

Masteroppgåve

«Å sette noko framfor noko anna»

-ein kvantitativ studie om prioritering mellom
kommunale rehabiliteringsressursar

Monica Hovden

Master i Samfunnsplanlegging og leiing
2022

Tal ord: 25548



HØGSKULEN
I VOLDA

Samandrag

Denne masteroppgåva handlar om prioritering av ressursar innan rehabiliteringstenester i norske kommunar. Det er tatt utgangspunkt i den kommunale helse- og omsorgstenesta kvardagsrehabilitering, og om satsing på denne innovative tenesta har ført til ei endring i dei samla rehabiliteringsressursane. Det er prøvd å finne ut om oppstart av kvardagsrehabilitering har gått ut over andre rehabiliteringstilbod i kommunane.

Det vart nytta kvantitativ metode og tverrsnittdesign, med anonymt spørjeskjema, for å innhente informasjon. Det vart sendt ut e-post med link til spørjeskjema til 227 kommunar og det kom inn 99 svar, som resulterte i ein svarprosent på 45 prosent. Informantane var i hovudsak leiarar innan helse- og omsorgssektoren eller andre fagpersonar som arbeidde med kvardagsrehabilitering. Det kom inn svar frå alle kommunestorleikane, men hovudtyngda av svara kom frå små og mellomstore kommunar, det vil seie kommunar under 20 000 innbyggjarar.

Funn frå forskingsarbeidet viste at innføring av kvardagsrehabilitering hadde styrka det samla kommunale rehabiliteringstilbodet. Men der var variasjon i korleis kommunane hadde valt å løyse oppstart og drift av kvardagsrehabilitering, både når det gjaldt val av modell og prioritering av ressursar. Eit viktig funn viste at fleirtalet av kommunane måtte nytte omfordeling av ressursar ved oppstart av kvardagsrehabilitering, det vil seie at for å drifte kvardagsrehabilitering måtte dei ta ressursar frå eit anna kommunalt tilbod eller teneste. Denne omfordelinga av ressursar såg i hovudsak ut til å gjelde kommunar under 20 000 innbyggjarar.

I tekstboksen på slutten av spørjeskjemaet var der moglegheit til å utdjupe eller tilføre informasjon. Mange av kommentarane i desse tekstboksane viste at det var utfordringar knytt til prioritering av ressursar og tverrprofesjonelt samarbeid, og lite fokus på førebyggjande arbeid i mange av kommunane.

Abstract

This master's thesis is about prioritizing resources within rehabilitation services in Norwegian municipalities. The starting point is the municipal health and care service reablement, and whether investing in this innovative service has led to a change in the total rehabilitation resources. An attempt has been made to find out whether the start-up of reablement has affected other rehabilitation services in the municipalities.

Quantitative methods and cross-sectional design, with anonymous questionnaires, were used to obtain information. An email was sent with a link to a questionnaire to 227 municipalities and 99 responses were received, which resulted in a response rate of 45 percent. The informants were mainly leaders in the health and care sector or other professionals who worked with reablement. Responses were received from large and small municipalities, but most of the responses came from small and medium-sized municipalities, which means municipalities with less than 20,000 inhabitants.

Findings from the research work showed that the introduction of reablement had strengthened the overall municipal rehabilitation services. But there was variation in how the municipalities had chosen to solve the start-up and operation of reablement, both in terms of choice of model and prioritization of resources. An important finding showed that most of the municipalities had to use redistribution of resources at the start of reablement, which means that in order to run reablement they had to take resources from another municipal offer or service. This redistribution of resources mainly seemed to apply to municipalities with less than 20,000 inhabitants.

In the textbox at the end of the questionnaire, there was an opportunity to elaborate or add information. Many of the comments in these textboxes showed that there were challenges related to prioritizing resources and interprofessional cooperation, and little focus on preventive work in many of the municipalities.

Forord

Det heile starta med litt fagleg påfyll hausten 2017, med ei nettbasert vidareutdanning på deltid, hjå Nord Universitet. Emnet *Hverdagsrehabilitering og kvalitetsforbedring* gav meirsmak og eg hamna vidare bort på Høgskulen i Volda som deltidsstudent. Eg starta med emnet *Helse, politikk og livsløp*, deretter tok eg eit nytt emne i halvåret, og til slutt var eg klar for å skrive masteroppgåve. Det har tatt nokre år frå eg starta til eg sit her i dag og skriv forord til ei ferdig oppgåve. Det har vore spennande år som har gitt mykje ny kunnskap, gode refleksjonar og nye tankar. Forelesarane på Høgskulen i Volda er dyktige og engasjerande, og samlingane for oss deltidsstudentar har vore svært gjevande.

Eg må først gje ein stor takk til min rettleiar professor Bjarte Folkestad for god hjelp med masteroppgåva. Både i startfasa, med forskingsarbeidet og undervegs i skriveprosessen. Du har kome med konstruktive tilbakemeldingar, forklart tolmodig SPSS og analyser, og motivert når det har vore litt tungt. Det er krevjande å skrive ei masteroppgåve og eg hadde ikkje klart det utan din hjelp.

Takk til alle mine informantar som tok seg tid i ein travel arbeidskvardag og svarte på spørjeskjemaet mitt. Takka vere dykkar svar fekk eg eit godt grunnlag for å gjere analysar og svare på problemstillinga. Det har vore ekstra utfordrande å gjennomføre eit forskingsarbeid i ein pandemi og eg er difor ekstra takksam og stolt av informantane mine som bidrog til ein høg svarprosent.

Takk til dokke som har lest gjennom ferdig oppgåve og kome med kommentarar. Takk til dokke to som bidrog med hjelp til oversetning av samandraget.

Sist, men ikkje minst, takk til familien min, min ektemann og mine tre ungdomar som har halde ut med denne deltidsstuderinga mi, og for ekstra tolmod dei siste to månadane før innlevering av oppgåva.

Hovdebygda, mai 2022.

