hadde ervervet seg da hans egen mor ble rammet av demens. Han syntes arbeid med eldre vart *interessant* – mye mer interessant enn han hadde tenkt seg i forkant av kurset.

²⁶ På denne kanten av landet brukes kjekt synonymt med hyggelig.

De ulike frivillige vi hadde kontakt med i løpet av prosjektet var drevet av ulike motiver, interesser og lyster. Det var friske pensjonister som ser frivillig arbeid som en mulighet til å fortsette å bruke kunnskaper de har lært gjennom et langt liv (som bibliotekaren som arrangerer lesegrupper), å delta i et sosialt arbeidsfellesskap (en sjømann som har gått på land) eller gjøre noe de aldri fikk tid til i en hektisk hverdag (pleieren som fortsetter å utføre den sosiale biten av jobben sin). Mangfoldet av mennesketyper og motiver for å stille som frivillig ble understreket av lederen ved frivilligsentralen på Karmøy. Ikke alle er av den gammeldagse stabile «gjøre noe for andre» typen. De finnes dem som gjør det for egen del – de trenger et sosialt innhold i livet. Noen av dem «shopper» frivillighet – de prøver ut mange forskjellige former. Da hun ble oppringt fra kommunen med spørsmål om det var aktuelt for frivillige ved sentralen å kjøre middager, hadde hun svart at det ikke var mulig for dem å binde seg. Noen frivillige hadde tatt oppfordringen fra kommunen om å hjelpe folk med å rulle opp håret en gang i blant, men hun kunne ikke love den stabilitet og regelmessighet som kreves når det dreier seg om matombringing. Med dette understreket hun frivillighetens iboende karakter: Det handler om det mennesker gjør av egen interesse, lyst og overskudd. Frivilligheten kan ikke «bestilles» og tas for gitt som en stabil ressurs – frivilligheten er mangfoldig og uforutsigbar.²⁷ Man må ta i bruk de ressurser og det engasjement som melder seg frivillig.

I boka «Frivillighetens logik og dens politik» skriver La Cour (2014) at man for å ivareta frivilligheten må basere seg på en form for refleksiv ledelse som anerkjenner frivillighetens særegenheter. For en leder vil det handle om å kunne snu seg raskt for å respondere på ulike typer motivasjon – det være seg ønsket om å være sammen med andre, bruke sine evner, utvikle seg selv eller utfolde sin skapertrang. En av informantene fra Eigersund berømmet lederen for hennes evne til å snu seg raskt og for å støtte opp under ideene de kom med: «Kommer du med en idé så er hun på ballen med en gang».

²⁷ Hennes perspektiv er helt i tråd med «frivillighetspolitikkenes tredje bud»: «Anerkjenn frivillighetens egenverdi. Frivillige er frie og villige til å gjøre det de vil. Det må de få lov til å være, ellers dør frivilligheten ut.» http://www.frivillighetnorge.no/no/frivillighetspolitikk/kommunal_frivillighetspolitikk/De+ti+frivillighetspolitiske+bud.b7C_wtrO5k.ips

6.4 Erfaringer og perspektiver fra lokalt næringsdrivende

Når det er snakk om samskaping i eldreomsorgen vises det ofte til at det offentlige (lønnede) omsorgsarbeidet koordineres med frivilliges (ulønnede) innsats. I dette prosjektet har vi imidlertid også valgt å se lokale næringsdrivende som potensielt viktige aktører i arbeidet med å skape en bedre hverdag for eldre. Vi tenker da først og fremst på ordinære hverdagslige servicebedrifter som er til for alle innbyggere, inkludert for mennesker med svekket helse og funksjonsevne. Både i Eigersund og på Karmøy har vi observert og hørt om eldre pensjonister som tar i bruk byens kafeer, kjøpesentra og butikker. Det finnes vennegrupper som går sin faste spasertur og avslutter med en kaffe på sitt faste stambord, pensjonerte «gubber» som treffes daglig på en brun kafe, venninner som skeier ut med rekesmørbrød på Grand Hotell. Sett i lys av diskusjonen i forrige avsnitt kan vi si at kafeene er «nøytral grunn». Noen ganger fungerer disse stedene nærmest som selvorganiserte «dagsentra» som gir tilknytning og samvær som er av stor betydning for dem som møtes. En av informantene fra Karmøy fortalte om sin egen gamle far – om hvor lettet han ble da de hadde ordnet det slik at hjemmesykepleien foretok et «ringetilsyn» i stedet for et hjemmebesøk. Dette gjorde at han slapp å gå glipp av dagens høydepunkt – «treffene» på den lokale Coop-kafeen.

Lokale kafeer som fungerer som faste møtesteder for pensjonister finnes «overalt». En av de næringsdrivende som deltok i refleksjonsgruppe fra Karmøy mente at folk kanskje ikke alltid tenker på at de som driver stedene gjør en sosial innsats for andre. Han brukte en bestemt navngitt kafe i området som eksempel:

Du snakker om at folk har rutine på ting. Her dukker de samme menneskene opp hver dag. Her koster en kaffe 23 kroner og 10 kroner for påfyll. Så tenker de at da sitter vi litt til og tar påfyll – så koster det 53 kroner. Kanskje de kjøper seg en bolle til 12 kroner. Det blir 65 kroner pr dag. Kan skjønne dette ikke er lukrativ butikk. Kan skjønne – han (kafeverten) gjør det ikke bare for penger. Han tjener ingenting på det!

I diskusjonene fra Eigersund kom det også fram flere eksempler på hvordan byrommet hadde vært tatt i bruk på mer ad-hoc basis for å glede eldre. Et populært tiltak hadde vært pensjonist-kino. Det hadde stått tett med rullatorer utenfor kinoen da det ble invitert til visning av «Støv på hjernen» – en populær

film fra deres egen ungdom. Et annet tiltak var å busse eldre fra omsorgs-senteret ned til byens årlige Juleby der de overvar en konsert. Dette hadde vært kjekt. Beboerne hadde snakket om det i lange tider etterpå.

6.4.1 LOKALE ENTREPRENØRER I KOMMUNENS RANDSONE

I løpet av prosjektet ble vi også oppmerksomme på lokale næringsdrivende som – innenfor rammen av sin næringsvirksomhet – hadde etablert spesielle tjenestetilbud skreddersydd for mennesker som har vansker med å bevege seg ut av hjemmet. Det ble nevnt hjemmefrisører, klesbutikker som tillater hjemlån til eldre og dagligvarebutikker som leverer varer på døra. Noen næringsdrivende lå helt i randsonen av kommunens tjenesteapparat. På Karmøy hadde flere bedrifter tjenestetilbud som hadde oppstått i kjølvannet av at kommunen kuttet ned på tjenester som handling og middagsombringning. En av dem var en kafe- og cateringbedrift som, i tillegg til sine ordinære leveranser av mat, hadde tatt initiativ til å levere ferdig middagsmat til eldre. Spesialiteten til bedriften var norsk hjemmelaget tradisjonsmat. Tjenesten var basert på et samarbeid en lokal taxi-bedrift. Tidspunktet for middagsombringning passet som hånd i hanske – det var da eldre vil ha middag og drosjene ofte har dødtid. Konseptet fungerte godt og var ifølge innehaveren ikke stort dyrere enn det tilbudet kommunen tidligere hadde hatt. Han mente det var helt riktig av kommunen å sørge for denne arbeidsdelingen:

La de som *kan* lage mat lage mat –og så kan hjemmesykepleien drive med det de skal. (...) frivillighet må man glemme når det gjelder mat. Frivillighet er bra, men eldre trenger stabilitet og forutsigbarhet når det gjelder mat. Det får du ikke hos frivillige. Her hos meg kommer maten punktlig. Dersom en taxisjåfør blir syk sendes det en erstatning.

Innehaveren fortalte at kundene er trofaste og det vanker mange positive tilbakemeldinger:

Blomster og takk. Og når noen går bort får jeg telefoner fra pårørende som sier at ‘høydepunktet på dagen for mor min var når taxien kom og hun fikk den gode maten’.

Et annet eksempel var en alt-mulig-bedrift fra Eigersund, startet av et ektepar, der kona var en helsefagarbeider, tidligere ansatt i kommunen. Firmaet drev med transport, flyttarbeid, vaktmester- og hagearbeid samt tradisjonelle hjemmehjelpstjenester. En viktig del av motivene for å starte opp var at

helsefagarbeideren så et behov for et fleksibel tjenestetilbud til mennesker med ulike former for funksjonssvikt. Den offentlige hjemmehjelpstjenesten har for mange restriksjoner på hva de kan gjøre. Den private hjemmehjelpen starter hvert oppdrag ved å spørre kunden hva de ønsker å få gjort i dag og tilbyr alt mulig som offentlige hjemmehjelpere ikke gjør lengre: storrengjøring, handling, følgetjenester eller lusing i hagen. Hun hadde hyret kunder gjennom å reklamere på Facebook og gjennom jungeltelegrafan – og ikke minst gjennom mange ansatte i kommunen (mer om dette under).

Den private hjemmehjelpens tjenestetilbud minner mye om en klassisk hjemmehjelpstjeneste – der hjemmehjelpen tilpasser seg både behov og mennesketyper (Vabø 1998). I likhet med de gammeldagse hjemmehjelperne ble hennes rolle oppfattet forskjellig av forskjellige kunder – en gammel enkmann omtalte henne som husholderske og fikk presset bukser og strøket skjorter, en eldre fin frue behandlet henne som hushjelp, mens mange sosialt isolerte eldre tillater nesten ikke at støvsugeren går fordi de aller helst ha henne som selskapsdame. I sistnevnte gruppe var det ofte pårørende som hadde tatt kontakt – gjerne pårørende som bor utenbys og som er glade for tilbakemeldinger om at alt står bra til med mor. Hjemmehjelpen hadde også en del kunder med tyngre problemer – psykiske vansker eller misbruksproblemer. Den private hjemmehjelpstjenesten fortalte at hun fungerer som en sosial tjeneste for mange kunder: *«Du merker at mange er ute etter en å prate med. Mange kunne nok ønske seg at vi satt ned og pratet lenger. Men det kan de jo ikke betale for»*.

De næringsdrivende som leverte mat og dagligvarer på døra hadde naturlig nok kortere møter med sine kunder. Men med fast personale som sto for leveringene bidro også deres virksomhet til en form for sosial kontakt. En dagligvarehandler som ukentlig kjører hjem matvarer til eldre fortalte at det stort sett dreier seg om å plassere varene innenfor døra og å være behjelpelig med å få kjølevarer inn i kjøleskapet. Noen av de faste kundene er særlig glad i å prate – en gammel mann som drøser om favorittlaget i fotball, en gammel dame som stadig nøder med en kopp kaffe og en prat. En gang i blant ble han spurt om å gi en håndsrekning:

Det er nesten ingen som tror det når jeg sier hva jeg har gjort. Det er ikke den ting jeg ikke har gjort – vannet blomster, skiftet lyspærer, oljet dører. Ja, det var til og med en som ville ha hjelp til å skifter bleie. Men da sa jeg, nei takk! Da ba jeg ham ringe hjemmetjenesten.