Monica Hovden

Innhold

1	Aktualitet, problemstilling og forskings spørsmål	8
1.1	Aktualitet	8
1.2	Bakgrunn for val av tema	8
1.3	Formålet med masteroppgåva.....	9
1.4	Problemstilling og forskings spørsmål	10
1.5	Definisjonar og forklaring av omgrep	10
1.5.1	Rehabilitering	10
1.5.2	Kvardagsrehabilitering	11
1.5.3	Kommunale helse- og omsorgstenester	11
1.6	Oppbygging av oppgåva.....	12
2	Bakgrunn og kontekst	13
2.1	Kvardagsrehabilitering.....	13
2.1.1	Innføring av kvardagsrehabilitering i Noreg	13
2.1.2	Kva er kvardagsrehabilitering	14
2.1.3	Organisasjonsmodellar for kvardagsrehabilitering.....	16
2.2	Rehabiliteringspyramiden.....	17
2.3	Rehabilitering i heimen og rehabilitering i institusjon	18
2.4	Aktuelle offentlege dokument og reformar	20
3	Teori og relevant forskingslitteratur.....	22
3.1	Kommune, innovasjon og kompleksitet	22
3.2	Kommunal tenesteproduksjon	25
3.3	Prioritering i kommunale helse- og omsorgstenester	28
3.4	Tverrprofesjonelt samarbeid	30
4	Metode	32
4.1	Val av metode	32
4.2	Forforståing og etiske retningslinjer.....	34
4.3	Utforming av spørjeskjema	35
4.4	Utval av informantar	36
4.5	Utsending av e-postar og svarprosent.....	37
4.6	Validitet og reliabilitet.....	38

4.7 Svakheit med masteroppgåva si valte metode	39
5 Analyse	40
5.1 Innleiing	40
5.2 Deskriptiv analyse	41
5.2.1 Oppstart av kvardagsrehabilitering	41
5.2.2 Prioritering av ressursar i kvardagsrehabilitering	44
5.2.3 Rehabiliteringstilbod i kommunane	47
5.2.4 Målgrupper for rehabiliteringstilboda	50
5.2.5 Det samla rehabiliteringstilbodet	51
5.2.6 Telefonsamtaler med informantar	53
5.3 Korrelasjonsanalyse	53
5.3.1 Omkoding av variablar	53
5.3.2 Kommunestorleik og val av kvardagsrehabiliteringsmodell	54
5.3.3 Kommunestorleik og prioritering av rehabiliteringsressursar	56
6 Diskusjon	57
6.1 Oppstart av kvardagsrehabilitering og omfordeling av ressursar	57
6.2 Tverrprofesjonelt samarbeid og prioritering av ressursar	67
6.3 Prioritering mellom rehabiliteringstilbod	69
6.4 Har kvardagsrehabilitering bidrege til å styrke det samla rehabiliteringstilbodet i kommunen?	74
7 Oppsummering og avsluttande kommentar	76

Oversikt over bilde, figurar, tabellar og vedlegg

Oversikt over bilde

Bilde 2.1: Kommuneoversikt for oppstart av kvardagsrehabilitering.....	14
--	----

Oversikt over figurar

Figur 2.1: Kvardagsmeistringstankesettet i kvardagsrehabilitering.....	16
Figur 2.2: Kvardagsrehabiliteringsmodellar i Noreg.....	17
Figur 2.3: Rehabiliteringspyramiden.....	18
Figur 3.1: Slutningsnivå i den kommunale helse- og omsorgstenesta.....	30
Figur 3.2: Ulike formar for samarbeid.....	31
Figur 5.1: Svarprosent etter kommunestorleik.....	41
Figur 5.2: Stolpediagram: målgrupper for kvardagsrehabilitering og rehabilitering i heimen.....	50
Figur 5.3: Stolpediagram: Kva påstand er du mest samd i?.....	52

Oversikt over tabellar

Tabell 5.1: Krysstabell: finansiering av årsverk etter kommunestorleik.....	42
Tabell 5.2: Krysstabell: finansiering ved slutt av eksterne midlar, etter kommunestorleik.....	43
Tabell 5.3: Krysstabell: kommunestorleik og val av kvardagsrehabiliteringsmodellar.....	44
Tabell 5.4: krysstabell: kommunestorleik og ressursar.....	45
Tabell 5.5: Nullhypotese: kommunestorleik og prioritering av ressursar.....	46

Tabell 5.6: Gjennomsnitt årsverk og kommunestorleik.....	47
Tabell 5.7: Krysstabell: rehabiliteringstilbod etter kommunestorleik.....	48
Tabell 5.8: Krysstabell: kommunestorleik og samla rehabiliteringstilbod i kommunen.....	52
Tabell 5.9: Nullhypotese: kommunestorleik og kvardagsrehabiliteringsmodell.....	55
Tabell 5.10: Korrelasjonsanalyse: kommunestorleik og kvardagsrehabiliteringsmodellar.....	55
Tabell 5.11: Nullhypotese: kommunestorleik og prioritering av ressursar.....	57
Tabell 5.12: Korrelasjonsanalyse: kommunestorleik og ressursbruk i ulike stillingar.....	57

Oversikt over vedlegg

Vedlegg 1: Informasjonsskriv til informantar.

Vedlegg 2: Spørsmål til informantane.