Innehaveren av cafe- og cateringbedriften sa:

Vi må jo levere maten raskt. Maten skal komme punktlig. Men det blir alltid tid til en god kommentar (...) Og så ringer jo kundene hit når de vil ha noe ekstra – noen bestiller ekstra middager når de skal ha familien på besøk. (...) Og så har jeg en kar som er ensom. Når jeg kjører nordover om søndagene med mat stikker jeg alltid innom ham med fire kakestykker. Jeg blir 10 minutter. Det skal ikke mer til.

I tillegg til de korte sosiale møtene med en god kommentar på lur, bidro tjenesten indirekte til at eldre opprettholdt et sosialt liv. Når det nærmest seg søndag kunne noen ringe og si «*Kan vi få dobbelt opp med middag i dag? Sønnen og svigerdatteren kommer på besøk*». Ellers hendte det at hele familien med barn og barnebarn troppet opp i kafeen. Søndagen var en populær dag: «*Vi har alltid dronning Mauds dessert om søndagen*».

6.4.2 ØKONOMI, MARKEDSFØRING OG SAMARBEID MED KOMMUNEN

Felles for de næringsdrivende som drev spesialtjenester overfor mennesker med nedsatt funksjon, var at de i liten grad anså tjenestene som særlig inntektsbringende. Dagligvarehandleren – som i flere år hadde kjørt ut varer til bedrifter, skoler og barnehager – var blitt kontaktet av hjemmetjenesten på stedet med forespørsel om han kunne levere til eldre i nærmiljøet. Han hadde fått til en avtale som gjorde det mulig å levere varer til adresser som var i nærheten av hans hovedkunder. Han hadde stilt som betingelse at det var mulig å få det til på bestemte dager og tider da han likevel var i området. Han gjorde en avtale om at hjemmehjelperne skulle samle inn handlelistene og sende bestillingen på mail. Det handlet om å få til noe som passet «innimellom» i det daglige: «*Vi tar 80 kroner for det og det må vi nesten: varer skal plukkes og pakkes og kjøres*».

Både den private hjemmehjelpen og innehaveren av cateringbedriften beskrev tjenestene til eldre som en ulønnsom bit av sin virksomhet. For cateringbedriften var det større selskapsarrangementer som var inntektskilden og for alt-mulig-bedriften i Eigersund de større oppdragene for bedrifter (flytteoppdrag, hovedrengjøring og så videre). De to gründerne hadde til felles at deres virksomheter var relativt nystartet. De drev sammen med ektefellen og så på arbeidet som et felles livsprosjektet der grensen mellom arbeid og fritid ikke eksisterte. De var gründerne som nærmest hadde bygget «frivillighet» inn i sin egen forretningsvirksomhet. Innehaveren av cateringbedriften fortalte:

Jeg tjener ikke mye penger på denne biten. Kan skjønne jeg gjør ikke det. Jeg tjener penger på bedriften, men det er fordi jeg og kona mi jobber lange dager. (...) Men jeg får jo så mye annet igjen. Der er klart at det å kunne gjøre en forskjell i andre menneskers liv det er den største gleden du kan ha.

Innehaveren av cateringbedriften mente at hans virksomhet var en vinn-vinn-bedrift for flere: Han sørget for jobb til taxiene på et tidspunkt da de ofte hadde dødtid, og han sørget for at mennesker med innvandrerbakgrunn fikk arbeid. Han hadde elleve deltidsansatte asiater i arbeid, som var svært takknemlige for jobben.

Helsefagarbeideren som drev med hjemmehjelp omtalte seg selv som en blanding av næringsdrivende og sosialarbeider. Hun fortalte om en krevende oppstart. Hun gikk etablererkurs for å få alt riktig på plass – regnskapsføring, HMS og kurs i renhold. Hun hadde brent seg på å ta oppdrag hos mennesker med psykiske helseutfordringer – skjønt det var noen av disse hun aller helst ønsket å hjelpe. Problemet var at noen av dem ikke kunne betale for tjenesten de hadde bestilt – de hadde ikke penger. Hun nevnte som eksempel at hun hadde fått i oppdrag å vaske ut av en kommunal bolig. Det skulle klargjøres slik at kommunen kunne bruke boligen til nye som trengte det. Da jobben var gjort viste det seg at den som flyttet ut ikke kunne betale regningen – hun gråt og var lei seg:

Da føler du deg litt sånn mellom barken og veden. Hvem skal betale?
Da får jeg høre at du må ikke ta disse kundene. Hva skal jeg si... du blir litt næringsdrivende og litt helsefagarbeider og jeg havner ofte opp som helsefagarbeider.

Spørsmålet om kundegrupper og betalingsvilje ble diskutert ivrig i begge samtalegruppene. Mange pekte på den eldre generasjonen er lite villige til å betale for tjenester. De er ikke vant til det slik som yngre er – yngre mennesker i dag har jo vaskehjelper og mat levert på døra. Ut fra vissheten om denne innstillingen hos mange eldre hadde de to gründerne lagt seg på et lavt prisnivå – tett opp til nivået kommunen tok som egenbetaling for tilsvarende tjenester. Helsefagarbeideren, som fortalte at bedriften slet økonomisk, innså at hun nok etter hvert måtte skru opp prisen dersom det skulle være bærekraftig over tid. Hun mente, med samtykke fra de øvrige deltakerne i gruppen, at det var noe med Eigersundere – de er ikke helt der enda at de skal kjøpe tjenester. Som

nevnt over sa deltakerne i gruppen fra Karmøy noe av det samme – Karmøybuene er ikke helt der enda de heller.

De næringsdrivende som leverte tjenester til kommunens brukergrupper hadde i større eller mindre grad fått drahjelp og støtte fra kommunen. Helsefagarbeideren fortalte at hun opplevde kommunens drahjelp som svært viktig – et godt supplement til reklame på Facebook. «*De kjenner meg jo og jeg kjenner jo folk i alle sonene. De deler ut brosjyrer til alle nye brukere og så ringer de meg opp: 'hei, nå trenger vi flere brosjyrer'*». I tillegg visste hun at flere av de ansatte hadde skrytt av tjenesten og lagt vekt på at kommunen jo har så mange restriksjoner på hva de kan gjøre og ikke gjøre. Hun hørte fra kunder at ansatte hadde fortalt at den private hjemmehjelpen kan gjøre alt mulig.

De to bedriftene fra Karmøy hadde litt ulik erfaring. Dagligvarehandleren var blitt kontaktet av en bestemt sone av hjemmetjenesten og hadde kommet fram til en avtale om hvordan innkjøp kunne koordineres. Han hadde etter hvert fått noen nye henvendelser fra personer som hadde hørt om ham gjennom jungeltelegrafan, men han visste ikke hvor mye hjemmetjenesten gjør for å informere nye brukere om tjenesten. Innehaveren av cateringbedriften hadde blitt oppringt av ordføreren i etterkant av at kommunen hadde lagt ned tjenesten med matombringing. Han tok utfordringen, men understreket at det ikke var helt enkelt å starte opp:

Da prøvde vi å få ut listene fra kommunen, men det fikk vi ikke på grunn av taushet og alle de greiene. Hadde jeg hatt listene og kunne sende brev til alle ville det vært mye enklere.

Tilbudet om middag på døra ble gjort kjent gjennom lokalpressen og gjennom brosjyrer som skulle deles ut til hjemmeboende eldre. Han hadde brukt 6000 kroner på brosjyrer, men han tvilte på at kommunen faktisk delte dem ut. Informanten fra bestillekontoret i kommunen blir det bedyret at de alltid opplyser nye brukere om hvilke tilbud som finnes i lokalsamfunnet. Men hun tilføyde at det å nå fram til den enkelte nok også krever at det er flere som «framsnakker» tilbudet. Innehaveren av cateringbedriften holdt fast ved at kommunen hadde en inkonsistent praksis. Når kolonialhandleren kunne utveksle handlelister, hvorfor kunne ikke han dele ut menyene? Hadde det vært et system der kommunen delte ut menyene hver uke, kunne han glatt ha doblet leveringene.

6.5 Oppsummering og diskusjon

Med ambisjoner om å tilrettelegge for at alle hjemmeboende eldre får en aktiv og meningsfylt hverdag har våre to kommuner innsett at de i økende grad bør satse på løsninger som skapes sammen med frivillige og lokale næringsdrivende. Selv om samskaping er et nytt ord og en ny form for velferdspolitisk strategi, er det langt fra et nytt fenomen. I dette kapitlet har vi vist til en rekke eksempler fra Eigersund og Karmøy som vitner om at det allerede eksisterer tilbud der kommunen og aktører fra sivilsamfunn og næringsliv på ulike måter samordner sin innsats. Eksemplene viser at kommunen kan spille en mer eller mindre aktivt inviterende og styrende rolle. I det ene ytterpunktet kan vi plassere tiltak der kommunen har en klar vertskapsrolle og der frivillige inviteres inn for å utføre oppgaver. I det andre ytterpunktet finner vi tilbud utformet og drevet av lokale frivillige/næringsdrivende og der kommunen spiller en tilbaketrukket, men støttende rolle. Hensikten her har vært å få fram synspunkter fra personer som har erfaringer med slike randsonetiltak.

Når det gjelder initiativ der kommunen spiller en aktiv inviterende rolle synes potensialet å være størst der initiativet kan sies å ha karakter av å være *likeverdig samskaping*, det vil si frivillige inviteres til å bidra til å finne løsninger på en generell problematikk (Ulrich 2016). Ordningen med frivilligteam i Eigersund kommune er et godt eksempel på denne formen for samskaping. Teamet ble en arena der personal og frivillige kunne komme med forslag og åpent diskutere ulike tiltak for å øke trivsel i omsorgssenteret. Dreier det seg derimot om former for samskaping der kommunen i større grad hadde forhåndsdefinert oppgaver, hadde våre informanter langt flere innvendinger. Selv om det finnes frivillige som av rent overskudd og lyst utfører tjenester av typen matombringning, er det vanskelig å *regne med* at frivillige kan påta seg denne type regulære tjenester på stabil, forpliktende basis. Det er alltid en fare for at frivillige forhindres fra å stille opp.

Også oppgaver som handlet om å bistå kommunens brukere med gå-trening, snakketrening eller sosialt samvær ble problematisert. Noen kunne føle et tyngende ansvar i møte med mennesker som hadde alvorlige somatiske og psykiske helseutfordringer. Noen hadde opplevd at denne typen «oppdrag» bar preg av å være drevet fram av fagfolks profesjonelle mål snarere enn av pasientens egne ønsker. I likhet med personalet fra hjemmetjenesten, pekte frivillige på at enkelte eldre pasienter yter motstand mot sosiale hjelpetiltak.