1 Aktualitet, problemstilling og forskings spørsmål

1.1 Aktualitet

Denne masteroppgåva handlar om prioritering av ressursar innan rehabiliteringstenester i norske kommunar. Det er tatt utgangspunkt i den kommunale helse- og omsorgstenesta kvardagsrehabilitering og om satsing og oppstart av denne innovative tenesta har ført til ei endring i dei samla rehabiliteringsressursane. Vi er no i den mykje omtala «eldrebølgja» og dei demografiske utfordringane vi står ovanfor vil eskalere i åra som kjem. Tidlegare regjeringar har ynskja ein effektiv offentleg sektor som finn nye løysingar og leverer gode tenester til innbyggjarane. Det vart i ulike rapportar og reformar lagt føringar for dette, til dømes NOU rapporten *Innovasjon i omsorg* (NOU 2011:11), Stortingsmeldinga *Morgendagens omsorg* (Meld. St. 29 (2012-2013)), NOU rapporten *Det viktigste først* (NOU 2018:16) og *Opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering* (Opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering (2017-2019)). Kommunane er iverksettingsorgan for offentleg politikk og kan i stor grad bestemme sjølve korleis dei løyser dei nasjonale føringane. Der er også store variasjonar i dei ulike kommunane med tanke på storleik, folketal og kompetanse. Dette fører igjen til variasjonar mellom kommunane, både når det gjeld tenesteproduksjon, ressursbruk og kvalitet på tenestene. Ved regjeringsskifte hausten 2021 vart det gjennom *Hurdalsplattformen* (2021-2025) skissert at regjeringa vil arbeide for ein sterkare kommuneøkonomi, prioritere førebygging og betre tilbodet til eldre og sjuke. Vidare vil dei at helse- og omsorgstenestene skal vere tilgjengeleg for alle, uavhengig av adresse og lommebokstørrelse.

I denne masteroppgåva er det forska på om oppstart av den innovative tenesta kvardagsrehabilitering har gått ut over brukargrupper på andre rehabiliteringsnivå. Eg har nytta kvantitativ metode med spørjeskjema. Informantane hadde ulike stillingar knytt til kvardagsrehabilitering, men det var i hovudsak leiarar innan helse- og omsorgssektoren i kommunane.

1.2 Bakgrunn for val av tema

Eg er sjukepleiar og har dei siste åtte åra arbeidd med kvardagsrehabilitering i ei mellomstor kommune. Eg er ein del av eit tverrfagleg team som består av sjukepleiar, ergoterapeut og

fysioterapeut. Vi samarbeider tett med heimetenestene og har helsefagarbeidarar i heimetenestene som utfører treningane med brukarane. Då vi starta opp kvardagsrehabilitering for åtte år sidan var det ei ny og innovativ teneste. Dei siste ti åra har innovasjonen kvardagsrehabilitering spreidd seg og vorte implementert i svært mange norske kommunar. Eg tykkjer helse- og omsorgssektoren er eit spennande felt innanfor forskning og i samband med skriving av masteroppgåve ynskja eg å gjere mitt eige forskingsarbeid her. Det vart naturleg for meg å forske på kvardagsrehabilitering. Der var mange tema innanfor kvardagsrehabilitering eg tykte var spennande og ynskja å sjå nærare på. Til dømes implementering av kvardagsmeistringstankesettet og haldningsendringar i heimetenestene, ulike kvardagsrehabiliteringsmodellar og suksesskriterier for å lykkast med kvardagsrehabilitering. Men etter å ha lest Førland og Skumsnes (2016) sin kunnskapsoppsummering for kvardagsrehabilitering såg eg at der var skissert eit kunnskapshol. Der sto følgande:

Det finnes så langt ikke entydig kunnskap om hvorvidt satsingen på hverdagsrehabilitering bidrar til å styrke det totale tjenestetilbudet i kommunene. Det trengs forskning om hvorvidt det flyttes ressurser til hverdagsrehabilitering fra tilbud beregnet for brukere med mer omfattende behov for pleie og rehabilitering. (s. 65).

Med dette som utgangspunkt ynskja eg å sjå nærare på kommunale prioriteringar og om oppstart av kvardagsrehabilitering har gått ut over andre rehabiliteringsressursar i kommunane.

1.3 Formålet med masteroppgåva

Då eg skulle skrive masteroppgåve og gjere eige forskingsarbeid ynskja eg å undersøkje breidde framfor djupne. Eg valte difor kvantitativ metode og tverrsnittdesign. Eg skaffa e-postadresser til informantar og sendte ein link til anonymt spørjeskjema til 227 kommunar. 99 informantar svarte på spørjeskjemaet og eg fekk då ein svarprosent på rundt 45 prosent. Målet med forskinga var å få svar på problemstilling og forskingsspørsmål, og fokuset var på oppstart av kvardagsrehabilitering, kommunevariasjonar, ressursbruk og prioriteringar. Formålet (hensikta) med masteroppgåva var å skaffe ny kunnskap og avdekke samanhengar. Eg håpte og at masteroppgåva kunne generere nye spørsmål rundt prioritering av ressursar i kommunane.

1.4 Problemstilling og forskings spørsmål

Problemstilling:

Har satsinga på kvardagsrehabilitering ført til ei endring i fordelinga av dei kommunale rehabiliteringsressursane?

Forskingsspørsmål:

- 1) Var oppstart av kvardagsrehabilitering gjort på kostnad av eksisterande rehabiliteringsressursar?
- 2) Var fordeling av rehabiliteringsressursar påverka av kommunestorleik?
- 3) Var val av organisasjonsmodellar for kvardagsrehabilitering påverka av kommunestorleik?
- 4) Kven var målgruppene til dei ulike rehabiliteringstilboda i kommunen?
- 5) Har kvardagsrehabilitering bidrege til å styrke det samla rehabiliteringstilbodet i kommunen?

1.5 Definisjonar og forklaring av omgrep

For å presisere nokon av omgrepa som vert nytta vidare i masteroppgåva vel eg å ta med nokre definisjonar og forklaringar.

1.5.1 Rehabilitering

Ny definisjon av habilitering og rehabilitering vart gjeldande frå 1. mai 2018:

Habilitering og rehabilitering skal ta utgangspunkt i den enkelte pasients og brukers livssituasjon og mål. Habilitering og rehabilitering er målrettede samarbeidsprosesser på ulike arenaer mellom pasient, bruker, pårørende og tjenesteytere. Prosessene kjennetegnes ved koordinerte, sammenhengende og kunnskapsbaserte tiltak. Formålet er at den enkelte pasient og bruker, som har eller står i fare for å få begrensninger i sin fysiske, psykiske,

kognitive eller sosiale funksjonsevne, skal gis mulighet til å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltagelse i utdanning og arbeidsliv, sosialt og i samfunnet. (Forskrift om habilitering og rehabilitering, 2011, § 3).

1.5.2 Kvardagsrehabilitering

Kvardagsrehabilitering bygger på rehabiliteringsteori og på definisjonen av rehabilitering. Under er definisjonen av kvardagsrehabilitering, som summerer opp hovudtrekka ved kvardagsrehabilitering i Skandinavia:

Hverdagrehabilitering er tidsavgrenset, intensiv og målrettet rehabilitering i hjem og nærmiljø rettet mot personer som har opplevd et funksjonsfall, og der terapeuter, sykepleiere og ansatte i hjemmetenesten i kommunen samarbeider og bistår personene med trening og tilrettelegging av hverdagsaktiviteter som er viktige for personen selv. (Førland og Skumsnes, 2016, s. 11).

1.5.3 Kommunale helse- og omsorgstenester

I Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m (helse- og omsorgstjenesteloven) § 3-1 er kommunen sitt ansvar for helse- og omsorgstenester beskrive slik:

Kommunen skal sørge for at personer som oppholder seg i kommunen, tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester. Kommunens ansvar omfatter alle pasient- og brukergrupper, herunder personer med somatisk eller psykisk sykdom, skade eller lidelse, rusmiddelproblem, sosiale problemer eller nedsatt funksjonsevne. Kommunens ansvar etter første ledd innebærer plikt til å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere virksomheten, slik at tjenestenes omfang og innhold er i samsvar med krav fastsatt i lov eller forskrift. Kongen kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om pliktens innhold. Kommunens helse- og omsorgstjeneste omfatter offentlig organiserte helse- og omsorgstjenester som ikke hører under stat eller fylkeskommune. (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011, § 3-1).

Lovens formål beskrive i § 1-1 er blant anna å «forebygge, behandle og tilrettelegge for mestring av sykdom, skade, lidelse og nedsatt funksjonsevne» (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011, §1-1).

I § 3-3 Helsefremmende og forebyggende arbeid står der følgande: «Kommunen skal ved ytelse av helse- og omsorgstjenester fremme helse og søke å forebygge sykdom, skade og sosiale problemer. Dette skal blant annet skje ved opplysning, råd og veiledning». (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011, § 3-3).

For å oppfylle ansvaret etter § 3-1 skal kommunen blant anna tilby følgande: «Helsefremmende og forebyggende tjenester, og andre helse- og omsorgstjenester herunder: helsetjenester i hjemmet, personlig assistanse, herunder praktisk bistand og opplæring, og støttekontakt, og plass i institusjon, herunder sykehjem» (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011).

Personar som mottok teneste frå kommunen vert ofte nemnt som brukarar. Dette brukaromgrepet vert nytta i denne masteroppgåva.

1.6 Oppbygging av oppgåva

Kapittel 1 startar med å presentere tema og aktualitet, problemstilling og forskingsspørsmål, samt definisjonar på aktuelle omgrep. I kapittel 2 vert tenesta kvardagsrehabilitering sett inn i ein kontekst, rehabiliteringspyramiden og dei andre kommunale rehabiliteringstenestene vert gjort greie for, og til slutt vert det vist til aktuelle offentlege dokument og reformer. I kapittel 3 set eg den teoretiske ramma for masteroppgåva. Stikkord her er kommunal tenesteproduksjon og innovasjon, prioritering av ressursar og tverrprofesjonelt samarbeid. Val av metode, etiske refleksjonar, framgangsmåte for forskingsarbeidet og svakheiter ved masteroppgåva si valte metode vert presentert i kapittel 4. Kapittel 5 handlar om arbeidet eg har gjort i samband med analyse av forskingsdata. Eg har gjennomført både deskriptive analyser og korrelasjonsanalyser. I kapittel 6 diskuterer eg rundt problemstillinga og forskingsspørsmåla, og knyt dei teoretiske rammene, offentlig politikk, kommunale tenester og prioritering av ressursar saman med funna i forskingsarbeidet mitt. På denne måten håpar eg å finne ny kunnskap og avdekke samanhengar. Til slutt oppsummerar eg funna mine og seier noko om vegen vidare i kapittel 7. Deretter følgjer kjeldeliste og til sist ligg vedlegga.

2 Bakgrunn og kontekst

2.1 Kvardagsrehabilitering

2.1.1 Innføring av kvardagsrehabilitering i Noreg

Det var i Østersund kommune i Sverige at «Hemrehabilitering» først starta rundt 1999. Frederica kommune i Danmark vart inspirert av Østersund kommune og sette i gong prosjektet «Længst mulig i eget liv» i 2008. Målet var å handtere dei økonomiske og demografiske utfordringane i eldreomsorga. Fokuset var førebygging og tidleg intervensjon overfor innbyggjarar med gradvis eller plutselig funksjonsfall. Dei kalla det «Hverdagsrehabilitering». Resultatet vart reduserte utgifter og fornøgde innbyggjarar. Dette vart kalla Frederica-modellen og vart etter kvart tatt i bruk i dei fleste danske kommunar (Kjellberg et al., 2011; Hartviksen og Sjølie, 2017).

Noreg står ovanfor dei same økonomiske og demografiske utfordringane som Danmark og Sverige, med fleire eldre innbyggjarar og færre innbyggjarar i yrkesaktiv alder. Desse berekningane gjer at det er naudsynt å organisere dei kommunale helsetenestene annleis enn tidlegare (Opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering (2017-2019)). Inspirert av Frederica kommune vart det i 2012 etablert eit samarbeidsprosjekt med Norsk Ergoterapeutforbund, Norsk Fysioterapeutforbund, Norsk Sykepleierforbund og KS (Kommunesektorens organisasjon). Samarbeidsprosjektet fekk midlar frå Helse- og omsorgsdepartementet og vart kalla *Innføring av hverdagsrehabilitering i norske kommuner*. Prosjektet førte til auka merksemd rundt brukarstyring og tverrfagleg samarbeid. Fleire og fleire kommunar starta opp kvardagsrehabilitering og denne utviklinga vart sett på som ein innovasjon i norske kommunale helse- og omsorgstenester (Hartviksen og Sjølie 2017).