De ønsker ikke å bli synliggjort og stemplet som «*en hjelpeløs*» eller som «*en av de ensomme eldre*» som trenger erstatning for sosialt liv.

Motstand mot å ta imot hjelp fra frivillige ble til dels forklart som betinget av de eldres «indre» egenskaper – deres stahet, stolthet og fordommer mot andre eldre. I en samtalegruppe fra Eigersund dreide imidlertid forklaringen også inn mot karakteristika ved frivilliges bidrag som kunne tenkes å bryte med eldres oppegående identitet. Det kunne være aktivitetstilbud som var lokalisert i kommunale sykehjemsbygg eller rene sosiale tiltak (besøksvenn) som kunne gi assosiasjoner til medlidenhetshjelp. I kontrast til disse tiltakene viste informantene til ulike former for sosial kontakt som *ikke* hadde denne typen stigma knyttet til seg. Det dreide seg i stor grad om arrangementer og tiltak initiert og formet av frivillige og næringsdrivende med kommunen i en tilbaketrukket, men støttende rolle. Ulrich (2016) omtaler dette som fasiliterende samskaping. Eksempel: En middagssammenkomst betalt av de eldre selv, tilrettelagt av frivillige i lokaler eid av et privat borettslag og mat levert fra en lokal cateringbedrift. Det var samvær på «*nøytral grunn*» langt fra kommunens omsorgslokaler. Andre eksempler på nøytrale ytelser var ulike former for praktiske tjenester som kan kjøpes for penger (utenfor kommunens kjerneytelser). Slike ytelser kan tjene en dobbelt funksjon. De bidrar til velvære i form av god mat, rent hus eller stelt hår samtidig som de representerer et sosialt kontaktpunkt som ikke har karakter av å være medlidenhetshjelp.

I de to kommunene fant vi spredte eksempler på at lokale næringsdrivende hadde skapt nisjetjenester tilpasset hjemmeboende med nedsatt funksjon – levering av dagligvarer, middagsombringing, hjemmefrisør og tilbud om husholdsnære tjenester. Kommunene hadde ikke eierskap til tjenestene, men understøttet dem i større eller mindre grad, for eksempel ved å dele ut brosjyrer eller ved å mer aktivt bistå brukere med å bestille varer og å koordinere handlelister for ulike brukere. Hvorvidt og hvordan lokale tjenesteyterne ble understøttet syntes imidlertid å være vilkårlig og personavhengig. Det var enkeltindividers foretaksomhet og personlige bekjentskaper snarere enn kommunens etablerte rutiner for samskaping som var avgjørende for om tiltaket ble understøttet.

Næringsdrivende representerer en potensielt mer forutsigbar ressurs enn frivillige. Imidlertid vil de være avhengig av en viss økonomisk bærekraft. De må ha et kundegrunnlag av en viss størrelse eller et kundegrunnlag som «*passer*» med bedriftens kapasitet og øvrige rutiner – for eksempel med den

etablerte kjøreruten som kjøpmannen kjører uansett. I den grad kommunen og/eller frivillige ønsker å understøtte deres tjenester ved å gjøre dem tilgjengelige for eldre med funksjonssvikt, kan det noen ganger gjøres ved enkle små grep som å konkretisere og forklare hva slags tilbud som faktisk finnes –dele ut ukemenyer som frister med dronning Mauds dessert hver søndag, oppmuntre brukeren til å prøve noen dager osv. Dette forutsetter med andre ord at førstelinjeledere og ansatte i større grad utvikler et blikk for hva som skaper gode dager for eldre.

Ut fra erfaringer og synspunkter som er brakt fram i våre intervjuer og samtalegrupper synes det åpenbart at kommuner som ønsker å satse på samskaping trenger innsikt i hva slags interesser og ambisjoner som driver mennesker til å gjøre en innsats. Dersom man vil ha frivillighetens potensiale må man akseptere dens mangfoldighet og ustabilitet (La Cour 2016). Og dersom man ønsker å utnytte næringsdrivendes innovative potensial må man respektere at dette forutsetter økonomisk bærekraft. Begge deler forutsetter en fleksibel og pragmatisk tilpasning til det engasjement som byr seg.

Men hvordan skjer en slik tilpasning i praksis? Hva kan gjøres for å skape arenaer som kan stimulerer til at ulike parter søker å forene sine ressurser og ideer omkring et felles formål? Ifølge Sørensen & Torfing (2012) kan det å sammenkalle parter med henblikk på å samarbeide være vanskelig å få til i praksis. Motvilje mot å la seg mobilisere til frivillig samarbeid kan bunne i skepsis på grunn av dårlige erfaringer (eller fordommer), manglende tradisjon for samhandling eller travelhet og mangel på tid til å delta (Ansell & Gash 2008). Noen vil la seg skremme av for mye formalisme. La Cour ser med skepsis på at ambisjonene på vegne av frivilligheten fører til at det utvikles incentiver, regler og avtaleformer som skal strømlinjeforme frivilligheten inn i former tilpasset det offentlige styringsapparatet. Guriby (2016), som har undersøkt Arendal kommunes storstilte alliansebygging med en hel rekke frivillige organisasjoner, advarer mot at for stor vekt legges på *det organisatoriske* systemnivå, slik at den enkelte «frivillige» innbygger blir oversett.

Det er vanskelig å tenke seg at samskaping kan finne sted uten at parter på en eller annen måte enes om at de jobber mot et felles formål. I sin gjennomgang av en rekke case studier finner Ansell & Gash (2008) at dette synes å være enklest å få til gjennom konkret samarbeid der en relativt enkelt kan se fordeler av å samarbeide. Ifølge forfatterne kan slike «små seiere» være viktige i en mer overordnede tillitsbyggende prosesser. Fuglsang og Sørensen (2010)

er inne på noe av det samme i sin diskusjon omkring innovasjonsbegrepet. Innovasjon blir i ifølge forfatterne ofte forstått og tenkt på som en form for bevisst utvikling og iverksetting av nye tjenester. Imidlertid forekommer det også improviseringer – «bricolage» – som i etterkant kan betraktes som innovasjoner. Det er løsninger som utvikles innenfor små autonome grupper (som for eksempel i hjemmetjenesten). Utviklingen skjer som regel i det skjulte, ofte utenfor organisasjoners formelle innovasjonsprosesser. Forfatterne foreslår at det er mulig, gitt at fleksibiliteten og gruppeautonomien bevares, å koble denne usynlige innovasjonsvirksomheten tettere til formelle innovasjonsstrategier.

I lys av dette perspektivet er det nærliggende å foreslå at kommuner som ønsker utvikle løsninger som baseres på samskaping med aktører fra lokalsamfunnet starter med å gjøre seg kjent med de improviserte praktiske løsningene som allerede finnes. Et neste skritt blir å undersøke hva som må til for at løsningen kan videreutvikles eller få en større utbredelse.

7 Sluttbetraktninger

Denne rapporten har handlet om hverdagsrehabilitering – et nytt tjenestetilbud og en ny omsorgsideologi som dreier oppmerksomheten bort fra et ensidig fokus på symptomer og sykdom over mot pasienters egne mestringsressurser og muligheter. Hverdagsrehabilitering sees på som et perspektivskifte i omsorgssektoren, ikke bare når det gjelder arbeidsform og tankesett blant personalet, men også når det gjelder synet på hva som er mest bærekraftig og kostnadseffektivt på sikt. Konseptet åpner opp for økt ressursutnyttelse og kapasitetsbygging gjennom å vektlegge samarbeid med brukere og pårørende, samarbeid på tvers av fagfelt og samarbeid på tvers av sektorer. Dermed ansees det for å være en viktig drivkraft bak en ny offentlig styringstrend, New Public Governance (NPG), som nettopp handler om at løsninger i større grad bør samskapes (Torfing mfl. 2016, Røstgaard & Graff 2016).

Ideen om hverdagsrehabilitering er blitt en populær idé med stor spredningskraft. Den internasjonale forskningen på feltet viser imidlertid at det dreier seg om en generell og åpen idé som kan fortolkes og oversettes til praksis på ulike måter, og som derfor er vanskelig å utforske ved hjelp av en «gullstandard» (Legg m.fl. 2016, Pettersson & Iwarsson 2017). Selv om det etter hvert finnes en god del forskning omkring hverdagsrehabilitering, er kunnskapen usikker, simpelthen fordi det er uklart hvorvidt de ulike studiene viser til praksiser som er sammenlignbare. Dette tilsier at det er behov for forskning som i større grad kan bidra til å nyansere og klargjøre hva som skjuler seg bak begrepet.

I prosjektet som ligger til grunn for denne rapporten var det en viktig del av hensikten å undersøke hvordan ideen om hverdagsrehabilitering blir oversatt til praksis innenfor rammen av ulike lokale kontekster. Prosjektet la opp til at forskere skulle følge implementering av hverdagsrehabilitering i to kommuner som hadde ulik forvaltningsstruktur og tjenesteorganisering og som samtidig var preget av ulike økonomiske innstrammingskrav. I tillegg til å følge de to kommunene fra sidelinjen, åpnet prosjektet opp for at forskere og praktikere sammen skulle bidra til kritisk refleksjon omkring ulike utfordringer som følger med hverdagsrehabilitering. I dette siste kapitlet følger en kort oppsummering og kommentar både til beskrivelsene av de ulike veivalgene de to kommunene foretok og til de refleksjonene og diskusjonene som oppsto i møtet mellom forskere og praktikere.

7.1 Hverdagsrehabilitering preges av tidligere utviklingsspor

Ettersom hverdagsrehabilitering gjerne assosieres med en styringsideologis dreining (mot NPG) har det vært nærliggende for oss å undersøke hvorvidt konseptet i praksis blir sett som en del av en endring av kommunens forvaltningsstruktur. Ved å sammenligne omstillingsprosessene i kommuner som var underlagt ulike økonomiske og administrative føringer, har vi sett at omstillingen ikke nødvendigvis innbefatter en omfattende strukturendring. Tvert om fant vi at oversettelsen fra idé til praksis i stor grad ble preget av de strukturene og styringsideene som allerede var etablert.

Eigersund kommune hadde i utgangspunktet en klassisk velferdsbyråkratisk organisasjonsform der ansvaret for tildeling og utførelse av tjenester lå på samme nivå. Da prosjektet startet hadde kommunen et relativt høyt ressursforbruk i helse- og omsorgstjenesten og begrunnet ønsket om å investere i hverdagsrehabilitering med at dette kunne bidra til å gjøre tjenestene mer kostnadseffektive på sikt. Ut fra denne tanken ble det etablert et selvstendig tverrfaglig team for hverdagsrehabilitering bestående av en ergoterapeut, en sykepleier, en fysioterapeut og en helsefagarbeider. Teamet skulle fungere som en spydspiss i en omstilling der hele tjenesteapparatet skulle gjøres mer proaktivt og forebyggende. Teamet hadde det formelle tildelingsansvaret, men fikk drahjelp av fagfolk fra ulike tjenester (en ressursgruppe) som skulle bidra gjennom å «fange opp» og henvise kandidater som kunne tenkes å gjenvinne eller opprettholde sin funksjonsevne ved hjelp av hverdagsrehabilitering. At teamet fikk denne drahjelpen innebar at kompetanse fra en rekke ulike disipliner og tjenestefelt ble mobilisert – fra rehabiliteringsavdelingen, fra ulike soner av hjemmetjenesten, den psykiatriske mestringsenheten og dagsenteret.