Det har ikkje vore gjort noko nasjonal kartlegging av kor mange kommunar som har starta opp tenesta kvardagsrehabilitering i Noreg (Førland og Skumsnes, 2016). I 2012 vart det oppretta ei offentleg Facebook-gruppe som heiter «Hverdagsrehabilitering», tilknytt Norsk Ergoterapeutforbund. Per mars 2022 har denne gruppa over 9200 medlemmar, i hovudsak fagpersonar som arbeidar innan rehabiliteringsfeltet. I denne Facebook-gruppa vart det lagt ut eit Noregskart som viste ei oversikt over kva kommunar som hadde starta opp med kvardagsrehabilitering og dei som var undervegs i prosessen. Denne oversikta vart oppdatert nokre gongar i året. Denne oversikta vart sist oppdatert i april 2018 og då var det 230 kommunar som til

saman hadde starta opp med kvardagsrehabilitering. Med løyve frå administrator i Facebook-gruppa har eg tatt med bilde av det sist oppdaterte kartet.



Bilde 2.1: Kommuneoversikt for oppstart av kvardagsrehabilitering (N.E. Ness, personleg kommunikasjon, 19 mai 2022).

2.1.2 Kva er kvardagsrehabilitering

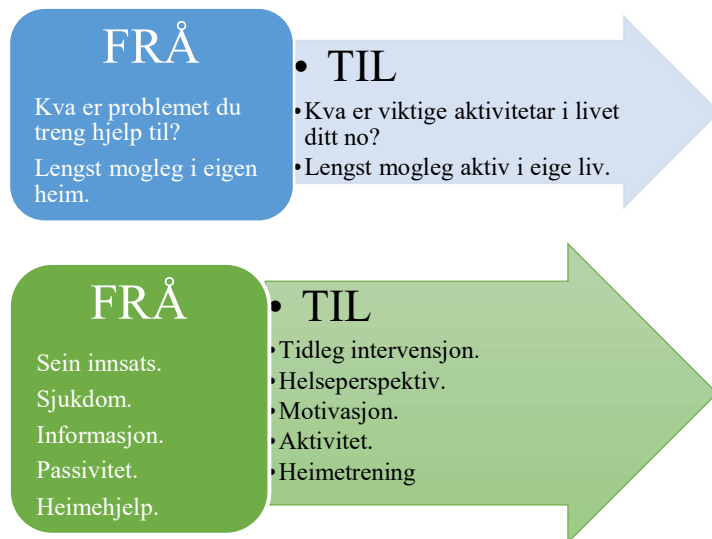
Kvardagsrehabilitering er rehabilitering og førebygging i brukaren sin eigen heim, der målsettinga er auka livskvalitet og eigenmeistring. Eit tverrfagleg team som består av fysioterapeut, ergoterapeut og sjukepleiar, rettleiar og legg til rette for ønska aktivitet saman med eigne heimetrenarar i ei tidsavgrensa periode. Samarbeid mellom ulike faggrupper er ein av faktorane som er vektlagt innan kvardagsrehabilitering, og som er viktig for å sikre kvalitet i tenestetilbodet (Tuntland og Ness, 2014).

Folk flest ynskjer å vere aktive og kunne bu heime lengst mogleg. Dei fleste ynskjer å halde fram med å kunne bestemme over eige liv, sjølv om det er behov for rehabilitering. Den enkelte sine ressursar, interesser og mål står sentralt i kvardagsrehabilitering, noko som er viktig for

motivasjonen i rehabiliteringsprosessen. Tiltaket startar difor med spørsmålet: "Kva er viktige aktivitetar i livet ditt no?" For svært mange handlar det om å meistre utfordringar i kvardagen. Dette kan for nokon vere å hente posten eller luften hunden, for andre å få på seg strømpene, handle mat eller å ta seg ein dusj når ein sjølv ynskjer. Gjennom kvardagsrehabilitering får den enkelte støtte til å utnytte eigne ressursar og trene på å utføre meningsfulle kvardagsaktivitetar i kjende omgjevnadar (Tuntland og Ness, 2014).

Mange kommunar har definert inklusjons- og eksklusjonskriterier for å få tenesta kvardagsrehabilitering og desse kriteria kan vere ulike frå kommune til kommune. Kvardagsrehabilitering skal vere eit lav terskel tilbod og intensjonen er å fange opp personar i tidleg fase av eit funksjonsfall, så desse kriteria bør ikkje vere for strenge. Målgruppa for kvardagsrehabilitering er i hovudsak nye søkarar av helse- og omsorgstenester og personar utskrive frå sjukehus og rehabiliteringsinstitusjonar, gjerne eldre personar. Mange kommunar krev at personen har eit rehabiliteringspotensial og er motivert for rehabilitering. Typiske eksklusjonskriterier er brukarar i terminal fase, brukarar med langt komen demensutvikling, brukarar som er alvorleg psykisk sjuke og svært pleietrengande personar (Tuntland og Ness, 2014).

Kvardagsrehabilitering byggjer på tankesettet kvardagsmeistring som kan definerast på følgende måte. «Et forebyggende og rehabiliterende tankesett som vektlegger den enkeltes meistring i hverdagen uansett funksjonsnivå. Brukerstyring og vektlegging av den enkeltes ressurser og deltakelse står sentralt» (Ness et al., 2012, s.16). Dette tankesettet er også ein del av tradisjonell rehabilitering og er difor ikkje unikt for kvardagsrehabilitering. Kvardagsmeistringstankesettet bør i framtida vere grunnlaget for alle helsetenester, og pleie og kompenserande tiltak skal berre tilbydast når det er nødvendig. Utfordringa er å nytte dette tankesettet i ei rekke kommunale og private tenester (Tuntland og Ness, 2014).



Figur 2.1: Kvardsmeistringstankesettet i kvardsrehabilitering (basert på Først og Høverstad (2014).

2.1.3 Organisasjonsmodellar for kvardsrehabilitering

Der er mange omsyn å ta ved oppstart av kvardsrehabilitering i kommunane. Kommunane har ulike utgangspunkt med tanke på geografi, ressursar, demografi og helseutfordringar. Behovet for organisering av tenesta er ulikt. Der er ingen fast modell for kvardsrehabilitering som alle kommunar skal bruke. Fleire kommunar utviklar sine egne modellar og dei får gjerne namn etter kommunen, til dømes Frederica-modellen frå Danmark og i Noreg har vi Vossa-modellen. Stavanger, Arendal og Bodø er også kommunar som har utvikla modellar og dokumentert desse i rapportar (Tuntland og Ness, 2014).

Frederica-modellen er godt dokumentert av Dansk Sundhetsinstitutt (Kjellberg et al., 2011) og denne dokumentasjonen har vore viktig for utviklinga av kvardagrehabilitering i Noreg. I Frederica-modellen er kvardsrehabilitering organisert som ei spesialisert eining, der teamet består av leiar, planleggar, ergoterapeutar, fysioterapeutar og sjukepleiar, i tillegg er der fleire heimetrenarar i heimetenestene (Hartviksen og Sjølie, 2017).

I 2014 vart det publisert ein rapport frå KS-prosjektet *Fra passiv mottaker til aktiv deltaker: Hverdagsrehabilitering i norske kommuner* (Først og Høverstad, 2014). Her var det samla dokumentasjon om kvardsrehabilitering frå Skandinavia og erfaringar frå 20 norske kommunar. Her skil dei mellom to ulike modellar for organisering av kvardsrehabilitering, spesialistmodell og integrert modell. Den eine modellen er rehabiliteringsteam med fullstendig ansvar for både

planlegging og utføring. Den andre er rehabiliteringsteam som motor for kvardagsrehabilitering, der treningane utførast av tilsette i heimetenestene, med rettleiing frå teamet.

Helsedirektoratet ynskja kunnskap om effektar og modellar for kvardagrehabilitering og gav Senter for omsorgsforskning Vest i oppdrag å følgjevaluere alle kommunane som fekk tilskot til å starte kvardagsrehabilitering. 43 kommunar deltok i denne følgjeevalueringa og den viste mellom anna at det hadde utvikla seg tre hovudmodellar for kvardagsrehabilitering. Organisasjonstype ein går ut frå heimetenestene i samarbeid med rehabiliteringstenesta, organisasjonstype to går ut frå rehabiliteringstenesta i samarbeid med heimetenestene. Begge desse er integrerte modellar. Den tredje organisasjonstypen er ei spesialisert eining, som er fristilt og er parallell med heimetenestene og rehabiliteringstenesta (Langeland et al, 2016; Tuntland og Ness, 2014).

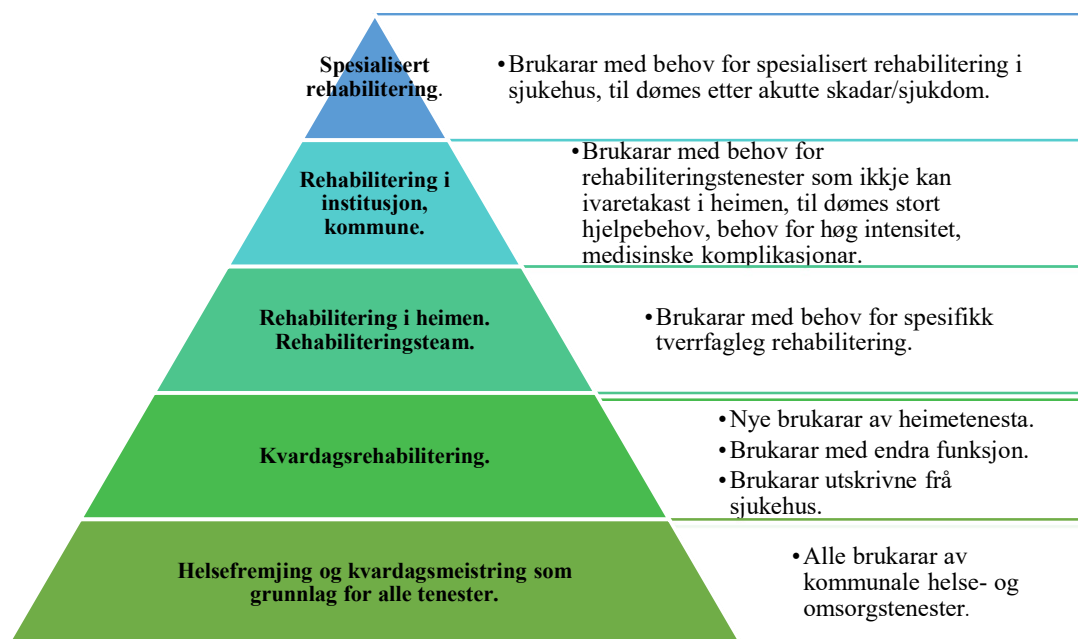
Heimetenesteintegert modell	Rehabiliteringsteneste-integrert modell	Spesialistmodell
<ul style="list-style-type: none">• Teneste lokalisert og drifta av heimetenestene, i samarbeid med rehabiliteringstenesta.• Involverar heile heimetenestene og krev ei større haldning- og kulturendring, og vil på sikt bidra til auka meistringsfokus i ordinære helse- og omsorgstenester.• Kvardagsrehabiliteringsteamet rettleiar heimetenestene i rehabiliteringsprosessen.	<ul style="list-style-type: none">• Teneste lokalisert og drifta av rehabiliteringstenesta, i samarbeid med heimetenestene.• Kvardagsrehabiliteringsteamet rettleiar heimetenestene i rehabiliteringsprosessen.	<ul style="list-style-type: none">• Eiga spesialisert enhet ved sida av heimetenestene og rehabiliteringstenesta, og med sjølvstendig ansvar for heile rehabiliteringsprosessen.• Fullt fokus på kvardagsrehabilitering, eksklusivt tilbod.• Kvardagsrehabiliteringsteamet fullstendig ansvar for rehabiliteringsprosessen.