Karmøy kommune hadde en delt forvaltningsstruktur (bestiller-utfører) hvilket innebar at ansvaret for tildeling av tjenester var atskilt fra driften og lagt til en sentralisert bestillerenhet. Ved prosjektoppstart var kommunen inne i en innsparingsprosess som baserte seg på at ressurser skulle forbeholdes «de som trenger det mest». Beslutningen om å iverksette hverdagsrehabilitering berørte hverken bestiller-utfører organisasjonen eller den etablerte innsparingsstrategien. Hverdagsrehabilitering skulle, på linje med andre tjenestetilbud, forbeholdes personer som etter loven hadde behov for nødvendig helsehjelp. Omstillingen til hverdagsrehabilitering handlet først og fremst om å endre arbeidsformen og tankesettet hos fagfolk i hjemmetjenestens utførerledd. Hjemmetjenesten ble «forsterket» av en fysio- og en ergoterapeut

som bisto ansatte i arbeidet med det nye rehabiliteringstilbudet. Vurderinger om hvem som var egnede kandidater for tjenesten ble foretatt av fagfolk ved bestillerenheten – etter hvert i et samarbeid med fagfolk fra hjemmetjenesten.

At ideen om hverdagsrehabilitering i utgangspunktet ble oversatt så forskjellig i de to kommunene fikk betydning for hvor mange mennesker som fikk tilbud om tjenesten. Eigersund, som la til grunn at hverdagsrehabilitering skulle fungere forebyggende, fikk logisk nok flere kandidater enn Karmøy som holdt fast i en restriktiv tildelingspraksis. At Eigersund mobiliserte så mange ulike fagfolk i arbeidet med å få henvist kandidater, innebar dessuten at de fikk prøve ut arbeidsformen på en bredere pasientgruppe. I praksis betydde dette at de anså hverdagsrehabilitering, ikke kun som et opptreningstilbud for pasienter med somatiske utfordringer. Det kunne også dreie seg om ren psykosial rehabilitering.

Begge kommunene hadde i utgangspunktet lagt opp til at tankesettet bak hverdagsrehabilitering skulle gjennomsyre hele den ordinære hjemmetjenesten. Dette var et særlig tydelig mål i Karmøy kommune og en viktig begrunnelse for den integrerte modellen. Hensikten var å sikre at brukere av hjemmetjenesten fikk et mest mulig aktivt og selvstendig liv. I praksis dreide dette seg først og fremst om å tilrettelegge for at pasienter ble mest mulig selvstendig i utførelsen av hverdagslige oppgaver. Typiske eksempler på tilrettelegging var opplæring til egenomsorg og bruk av hjelpemidler. I Eigersund der tildelingsansvaret lå hos den enheten som utførte tjenester, ble fagfolk med ansvar for tildeling dessuten inspirert av kartleggingsrutiner for hverdagsrehabilitering som la opp til å utforme hjelpetilbud med utgangspunkt i «det som er viktig for pasienten.»

7.2 Men preges samtidig av et krysspress

Selv om det synes åpenbart at hverdagsrehabilitering ble preget av de ulike utviklingssporene kommunene befant seg i, er det viktig å understreke at disse sporene ikke er fullstendig fastlåste. Begge kommunene foretok justeringer i løpet av prosjektperioden som dreide utviklingen i nye retninger. I Karmøy kommune ble tildelingsrutinene «myket opp» og tillempet slik at fagfolk fra hjemmetjenesten i større grad ble involvert i arbeidet med å vurdere hvem som kunne ha utbytte av hverdagsrehabilitering. I Eigersund kom det mot slutten av prosjektperioden et signal fra ledelsen om at det er nødvendig å få bukt med

et overforbruk i omsorgstjenestene. Det ble blant annet fremmet forslag om å etablere en egen tildelingsenhet for å få bedre kontroll over tildelingspraksisen.

Kursjusteringene underveis vitner om at kommunene stilles overfor mange og til dels motstridende styringskrav (se Vabø 2014): En satsning på hverdagsrehabilitering kan være drevet av et håp om at intensiv rehabilitering vil lønne seg på sikt, men satsningen utelukker ikke at kommunen samtidig underlegges mer kortsiktige innsparingskrav. Hverdagsrehabilitering kan bidra til en fleksibel tilpasning til enkeltmenneskers livssituasjon, men utelukker ikke at kommunen samtidig er bundet av krav om å operere med forutsigbare kriterier som sikrer borgerne mot vilkårlig behandling.

At kommuner vakler mellom motstridende verdier og krav er ikke noe nytt. Kommuner er alltid bundet til å balansere mellom krav om holde budsjett-rammer, krav om å følge faste regler og krav om å respondere fleksibelt på menneskelige problemer. Spørsmålet om *hvordan* balanseringen best kan foregå bør være en del av alle former for kommunalt utviklingsarbeid (Vabø og Vabo 2014). For den videre utviklingen av hverdagsrehabilitering er det viktig å holde levende en diskusjon om hvordan forebygging og rehabilitering best kan balanseres mot kravet om å sikre en god tjeneste til de skrøpeligste eldre som vanskelig kan sies å ha et potensial for å gjenvinne funksjon. Med knappe ressurser og krav om rettferdig behandling er det også viktig å holde levende en diskusjon om hvordan ulike rettferdighetsbetraktninger bør balanseres. Hvordan skal formaliserte vurderinger basert på nøytrale opplysninger om diagnose og funksjonsnivå balanseres mot «nærsynte vurderinger» av enkeltmenneskers muligheter for å klare seg i hverdagen?

7.3 Nye krav til samarbeid – nye utfordringer

Ideen om hverdagsrehabilitering bygger på et holistisk menneskesyn. Dette betyr at personalet som møter brukerne ansikt-til-ansikt ikke bare skal jobbe med utgangspunkt i informasjon om deres lidelser og plager. De skal ideelt sett ta i betraktning hele deres livssituasjon.

Idealet er ikke nytt for fagfolk i pleie- og omsorgssektoren. Imidlertid er det et ideal som har kommet under sterkt press i takt med at kommunene har fått stadig flere lovpålagte oppgaver som skal innenfor rammen av knappe økonomiske rammer. En måte å avgrense det offentlige ansvaret på har vært å forhåndsdefinere tjenester gjennom bruk av service erklæringer og kvalitetsstandarder. Tjenesten er blitt fragmentert og avgrenset ettersom en rekke

sosiale og praktiske oppgaver er blitt definert ut av hjemmetjenestens ansvarsområde (Vabø & Szebehely 2012). Med hverdagsrehabilitering er det underforstått at fagfolk igjen skal ha oppmerksomheten rettet mot alle sider ved brukerens praktiske og sosiale liv. Imidlertid betyr det ikke at de skal *overta* ansvaret for disse oppgavene. Hverdagsrehabilitering handler om å bidra til å finne løsninger *sammen med* brukeren selv, med deres pårørende og med andre aktører i lokalsamfunnet. Hverdagsrehabilitering forutsetter med andre ord at tjenesteapparatet blir mer «utadvendt» og orientert mot å kommunikasjon og samarbeid.

Hvordan oppleves disse utfordringene i praksis? Hvordan klarer kommunene å omstille seg fra å ha vært orientert mot å avgrense service tilbudet sitt til å skulle bidra til at brukere, familier og andre aktører i lokalsamfunnet samarbeider om å finne løsninger. I dette prosjektet har vi utforsket deler av dette er store spørsmål i samarbeid med ulike berørte aktører og har på dette grunnlaget pekt på ulike utfordringer:

7.3.1 UTFORDRING Å KOMBINERE MÅLING OG GOD BRUKERDIALOG

En av utfordringene vi har pekt på er knyttet til bruken av formelle kartleggings- og måleredskaper i hverdagsrehabilitering. HVR-teamet i Eigersund var enige om at et hensiktsmessig arbeidsredskap måtte utformes på en måte som mobiliserte brukeren til å samarbeide om målene for rehabiliteringen. Både tidligere forskning (Glendinning et al 2012, Newton 2012) og deres egne erfaringer tilsa at sjansene for vellykket rehabilitering vil øke dersom de fikk brukeren til å fortelle om hva slags hverdagslige aktiviteter de anså som viktig å holde fast ved. Kontakten og samarbeidet burde etableres allerede ved første kartleggingsmøte.

HVR-teamet drøftet og prøvde ut en rekke etablerte relevante redskaper og fant ingen som i tilstrekkelig grad åpnet opp for brukernes egne fortellinger. Basert på elementer av etablerte kartleggingsredskaper og egne erfaringer og «huskelister», lyktes de med å utvikle et *kartleggingsverktøy* som alle fagfolkene i teamet opplevde som strukturerende og samtidig inviterende til en naturlig samtale med brukeren. Imidlertid opplevde de det som vanskelig å utvikle gode metoder for å måle hvorvidt brukerne oppnådde det som var viktig for dem. Mange eldre strevde så mye med å tallfeste sine erfaringer at personalet nærmest måtte legge tall i munnen på dem. I noen (ikke i alle) situasjoner kunne målingene virke avstandsskapende og hemmende på dialogen.

Vanskene som knytter seg til det å måle hvorvidt brukeren finner tilbake til en aktiv og meningsfylt hverdag, gjør det er nærliggende å legge større vekt på faglig definerte effektmål knyttet til pasientens funksjonsnivå. Slike mål – for eksempel måling av styrke og balanse – kan gi en indikasjon på om rehabiliteringen har hatt effekt på pasientens funksjonsevne, men vil ikke si noe om hvordan kvaliteten på hverdagen har endret seg. Vi ser det som en utfordring for den videre utviklingen av hverdagsrehabilitering å unngå at det blir det som lettest kan telles og måles blir det eneste suksessmål. Det er med andre ord grunn til å minne om at det ultimate målet for rehabiliteringen ikke er å øke muskelstyrken i seg selv, men å øke muligheten for å leve et aktiv og meningsfylt liv i eget hjem og nærmiljø.