Figur 2.2: Kvardagsrehabiliteringsmodellar i Noreg (basert på Tuntland og Ness (2014) og Langeland et al., (2016).

2.2 Rehabiliteringspyramiden

Rehabiliteringspyramiden skisserer forholdet mellom dei ulike rehabiliteringstenestene i ei kommune og vart utvikla i samband med *Helsefremmingsplanen* til Kristiansand kommune (2013). Kristiansand kommune har i sin plan for folkehelse, forebygging og rehabilitering skissert kva tiltak og tenester som er nødvendige for å møte brukarane sine ulike rehabiliteringsbehov. Rehabiliteringspyramiden delar rehabilitering inn fem nivå, arenaer og grader for spesialisering. Nivåa i pyramiden er nivå av grader for spesialisering, ikkje status (Førland og Skumsnes, 2016). Tuntland og Ness (2014) tolkar pyramiden slik at der er to hovudpoeng. 1) Spesialist og

generalist: behov for høgare grad av spesialisering, di høgare opp i pyramiden ein er. 2) Medisinsk kompetanse og sosial aktivitetskompetanse: di høgare opp i pyramiden, di større behov for medisinsk kompetanse. Breidda på pyramiden viser at der er fleire brukarar på dei nedste nivåa, og brukarane vert færre di lenger opp i pyramiden ein kjem. Pyramiden skisserer også forholdet mellom kor mange brukarar kvar rehabiliteringsteneste har og kva type rehabiliteringstenester som vert nytta.



Figur 2.3: Rehabiliteringspyramiden (Kristiansand kommune, 2013).

Tuntland og Ness (2014) poengterer at det er viktig å vere bevisst på at kvardagsrehabilitering ikkje er meint å erstatte alle rehabiliteringsbehov. Det er viktig å ha eit differensiert rehabiliteringstilbod på kommunalt nivå, som stettar dei ulike rehabiliteringsbehova. Rehabiliteringspyramiden er eit godt verktøy i arbeidet med kriterier og målgrupper mellom ulike rehabiliteringstenester.

2.3 Rehabilitering i heimen og rehabilitering i institusjon

Tenesta rehabilitering i heimen inneber ei tverrfagleg og målretta oppfølging i heimen frå ulike faggrupper (Opptappingsplan for habilitering og rehabilitering (2017-2019). Rehabilitering i

heimen er spesifikk rehabilitering og målgruppa er personar over 18 år, med behov for tett tverrfagleg oppfølging i ei avgrensa periode. Det som skil rehabilitering i heimen frå kvardagsrehabilitering er i hovudsak målgruppa. Rehabilitering i heimen kan også inkludere brukarar med stort oppfølgingsbehov. Rehabilitering i heimen kan innehalde element av kvardagsrehabilitering, men kvardagsrehabilitering (som er generell) kan ikkje omfatte rehabilitering i heimen (Rambøll, 2012).

Målgruppa til kvardagsrehabilitering er brukarar som stort sett opplev svekking av funksjon grunna alder eller inaktivitet. Rehabilitering i heimen er meir retta mot brukarar som har behov for attvinning av funksjon etter sjukdom og skade. Der er ingen motsetnad mellom desse to nivåa av rehabilitering. Der er behov for både spesifikk rehabilitering som behandlar og generell rehabilitering som førebygger funksjonsfall. Målsettinga om sjølvstende og meistring er den same for begge nivåa, men målgruppa er ulik (Hole og Hurum, 2014).

Asker kommune (2020) har på sine heimesider beskrive kriteria som gjeld for rehabilitering i heimen og for kvardagsrehabilitering:

Rehabilitering i hjemmet er en tjeneste til deg over 18 år som har behov for tverrfaglig, spesialisert og planmessig oppfølging etter sykdom, skade eller funksjonsfall.

Rehabiliteringen skjer i ditt hjem, hvor du blir fulgt opp av et tverrfaglig team bestående av ergoterapeut, fysioterapeut og sykepleier. Tjenesten blir innvilget for en tidsavgrenset periode. (Asker kommune, 2020).

Hverdagsrehabilitering er for deg over 18 år som har opplevd et plutselig eller gradvis fall i funksjonsnivå som gjør at du ikke klarer det samme som før. Hverdagsrehabilitering i hjemmet er en tjeneste som skal bidra til at du mestrer hverdagsaktiviteter som er viktige for deg, og kan bli boende i ditt eget hjem, selv med endret helsetilstand. (Asker kommune, 2020).

I følge helse- og omsorgstenestelova har kommunane eit ansvar for å sikre eit godt rehabiliteringstilbod til sine innbyggjarar, dette gjeld både i heimen og på institusjon. Tilbodet om rehabilitering i institusjon i kommunane er ofte lokalisert til sjukeheim. Dette kallast ofte korttidsplassar og har varierende grad av fleirfagleg personell og tverrprofesjonelt samarbeid. Nokon større kommunar har etablert egne rehabiliteringssenter, medan andre kommunar har dagtilbod med tilbod om rehabilitering, ofte i samband med dagsenter eller sjukeheim (Opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering (2017-2019)).