7.3.2. UTFORDRINGER NÅR HVERDAGSREHABILITERING SKAL BLI ET TENKESETT OVERFOR ET BREDERE UTVALG AV PASIENTER

En annen utfordring vi kom på sporet av var relatert til ideen om å gjøre tenkingen bak hverdagsrehabilitering til en grunnholdning i den ordinære hjemmetjenesten. For pleierne i hjemmetjenesten handlet tankesettet bak hverdagsrehabilitering om å være mer spørrende og granskende i møtet med nye pasienter med henblikk på å avdekke hvilke ressurser og muligheter de hadde for å holde fast sin tilvante hverdag. Faglig påfyll fra terapeuter samt revitalisering av egen fagkunnskap hadde gitt dem nye arbeidsredskaper for å understøtte pasienters selvhjelpenhet. De fikk også mer bruk for sine personlige sosiale ferdigheter i arbeidet med å motivere pasienter til å ta i bruk egne krefter. På samme tid møtte de nye etiske utfordringer: De skulle både unngå å overta oppgaver og gi «passiviserende» hjelp, og på samme tid unngå å presse pasienten til å ta i bruk krefter de ikke hadde. Den etiske balansegangen ble vanskelig under tidspress. Når tiden ikke strakk til var det lett å «overta» oppgaver og «gjøre for». Tidsknapphet betydde også at de møtte «overse» behov for oppmuntring og støtte de tenkte kunne virke igangsettende. Erfaringer fra egen arbeidshverdag fikk dem til å problematisere uttrykket: «å jobbe med hendene på ryggen». Overfor mange skrøpelige eldre kjentes det mer fruktbart «å gjøre sammen med» – å utfordre forsiktig for å vedlikeholde deres funksjonsnivå samtidig som en gir støtte og trygghet.

Pleierne opplevde at muligheten for å jobbe hverdagsrehabiliterende var enklest overfor pasienter som hadde hatt et aktivt liv (før funksjonsfallet) som de gjerne vil tilbake til. Å jobbe ut fra disse prinsippene overfor personer som

var passivisert som følge av isolasjon og ensomhet, var langt vanskeligere, dels fordi det å avhjelpe psykososiale problemer ble regnet for å ligge utenfor hjemmetjenestens ansvarsområde. Det sto ikke på deres arbeidslister, men ble av enkelte omtalt som hemmelige tjenester.

Vi mener det hverdagsrehabiliterende tankesettet har et potensial for å utvides og videreutvikles slik at det i større grad tar i betraktning muligheten for å avhjelpe psykososiale problemer. Vi slutter oss til Wahl-Brinch (2016) som peker på at dette vil kreve et kvalifisert samspill med sivilsamfunnet: Med dette mener hun at det ikke er tilstrekkelig at kommunene definerer bort sitt eget ansvar og *overlater* det til frivillige. Hjemmetjenesten må medvirke aktivt gjennom å identifisere problemer, bygge tillit, sondere hvilke sosiale tiltak som kan passe for den enkelte og deretter gi fungere som motivator og brobygger.

7.3.3 UTFORDRINGER Å SAMARBEIDE OM OPPGAVER I KOMMUNENS RANDSONE

En siste utfordring var knyttet til spørsmålet om hvordan kommuner kan understøtte lokale aktører som ønsker å bidra til at eldre med nedsatt funksjon får en bedre hverdag. Spørsmålet ble diskutert med kommunalt ansatte, frivillige og lokale servicebedrifter – alle med erfaring knyttet til det å gjøre en ekstra innsats for eldre. I tråd med annen forskning (eks Guriby 2016) var det bred enighet om at det å «sette bort» forhåndsdefinerte oppgaver til frivillige kan være vanskelig å realisere. Om en skal ha frivillighetens engasjement må en akseptere dens ustabilitet og begrensninger. Potensialet for å få til et fruktbart samarbeid er størst dersom de lokale aktører inviteres inn på egne premisser til å bidra med egen skaperkraft. Dette krever ledere og koordinatorene som har mulighet og evne til å «snu seg raskt» for å utnytt det engasjement som byr seg.

At kommunen lykkes med å mobilisere frivillige til å gjøre en innsats for andre er ikke i seg selv tilstrekkelig. En må også ta i betraktning hvordan eldre selv opplever tiltakets innhold og form. Ifølge våre informanter har mange hjemmeboende eldre i målgruppen vansker med å identifisere seg med sosiale tiltak som er for tydelig rettet mot eldre med nedsatt funksjon. Tiltak av denne typen kan lett bli oppfattet som en form for medlidenhetshjelp. Om hensikten er å bidra til at eldre bevarer sin identitet som selvhjulpne vil det være et poeng for kommuner å understøtte tiltak som i størst mulig grad tar form som t mer almenrettet service og kulturtilbud. Gitt at mange kommuner reduserer sitt tilbud av praktiske og sosiale tjenester ligger det et potensial i å utvikle

samarbeid med lokale servicebedrifter – enten direkte eller indirekte gjennom frivillige. Det finnes spredte eksempler på pragmatiske samarbeidsløsninger som har oppstått som svar på konkrete hverdagslige utfordringer. Vi slutter oss til Fuglsang (2010) som peker på at mange innovasjoner nettopp skjer på denne måten og at kommuner derfor bør jobbe mer systematisk for å utnytte ad-hoc løsninger i sitt mer formelle utviklingsarbeid.

7.4 Veien videre

I prosjektet som ligger til grunn for denne rapporten har vi fulgt omstillingsprosesser som er «underveis». Tanken har aldri vært å evaluere kommunenes oppnådde resultater, men å synliggjøre hvilke veivalg som tas og hvilke utfordringer som oppstår når hverdagsrehabilitering skal oversettes til praksis i konkrete lokale kontekster. Prosjektet har gitt et innblikk i hvordan handlingsrommet for utviklingsarbeidet påvirkes både av strukturer og rammebetingelser og aktørenes kunnskaper og «virkelighetsforståelser». Det er viktig å ta i betraktning at dette handlingsrommet ville ha blitt påvirket annerledes i andre kommuner.

Hverdagsrehabilitering er et konsept som kan defineres og oversettes på ulike måter. Det kan defineres smalt og oversettes til en form for opptrening av fysisk funksjon; eller bredere, slik at rehabiliteringen innbefatter den enkeltes psyko-sosiale velbefinnende. Det kan rettes mot ulike målgrupper og fungerer mer eller mindre forebyggende og det kan involvere et større eller mindre antall samarbeidspartnere. At hverdagsrehabilitering bærer i seg en kime til mange ulike praksiser er ikke et problem i og for seg. Problemet oppstår først dersom man legger til grunn at det dreier seg om en kontekstløs og entydig form for intervensjon som kan evalueres og måles på med utgangspunkt en og samme standard.

I den videre forskningen om hverdagsrehabilitering mener vi det er viktig å være seg bevisst at det er et konsept som ikke har funnet sin endelige form. Forskere og praktikere bør utforske nærmere hvilke muligheter og begrensinger som ligger i ulike tolkninger av ideen. Og, gitt at tolkningene vil farges av kontekstuelle forhold, utfordres de også til å være seg bevisst hvem som har definisjonsmakt og hva slags type interesser og perspektiver som preger oversettelser fra idé til praksis. Er det kortsiktige eller langsiktige økonomiske interesser som teller? Hvilke faglige interesser dominerer – er det først og fremst terapeutenes faglige perspektiver eller trekkes andre fagfolk

aktivt inn? Hvordan fremmes brukernes interesser – hvordan balanseres en formalisert avkryssingspraksis med dialog? Hvilke former for hverdagsrehabilitering tjener hvilke kategorier av brukere? Disse og andre maktkritiske spørsmål er viktige å reise for å sikre at ideen om hverdagsrehabilitering kan bidra til at flest mulig av kommunes eldre kan få en bedre hverdag.

Summary

Population ageing presents governments with the challenge of ensuring healthy ageing and minimizing the cost pressure on public services. The Norwegian government recommends that health and social care should be more proactive and preventative and interdisciplinary expertise should be utilized better, and believes that care quality would benefit from more cooperation between care providers, care recipients, family members and the wider community. As a part of this policy shift, local governments across Norway are setting up reablement services and strive to transform the work practices of home care staff to be more attuned to the ‘philosophy’ of reablement. Reablement is commonly defined as short-term, intensive intervention where home care staff and therapists work in cooperation with the patient towards specific outcomes. The ultimate aim is to re-establish or maintain daily living skills, as well as community participation, for elderly patients, thereby enhancing their physical, emotional and social wellness. Because of its emphasis on recognizing and cultivating the capability of the elderly person to manage their own daily life, there is a widespread belief that reablement will be cost-effective in the long run, despite the relatively high costs of intensive care.

Although there is general agreement about the broad principles of reablement, there are still plenty of different interpretations and specifications of the concept. Like other popular ideas, reablement does not diffuse in a vacuum, but is actively transferred and translated in a social context of other ideas, actors, traditions and institutions. Based on a cross-case analysis, this report explores how the idea of reablement has been translated into practice in two Norwegian municipalities with different administrative structures.

The first municipality, Eigersund, had largely retained a traditional bureau-professional model of organization, in which the responsibility for needs assessment and service allocation was delegated to various service providers. Karmøy had organized services according to principles taken from the NPM agenda. The municipality had implemented a purchaser-provider split and separated the function of needs assessment and allocation from the daily service provision.

At the outset, there was agreement across the two municipalities that the purpose of their efforts was to establish a new reablement service, aimed at

persons living at home who had experienced a significant functional decline. Moreover, the purpose was to ensure that employees in the conventional home care service adopted a particular mindset – that of working to enable older people to be as self-reliant as possible.

However, it soon became apparent that the concept was translated in rather different ways in the two municipalities. The project group representing Eigersund put great stress on the idea of early intervention and the need to prevent and slow down the declining capacity of older people. It was believed that this would be a cost-effective strategy, as it would lower the demands for public care provision in the long run. The project group decided that the reablement service should be organized as an autonomous team of professionals acting as a “spearhead” in the effort to make the whole health and social care system more proactive. A network of professionals from other municipal health and care services (from the local in-patient rehabilitation ward, the out-patient mental health team, the day care centre and four home care units) was encouraged to make sure that people in the target group were referred to the reablement team for a more targeted assessment.

In Karmøy the core aim of the reablement strategy was to change the way in which work was done in home care in order to make the service users as self-reliant as possible. The municipality had already started a process of restricting access to services among people with moderate needs. Services should be reserved for people with the most severe needs. Their reablement approach did not break with this retrenchment strategy. Hence, the reablement steering group toned down the idea of reablement as a preventative service. On this basis, the new reablement service was set up as an integral part of the conventional home care service. The specialized needs assessors of the purchaser unit would decide who were entitled to receive reablement, whereas home care staff, under the supervision of a physiotherapist and an occupational therapist, provided the actual reablement services.

The consequence of the proactive strategy in Eigersund was a high number of referrals, most of whom received reablement. The large number of referrals meant a great number of inter-professional discussions and a greater diversity of experiences for both reablement and home care staff. The reablement team became more open to taking on cases that they would previously have rejected, because they involved cognitive and/or psychological problems or because people were considered too demotivated.

Although the formal allocation criteria used in Karmøy were similar to those in Eigersund, case workers at the purchaser unit emphasised that reablement would primarily be offered to persons who had a statutory right to health and social care. Hence, less than one third of the number of candidates involved in Eigersund was offered intensive reablement. The highest priority in Karmøy was to make the new way of working known to all employees in the conventional home care service. In fact, it was the main reason for developing an integrated model of reablement.

A COMMON LEARNING PLATFORM FOR RESEARCHERS AND PRACTITIONERS.

This project was based on trailing research – a combination of pragmatic process evaluation and formative dialogue research. The idea was to create a common learning platform, through which researchers and practitioners could collaborate to explore and reflect on challenges of implementation and on how the idea of reablement could be translated into practice. The focus of attention for this common learning platform was related to three different topics:

The challenge of finding a sensitive assessment tool

One of the topics explored was the use of reablement assessment tools. How can assessment tools facilitate the interdisciplinary and person-centred process of reablement? And how can we measure the outcomes of reablement, when successful reablement looks different for different people? The reablement team in Eigersund agreed that an appropriate assessment tool had to be designed in a way that mobilized the user to engage in the process of rehabilitation – to encourage people to say what they wanted to say and what their needs and interests are. Both previous research (Glendinning et al 2012, Newton 2012) and their own experiences indicated that the chances of being successful in helping people achieve a positive outcome were contingent on their ability to establish a relationship of trust with the patient. They would therefore establish contact and cooperation with the older person during the first patient encounter.

The reablement team discussed and tried out a number of relevant established tools and found none that had adequately opened up the patient's own narratives. Based on their own experiences, check list and elements borrowed from reputable assessment tools, the team succeeded in developing

an assessment tool regarded by all team members as working well in terms of facilitating a natural conversation with the user. However, they found it difficult to develop a self-assessment tool matching the person-centred approach. Many older people struggled to quantify their experiences. In some situations, staff had experienced that self-reported measurements had stifled the trust-building dialogue with the patient.

The challenge of changing the mindset of care staff

Researchers from the project facilitated several focus group interviews with care staff from the conventional home care service. The purpose was to explore and reflect upon what it meant to adopt a reablement mindset in home care work. Participants in the focus groups stressed that the new way of working was about being more inquisitive and investigatory during first patient encounter. Their aim was to uncover what resources and opportunities the patient could mobilize in order to become more self-reliant. Care staff highly appreciated learning and acquiring new skills through interdisciplinary meetings. They also gained more use of their own nursing skills and interpersonal skills, as it was now regarded as their responsibility to encourage patients to utilize their own strength. However, this enabling form of work also made them face new ethical challenges: they should avoid doing tasks for the patient, while simultaneously avoid pushing the patient too hard. The ethical balance was difficult to combine with time pressure. During busy days care staff experienced that it might be practical to take over tasks and “do it for the patient” or to “ignore” or abandon the patients’ need for support. Experiences from their own working day caused care staff to problematize the phrase: “assisting people with your hands behind your back”. Faced with many poor elderly patients, it became more fruitful “to do things collaboratively” – for instance to push the patient gently to get dressed while they relieved them from heavy house work.

The informants perceived that the preconditions for working in an enabling way were better attuned in cases where the patient had lived an active life that they would like to uphold. Enabling patients who had been passivated as a result of isolation or depression was far more challenging, partly because psycho-social health problems had increasingly been considered to be outside the scope of the home service.

The challenge of realizing the potential for co-creation with local actors

Related to their efforts to make older people more self-reliant, both municipalities had initiated a strategy for partnerships with volunteers and social entrepreneurs. The research project contributed by facilitating focus group sessions for municipal employees, volunteers and local service companies – all of whom had experience in working for improving life for home-dwelling older people with functional disabilities. In line with other research (e.g. Guriby 2016), there was a broad consensus among informants that imposing predefined tasks on volunteers would be unworkable. If local governments want to utilize the potential energy and creativity of volunteers, they must accept the intrinsic instability and limitations of volunteerism. The potential for fruitful cooperation is greatest if volunteers and social entrepreneurs are invited on their own premises.

Although it may be possible to mobilize volunteers to make a difference in the lives of older adults in need, there is always a risk that measures aiming at promoting social inclusion of older people will be regarded unattractive by the older people themselves. Several of our informants had experienced that older people in the target group may have difficulty identifying themselves with social measures that are too clearly related to their vulnerability. They may experience measures that are especially aimed at frail and lonely elderly as stigmatizing, as they have connotations to “charity for the unfortunate”. If municipalities intend to preserve the identity of older adults as self-reliant individuals, it is suggested that social connectedness initiatives are integrated as far as possible into the "neutral" service and cultural life of the community.

TOPICS FOR FURTHER RESEARCH

In this report, we have presented data from ongoing processes of change. The core aim has been to unveil the kinds of challenges and opportunities actors are facing as they are translating the idea of reablement into practice – not to evaluate out comes of that process. We find that reablement is warmly welcomed among practitioners because of its potential for increasing the independence and well-being of older adults who has experienced a functional decline. However, we also see the danger of reablement becoming narrowly oriented towards restoring functional ability for those with physical impairments, and thereby contributing to the neglect of what matters to the person in need. This could possibly happen if too much stress is put on

measurable indicators of success based on multidimensional and subjective aspects which are difficult to measure. And it could possibly happen if care work continues to be task-oriented and objectifying instead of person-centered. We see a great potential for reablement to be further developed by taking a more focused view of psychosocial health care problems and of the potential capacity of staff to identify psychosocial needs and find relevant measures of social connectedness in the community. A development in this direction will imply the strengthening of social, emotional and practical competency among staff. We also believe it will be possible to realize the potential for co-creation with volunteers and social entrepreneurs. Although the municipality cannot place an order on volunteers, they can help to convey general information about what their patients are asking for and what they can do to take up or decline offers of activities and social contact. Given that many municipalities reduce their offer of practical and social services, there is also a potential for improving patients' lives through collaboration with local service companies – either directly or indirectly through volunteers. Local governments should recognize that the potential for innovative co-creation does not necessarily link to a formal strategy. We believe, in line with Fuglsang & Sørensen (2011), that there will also be an opportunity for realizing the potential of co-creation by collecting ideas and support initiatives taken on an ad-hoc basis on a practical level.

Litteratur

- Agich, G.J. (2003) *Dependence and Autonomy in Old Age: An Ethical Framework for Long-Term Care*. (2.utg.) Cambridge: Cambridge University Press.
- Agranoff, R. (2007) *Managing within Networks. Adding Value to Public Organizations*. Washington D.C.: Georgetown University Press.
- Agranoff, R. & M. McGuire (2001) Big Questions in Public Network Management Research. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 11:295–326
- Alm Andreassen, T. (2014) Å overbygge organisatoriske ansvarsgrenser, Vabø, M. & Vabo, S.I (red) (2014) *Velferdens organisering*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Ansell, C. & Gash, A. (2007) Collaborative Governance in Theory and Practice, *Journal of Public Administration Research and Theory* 18: 543–571
- Amble, N. (2013) Autonomy and control when working with humans – A reflection on sociotechnical concepts. *Nordic Journal of Working Life Studies* 3(4):44–61.
- Amble, N (2014) Å lære å lære –om læring i praksis, Vabø, M. & Vabo, S.I (red.) (2014) *Velferdens organisering*. Oslo:Universitetsforlaget.
- Baklien, B. (2004) Følgeforskning. *Sosiologi i dag*, 34 (4) 49–66
- Baum, C. M. & Edwards, D. F. (2001) Activity Card Sort; Test manual. St. Louis: Washington University School of Medicine.
- Bay, A. H. (1998) *Opinionen og Eldrepolitikken*, (avhandling)NOVA, Rapport 24.
- Bergold, J. & Thomas, S.(2012) Participatory Research Methods: A Methodological Approach in Motion, *Forum: Qualitative Social Research*, 13, 1. <http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/1801/3334>
- Blomberg, S. (2004) *Specialiserad biståndshandläggning inom den kommunala äldreomsorgen. Genomförande av en organisationsreform och dess praktik*. (doctoravhandling) Social Work 17, Lund: Socialhögskolan, Lunds Universitet
- Birkeland, A.(2014) Aktiv mestring i hjemmesykepleien, *Sykepleien*, 3:44–47
- Bredland, E.L. Linge, O. Vik, K. (1996) *Det handler om verdighet. Idelogi og praksis i rehabiliteringsarbeid*. Oslo: Universitetsforlaget
- Bredland, E.L. Linge, O. Vik, K (2011) *Det handler om verdighet og deltakelse. Verdigrunnlag og praksis i rehabiliteringsarbeid*. Oslo: Gyldendal Akademiske.
- Brikner, K. (2001) Et godt moralsk arbeidsmiljø – ‘blød’ sikring af kvaliteten i en ‘blød’ sektor. I Høeg, D. (red.) *Ældreomsorg – management eller menneskelighet? Kvalitetsbegrebet til diskussion – Antologi* (pp. 69–78). Hellerup: Videnscenter på Ældreområdet.
- Busch, T. (2001) «Konkurransen, økonomi og effektivitet». I: Busch, T., Johnsen, E., Klausen K. K., Vanebo J.O.: *Modernisering av offentlig sektor. New Public Management i praksis*. Oslo: Universitetsforlaget
- Cooper, T.L. (2006) *The responsible Administrator. An Approach to Ethics for the Administrative Role*. San Francisco: Jossey-Bass

- Czarniawska-Joerges, B. og Joerges, B. (1996) «Travels of Ideas». I: Czarniawska, B. og Sevón, G. (red.): *Translating organisational change*. Berlin: Walter de Gruyter.
- Denzin, N. K., & Lincoln, Y. S. (2000). The discipline and practice of qualitative research. In N. Denzin & Y. Lincoln (red.), *Handbook of qualitative research* (2nd ed.). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Eide, T, Nilsen, E. ,Gullslett, M.K, Aaberge, A., Eide, H.(2017) *Tillitsmodellen – erfaringer med mini-pilotering av selvstyrende team i tre bydeler i Oslo kommune*, Forskningsrapport no 13. Drammen: Høgskolen i Sørøst-Norge
- Eliasson, R. (1992) Omsorg och rasjonalitet. I Eliasson, R. (red.) *Egenheter och allmänheter. En antologi om omsorg och omsorgens villkor*. Lund: Studentlitteratur.
- Eliasson, R. (1995) *Forskningsetik och perspektivval*. Studentlitteratur, Lund.
- Eliasson- Lappalainen, R.(1999) Etik och moral i äldreomsorgens vardag, i Christensen K. & Syltevik L.J. *Omsorgens forvitring? Antologi og utfordringer i velferdsstaten*. Bergen:Fagbokforlaget
- Fledderhus,J. Brandsen, T, Honningh M.E (2015) User co-production of public service delivery: An uncertainty approach, *Public Policy and Administration*, 30 (2)145-164
- Fuglsang, L. (2010) Bricolage and invisible innovation in the public service innovation, *Journal of Innovation Economics and Management* , 1 (5):67-87
- Fuglsang L. & Sørensen, F. (2011) The balance between bricolage and innovation: management dilemmas in sustainable public innovation, *The Service Industries Journal*, 31(4) 581-595
- Fürst, L & Høverstad, R. (2014) *Fra passiv mottaker til aktiv deltaker: Hverdagsrehabilitering i norske kommuner* Oslo: KS FoU-prosjekt nr. 134027
- Førland, O. & Skumsnes, R (2016) *Hverdagsrehabilitering. En oppsummering av kunnskap*. Senter for omsorgsforskning, vest
- Gjerde, I., Torsteinsen,, H, Aarseth, T (2016) Tildelingskontor – en innovasjon i norske kommer? Amdam, J., Bergem, R. & Båtevik F.O. (red)*Offentlig sektor i endring*, Fjordantologien
- Gjertsen, H., Solvoll, G. Gjernes, T. (2012) *Tidsbruk og byråkrati i pleie og omsorgstjenestene*, NF-rapport nr 12, Nordlandforskning
- Glendinning, C., Jones, K. Baxter, K.Rabiee, L. Curtis, A. Wilde, H. Arksey, Forder, J (2010) *Home Care Re-ablement Services: Investigating the longer-term impact* , Social Policy Research Unit , Univ. York
- Glouberman, S. & Mintzberg, H. (2001). Managing the Care of Health and the Cure of Disease-Part II: Integration. *Health Care Management Review* 26(1):70–84.
- Gray, D. B., Hollingsworth, H., Stark, S., & Morgan, K. A. (2006) Participation survey/mobility: Psychometric properties of a measure of participation for people with mobility impairments and limitations. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 87, 189-197.

- Gredig, D. & Sommerfeld, P. (2008) New Proposals for Generating and Exploiting Solution-oriented Knowledge, *Research on Social Work Practice* 18; 292-300
- Grimen H. & Molander, A. (2008) Profesjon og skjønn. I Molander, A. & Terum, L.I. (red.) *Profesjonsstudier*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Guribye, E. (2016) *Mot 'Kommune 3.0'?* FOU-rapport nr.3, Kristiansand: Agderforskning
- Hakim, C. (2000) *Research design*. London: Routledge
- Hartley J. & Benington J. (2000) Co-research: A new methodology for new times, *European journal of work and organizational psychology*, 9(4):436-476
- Hasenfeld, Y. (2010). *Human Services as Complex Organisations*. (2. utg.) Newbury Park: Sage Publications.
- Heinemann, A. W., Tulskey, D., Dijkers, M., Brown, M., Magasi, S., Gordon, W., & DeMark, H. (2010). Issues in Participation Measurement in Research and Clinical Applications. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 91(9, Supplement), S72-S76. doi:http://dx.doi.org/10.1016/j.apmr.2009.11.031
- Helse og Omsorgsdepartementet (2014-2015) *Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet*
- Hernes, T. og Irgens, E.J. (2012). Keeping things mindfully on track: Organizational learning under continuity. *Management Learning* 0 (0):1-14.
- Horn, K. K., Jennings, S., Richardson, G., Van Vliet, D., Hefford, C., & Abbott, J. H. (2012). The Patient-Specific Functional Scale: Psychometrics, clinimetrics, and application as clinical outcome measure. *Journal of Orthopaedic & Sports Physical Therapy*, 42(1), 30-42.
- Hummelvold, J. K. (2011) Realisme i praksisnær forskning *Sykepleien. Forskning*, 3 (11) 288-292
- Hjelle, K.M, Tuntland, H, Førland, O. Alvsvåg, H (2016) Reablement teams' voices: A qualitative study of how an integrated team experience participation in reablement, *Health and Social Care in the community*, doi: 10.1111/hsc.12324
- Irgens, E.J. (2011) *Dynamiske og lærende organisasjoner: Ledelse og utvikling i et arbeidsliv i endring*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Jensen, M. C. F. (2016) Teammøder i rehabiliterativ hjemmepleje: Effektiv ensretning eller nuanceret faglig dialog? *Tidsskrift for Arbejdsliv*, 18 (4):24 - 41
- Jokstad, K, Landmark B. Hauge, S. Skovdahl K.I (2016) Eldres erfaringer med hverdagsrehabilitering. Mestring og mulighet – krav og støtte i et dynamisk samspill, *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 2(3): 212-221
- Kamp, A. & Hvid, H. (2012) Introduction: elderly care in transition. I Kamp, A. & Hvid, H. (red.) *Elderly Care in Transition—Management, Meaning and Identity at Work. A Scandinavian Perspective*. København: Copenhagen Business School Press.
- Kirchhoff, J.W. (2010) *De skjulte tjenestene – om uønsket atferd i offentlige organisasjoner*, avhandling, Karlstad University Studies

- Kirchhoff, J.W., Abrahamsen V.G., Andersen K.L. (2015) Betydningen av sosiale nettverk og kvalitet på pleien for opplevelsen av ensomhet blant brukere av hjemmesykepleie, *Nordisk sygeplejeforskning* 5 (3):266-282
- Kjeken, I., Slatkowsky-Christensen, B., Kvien, T., & Uhlig, T. (2004). Norwegian version of the Canadian Occupational Performance Measure in patients with hand osteoarthritis: Validity, responsiveness, and feasibility. *Arthritis Care & Research*, 51(5), 709-715.
- Kvale, S. (1990). Det kvalitative interview. I Andersen, I. (red.). *Valg av organisasjonssosiologiske metoder: et kombinasjonsperspektiv*. København, Samfundslitteratur.
- La Cour, Anders (2014) *Frivillighedens logik og dens politick-en analyse af den personrettede frivillige indsats og statens frivillighetspolitik*, Fredriksberg: Samfundslitteratur Nyt fra samfundsvidenskaberne
- Ladegård, G. & Vabo, S.I. (2010) Ledelse og styring – teoretisk rammeverk. I Ladegård, G. & Vabo, S.I. (red.) *Ledelse og styring*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Langeland, E, Førland, O, Aas, E. Birkeland, A. Folkestad, B. Kjeken, I Jacobsen F.F og Tuntland, H. (2016) *Modeller for hverdagsrehabiliteing, en følgeevaluering i norske kommuner. Effekter for brukere og gevinster for kommunene?* Senter for omsorgsforskning Vest.
- Legg, L. Gladman, J. Drummond, A. & Davidson, A (2016) A systematic review of the evidence on home care reablement services, *Clinical Rehabilitation*, 30(8)741-749
- Olsen O.E. Mikkelsen A., Lindøe, P.H (2002) Fallgruver i følgeforskning. *Tidsskrift for samfunnsforskning*, 43(2)191-217
- Lipsky, M. (1980). *Street-Level Bureaucracy. Dilemmas of the Individual in Public Services*. New York: Russel Sage Foundation.
- Lopez, S.H. (2006). Emotional Labor and Organized Emotional Care Conceptualizing Nursing Home Care Work. *Work and Occupations* 33(2):133–160.
- Magasi, S., Hammell, K. W., Heinemann, A., Whiteneck, G. G., & Bogner, J. (2009). Participation: a comparative analysis of multiple rehabilitation stakeholders' perspective. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 41, 936-944.
- Magasi, S., Wong, A., Gray, D. B., Hammel, J., Baum, C., Chia-Chiang, W., & Heinemann, A. W. (2015). Theoretical Foundations for the Measurement of Environmental Factors and Their Impact on Participation Among People With Disabilities. *Archives of Physical Medicine & Rehabilitation*, 96(4), 569-577 569p. doi:10.1016/j.apmr.2014.12.002
- Maclean. N & Pound., P. (2000) A critical review of the concept of patient motivation in the litteratur on physical rehabilitation, *Social Science and Medicine*, 50,495-506
- McGuire, M (2006) Collaborative Public Management: Aseessing What We Know and How We Know It, Collaborative Public Management *Public Administration Review* 33-43
- Meld. St. 21 (1998-99). Ansvar og meistring. Sosial- og helsedepartementet .

- Meld. St.29 (2012-1013) Morgendagens omsorg. Helse- og omsorgsdepartementet
- Moe, A., & Brataas, H. V. (2015). *Hverdagsrehabilitering. Pilotstudie om teambasert planlegging og innføring av Stjørdalsmodellen*, Rapport no 8, Senter for omsorgsforskning, midt.
- Moe, C & Brinchman, B.S. (2016) Optimising Capacity– A Service User and Care-giver Perspective on Reablement, *The Grounded Theory Review*, 15(2):25-39
- Molander, A. (2013). Profesjonelt skjønn i velferdsstaten: mekanismer for ansvarliggjøring. I Molander, A. & Smeby, J.C. (red.) *Profesjonsstudier II*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Moseng, T., Tveter, A. T., Holm, I., & Dagfinrud, H. (2013). Pasient-spesifikk Funksjonsskala. Et nyttig verktøy for fysioterapeuter i primærhelsetjenesten. *Fysioterapeuten* (2), 1-6.
- Newman, J. (2001) *Modernizing Governance. New Labour, Policy and Society*. Sage, London.
- Newman, J., M. Barnes, H. Sullivan & A Knops (2004) 'Public participation and collaborative governance', *Journal of Social Policy*, 33 (2): 203–223.
- Nygård, L. (1984). *Korleis bør kommunane organisere omsorgstenesta si?* Rapport 4/84. Trondheim: Norsk institutt for sykehusforskning.
- Patton, M. Q. (2002). *Qualitative Research & Evaluation Methods*. (3.utg). London – Thousand Oaks – New Dehli: SAGE
- Pettigrew, A.M.(1990) Longitudinal field research on change: theory and practice, *Organization Science*, 1(3): 267-92
- Pettersson C. & Iwarsson, S. (2015) *Vardagsrehabilitering – en kunnskapsöversikt*. Stockholm. Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter.
- Pettersson, C. & Iwarsson, S. (2017) Evidence –based interventions involving occupational therapists are needed in re-ablement for older community-living people: A systematic review, *British Journal of Occupational Therapy*, 80 (5):273-285
- Rabiee, P., & Glendinning, C. (2011). Organisation and delivery of home care re-ablement: what makes a difference? *Health & Social Care in the Community*, 19(5): 495-503.
- Rasmussen, B. & Vabø, M. (2014). Inneklemmt ledelse. I Vabø, M. & Vabo, S.I. (red.) *Velferdens organisering* Oslo: Universitetsforlaget.
- Rasmussen, S. R., & Kjelleberg, P. (2013). Brug af redskaber i rehabilitering til hverdagens aktiviteter på ældreområdet. En beskrivelse af kommunernes erfaringer og analyse af anvendeligheden. Socialstyrelsen. www.socialstyrelsen.dk.
- Repstad, P. (1998). *Mellom nærhet og distanse. Kvalitative metoder i samfunnsfag*. Oslo, Universitetsforlaget.
- Romøren, T.I. (1998) Pasienter og beboere i sykehjem og aldershjem i Nord-Trøndelag. NOVA-notat. Oslo 1998.

- Rostgaard, T.(2014) Nordic care and care work in the public service model of Denmark: Ideational factors of change., Leon, M. (red.) *Care Regimes in transitional European Societies* PalgraveMacMillan
- Rostgaard, T & Ulrich, M.M (2016) At arbejde rehabiliterende i hjemmeplejen gør arbejdet meningsfuldt, København: KORA
- Schön, D. (1983) *The Reflective Practitioner: How professionals think in action*. New York: Basic Books.
- Skog, B.M. J.& Andersen (2011) Bestiller-utfører-organisering innen fysio- og ergoterapitjenester - en moderniseringsøvelse til besvær? *Ergoterapeuten* nr. 4, ss.78-86.
- Socialstyrelsen (2013) Kortlægning af kommunernes erfaringer med rehabilitering på ældreområdet, (KORA)
- Sommerschild, S. (1999) Såre sinn. Viser og dikt. Oslo: Emilia.
- Steihaug, S., Lippestad J.W & Werner, A (2016). Between ideals and reality in home based rehabilitation *Scandinavian Journal of Primary Health Care* 34(1):46-54
- Strauss A. & Corbin, J. (1996) *Basics of Qualitative research. Techniques and Procedures for developing Grounded Theory*. Thousand Oaks: Sage. Strauss, A., Fagerhaugh, S., Suczeck, B. & Wiener, C. (1985). *Social Organization of Medical Work*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Styhre, A. (1998): *The Pleasure of Management Ideas. The Discursive Formation on Kaizen*. Doktorgradsavhandling. Lund: Lund University Press.
- Sörensdotter, R. (2008) *Omsorgsarbete i omvandling. Genus, klass och etnisitet inom hemtjänsten*. Stockholm: Makdam.
- Sørensen, E & Torfing, J. (2012) Collaborative Innovation in the Public Sector, *The Innovation Journal: The Public Sector Innovation Journal, Volume 17(1)*: 1.14,
- Szebehely, M. (red.) (2005): *Nordisk äldreomsorgsforskning. En kunskapsöversikt* Tema Nord København: Nordisk Ministerråd
- Thuesen, J. (2013) Er det legitimt at være gammel og svækket? *Gerontologi*, no 1. (29):20-22
- Thorsen (1996) *Ulike menneskesyn – konsekvenser for omsorg*. Ger-Art nr. 2 NGI Oslo: Norsk gerontologisk institutt.
- Thorsen, K. (1998) *Den pressede omsorgen. Kvaliteter i hjemmehjelpstjenesten for eldre i lokal kontekst*. NOVA-Rapport 18/98.
- Timonen, V. (2016) *Beyond successful and active ageing: A theory of model ageing*, Bristol: Policy Press
- Torfing, J, Sørensen, E. Røiseland, A (2016) Samskapelse er bedre og billigere. *Stat og styring*, 1, 10-21
- Torfing, J. & Triantafyllou, P. (2016) What's in a name? Grasping new public governance as a political administrative system, *International Review of Public Administration*. Vol 18 (2):10-25.

- Townsend, E. & Polatajko (2008) *Menneskelig aktivitet II. En ergoterapeutisk vision om sundhed, trivsel og refærdighet muliggjort gennem betydningsfulde aktiviteter*. København: Ergoterapeutforeningen.
- Tulsky, D.S, Carlozzi, N. Cella, D. (2001) Advances in outcome measurement in rehabilitation medicine: Current initiatives from the National Institutes of Health and the National Institute on Disability and Rehabilitation Research. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*. Vol 92 . doi:10.1016/j.apmr.2011.07.202.
- Tuntland, H., Aaslund, M. K., Langeland, E., Espehaug, B., & Kjekken, I. (2016) Psychometric Properties of the Canadian Occupational Performance Measure. *Journal of Multidisciplinary Healthcare* (9), 411-423.
- Tuntland, H., Kjekken, I, Langeland, E., Folkestad, B., Espehaug, B., Førland, O. & Aaslund, M.K. (2017) Predictor of outcomes following reablement in community-dwelling older adults, *Clinical Intervention Ageing* 12, 55-63
- Tuntland, H., & Ness, N. E. (red.) (2014) *Hverdagsrehabilitering*. Oslo: Gyldendal Akademiske.
- Tveter, T., Holm, I., & Dagfinrud, H. (2013) Pasient-Spesifikk Funksjons Skala. Et nyttig verktøy for fysioterapeuter i primærhelsetjenesten. *Fysioterapeuten* (2), 13-26.
- Vabø, M. (2015) Changing welfare institutions as sites of contestation, in Engelstad, F. & Hagelund, A. (red.) *Cooperation and Conflict the Nordic Way. Work Welfare and Institutional Change in Scandinavia.*, Berlin: de Gruyter Open.
- Vabø, M. (2014). Dilemmaer i velferdens organisering. Vabø, M. & Vabo, S.I. (red.) *Velferdens organisering*, Oslo: Universitetsforlaget.
- Vabø, M. (2012) "Norwegian home care in transition – heading for accountability, off-loading responsibilities" *Health & Social Care in the Community*. 20(3):283-291
- Vabø, M.(2011) Changing governance, changing needs interpretations. Implications for universalism, *International Journal of Sociology and Social Policy*, Vol 31 4/5:197-208
- Vabø, M. (2009) Home care in transition: The complex dynamic of competing drivers of change in Norway *Journal of Health Organisation and Management*, Vol 23 no 3:346-359
- Vabø, M. (2009b) Rådløs kunnskap og kunnskapssløse råd, i Nuland, B. Tranøy, B.S & Christensen (red.) *Hjernen er alene*, Oslo, Universitetsforlaget
- Vabø, M. (2007). *Organisering for velferd. Hjemmetjenesten i en styringsideologisk brytningstid*. Avhandling for dr.philos.-graden. Det samfunnsvitenskapelige fakultet, Universitet i Oslo. NOVA-rapport 22.
- Vabø, M. & Vabo, S.I (red.) (2014) *Velferdens organisering*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Vabø, M. & Szebehely, M. (2012) A caring state for all older people? A. Anttonen, L. Häikiö & K. Stefanson (red.) *Welfare State, Universalism and Diversity*, s. 121-144. Edward Elgar, Cheltenham.

- Vik, K., & Eide, A. H. (2012) The exhausting dilemmas faced by home-care service providers when enhancing participation among older adults receiving home care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 26(3), 528-536.
- Vike, H., Bakken, R., Brinchmann, A., Haukelien, H. og Kroken, R. (2002) *Maktens samvittighet. Om politikk, styring og dilemmaer i velferdsstaten. Makt- og demokratiutredningen*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Wade D. (2003) Outcome measures for clinical rehabilitation trials: Impairment, function, quality of life, or value. *American Journal of Physical Medicine and Rehabilitation*, 82 (supplement) p 26-31.)
- White, S., Fook, J. & Gardner (2006) *Critical reflection in health and social care*. Maidenhead: Open University Press
- WHO. (2001). *International Classification of Functioning, Disability and Health*. Geneva
- Wilde, A., & Glendinning, C. (2012). 'If they're helping me then how can I be independent?' The perceptions and experience of users of home-care re-ablement services. *Health & Social Care in the Community*, 20(6), 583-590.
- Winter, R, Munn-Giddings, C (red.) (2001) *A Handbook for Action Research in Health and Social Care*. London: Routledge.
- Yin, R. (1994) *Case study research: design and methods*. 2. Ed. Thousand Oaks, CA: Sage Publishing;
- Zapf, D. (2002). Emotion work and psychological well-being. A review of the literature and some conceptual considerations. *Human Resource Management Review* 12:237-268.

Vedlegg:

Eigersund kommune
Helse og omsorg
Postboks 580
4379 Egersund



Aktiv i egen hverdag

Brukervurdert hverdagskartlegging

Personalia

Navn:

Dato første møte:

Fødselsdato:

Dato avslutning:

Henvisningsgrunn:

Dato oppfølging:

Vurdering for Hverdagsrehabilitering

Presenter deg selv og hvor du kommer fra, og si noe om hverdagsrehabilitering. Gi brosjyre.

1. Hva har skjedd og hvordan har den siste tiden vært for deg?

Hvorfor har du opplevd at det har vært vanskelig?

Utforsk og finn ut hva og hvorfor personen opplever ting vanskelig

Sykdom: Nedsatt funksjon: Bolig: Annet:

2. Hvordan var livet før hendelsen eller funksjonsfallet?

3. Rutiner

Hvordan ser en vanlig dag ut nå for deg, fra du står opp til du går og legger deg? Daglige rutiner, personlig hygiene, måltider, medisin, faste gjøremål og aktiviteter.

Utforsk og finn ut hva og hvorfor personen har endret rutiner og finn vanskeligheter.

4. Hva mener du er din største utfordring i hverdagen og i hjemmet?

Utforsk hvilken kjennskap brukeren har til løsninger hjelpemidler, trening ?

5. Kommunale tjenester

Har du hjelp av hjemmesykepleien eller andre kommunale tjenester? Hva får du hjelp til og hvorfor?

6. Hva er dine interesser og eventuelt tidligere interesser?

Utforsk hvorfor personen har sluttet med tidligere aktiviteter?

Hvorfor har du sluttet?

Sykdom: Nedsatt funksjon: Omgivelser: Ikke interessert: Annet:

7. Nettverk

- Har du familie, venner som bidrar med daglige gjøremål? Hvem er de/hvor bor de?

- Har du familie, venner som du pleier å gjøre ulike aktiviteter sammen med?
Hvem er de og hvor bor de?

Bidrar du med omsorgsoppgaver overfor andre, eller deltar du i frivillig arbeid?

8. Bolig og nærmiljø

- Utforsk om det er forhold i hjemmet som kan hindre hverdagsaktiviteter?

- Anvender du tekniske hjelpemidler. I så fall hvilke?

9. Hva er viktig for deg?

A, Hjulet deles ut. Gi brukeren tid til å se på det, og fortelle om de ulike områdene i egen rekkefølge. Still oppfølgende spørsmål det det er områder vedkommende ikke nevner. Deretter be brukeren prioritere hva som er viktigst å jobbe med framover. Skriv det ned i den rekkefølgen brukeren prioriterer.

B, Skåringskort:

- 1, Be brukeren å skåre hvordan han/hun mestrer og utfører disse aktivitetene.
- 2, Be brukeren vurdere hvor fornøyd han/hun er med måten han/hun deltar i aktivitetene?

Skår 1 - 10

	Dato		Dato		Dato	
Hva er viktige aktiviteter for deg?	Hvor er du?	Tilfredshet	Hvor er du?	Tilfredshet	Hvor er du?	Tilfredshet
1.						
2.						
3.						
4.						

10. Forventninger

Hvilke forventninger har du til å delta i hverdagsrehabilitering? Hva har vi blitt enig om nå? Hva skal til for at du skal delta for det som er viktig for deg?