Ein svakheit i det kommunale rehabiliteringstilbodet er mangel på egne rehabiliteringssenter. Korttidsavdelingane som skal dekkje rehabiliteringsbehovet i kommunen er stort sett eit tilbod for eldre. Det som skjer er at rehabiliteringsplassane vert nytta til somatiske pleiepasientar eller for å ta unna utskrivingsklare pasientar frå sjukehus. Mange korttidsavdelingar har også mangel på ressursar og manglar tverrfagleg personell (KPMG, 2020). Forsking viser at rehabilitering på korttids plassar er mindre effektivt og gjev dårlegare resultat enn om rehabilitering skjer på egne rehabiliteringssenter (Johansen, 2013).

Målgruppa for rehabilitering i institusjon er brukarar med lavt funksjonsnivå og som opplev det som utrygt å bu heime etter eit funksjonsfall. Det er viktig at det under opphaldet på institusjon samarbeidast tverrfagleg slik at utskriving til heimen ivaretakast på ein god måte (Rambøll, 2012).

2.4 Aktuelle offentlege dokument og reformar

Offentleg innovasjon og kommunal tenesteproduksjon har fått mykje fokus og merksemd frå politisk hald. Når det gjeld kvardagsrehabilitering er særleg NOU rapporten *Innovasjon i omsorg* (NOU 2011:11) viktig. Denne utredninga hadde som mandat å sjå på løysingar for dei framtidige utfordringane i kommunale helse- og omsorgstenester. Kvardagsrehabilitering var nemnt som ei ny arbeidsmetode med vekt på aktiv omsorg. Også i den påfølgande stortingsmeldinga *Morgendagens omsorg* (Meld. St. 29. 2012-2013) vert kvardagsrehabilitering trekt fram som ei teneste det bør satsast på og verkeleg sett på den politiske dagsordenen. Stortingsmeldinga *Fremtidens primærhelsetjeneste- nærhet og helhet* (Meld.st. 26, 2014-2015) omtalar habilitering og rehabilitering i kommunane, og kvardagsrehabilitering sidestillast med andre kommunale rehabiliteringstilbod. Arbeidet med å implementere kvardagsrehabilitering i kommunane skal fortsette, også arbeidet med å måle effekt og utvikle tenesta vidare (Førland og Skumsnes, 2016).

Noreg var tidleg ute med å dokumentere erfaringar og effektar for kvardagsrehabilitering. KS (Kommunesektorens organisasjon) sitt prosjekt *Fra passiv mottaker til aktiv deltaker- Hverdagsrehabilitering i norske kommuner* skulle sjå på erfaringane til 20 utvalde kommunar i samband med utprøving av modellar for kvardagsrehabilitering, spesielt med tanke på økonomi, styring og leiing. Prosjektrapporten drøftar mellom anna suksesskriterier og fallgruver for kvardagsrehabilitering (Først og Høverstad, 2014). I statsbudsjettet for 2013-2015 vart det sett av midlar til utvikling og utprøving av modellar for kvardagsrehabilitering. Med bakgrunn i dette ynskja Helsedirektoratet kunnskap om effektane av kvardagsrehabilitering. Senter for

omsorgsforsking Vest fekk oppdraget om å følgje-evaluere alle kommunar som fekk tilskot til å innføre kvardagsrehabilitering. 43 kommunar var med i denne evalueringa og det vart nytta fleire ulike metodiske tilnærmingar. Rapporten *Modeller for kvardagsrehabilitering- en følgeevaluering i norske kommuner* konkluderte mellom anna med at kvardagsrehabilitering har styrka rehabiliteringstilbodet til dei eldre, men var usikre på om det hadde styrka det samla rehabiliteringstilbodet i kommunane (Langeland et al., 2016).

Samhandlingsreforma *Rett behandling- på rett sted- til rett tid* kom som følgje av ulike utfordringar, som fragmenterte tenester, for lite fokus på førebygging og dei demografiske utfordringane. Hovudgrepa skisserte i reforma var ei klarare pasientrolle, ny kommunerolle, etablere økonomiske motiver, utvikle spesialisthelsetenesta og legge til rette for tydelegare prioriteringar. Regjeringa ynskja å legge fleire oppgåver på kommunane og det vart sett krav til samarbeid mellom kommunar og helseføretak (St.meld. nr 47, 2008-2009).

NOU rapporten *Det viktigste først* omhandlar prioriteringar i den kommunale helse- og omsorgstenesta og offentleg finansierte tannhelsetenester. Mandatet som utvalet fekk var å beskrive utfordringsbilete og behovet for prioritering i kommunale helse- og omsorgstenester, og drøfte og kome med prinsipp for prioritering på ulike slutningsnivå (fagleg, administrativt og politisk) (NOU 2018).

Leve hele livet. En kvalitetsreform for eldre skal bidra til å skape eit meir aldersvennleg samfunn der eldre kan vere aktive og sjølvstendige. Reforma har fem innsatsområde: eit aldersvennleg Noreg, aktivitet og fellesskap, mat og måltid, helsehjelp og samanheng i tenestene (Meld.st. 15 (2017-2018)).

Omsorg 2020 (2015-2020) var regjeringa sin plan for omsorgsfeltet i perioden 2015 til 2020, og skisserte viktige tiltak for å styrke kompetansen og kvaliteten i dei kommunale tenestene. Der vart mellom anna førespegla at det skulle utarbeidast ein eigen opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering. Denne opptrappingsplanen skulle vere med på å betre det kommunale rehabiliteringstilbodet (Førland og Skumsnes, 2016). Då planen kom i 2017 hadde den som mål å skape pasienten sin helseteneste, som innebar at pasienten aktivt skulle delta i rehabiliteringsprosessen og meistre livet med funksjonsnedsetting. Den omhandla brukarar med funksjonsnedsettingar som følgje av fysisk sjukdom, uavhengig av bustadadresse, diagnose og alder. Brukarane skulle få gode habilitering og rehabiliteringstilbod der dei budde og kommunane skulle over tid ta over rehabiliteringsoppgåver frå spesialisthelsetenesta. Planen var også å betre kvaliteten på tenestene og styrke brukarperspektivet. Opptrappingsplanen gav ei oversikt over

utfordringar innan habilitering og rehabiliteringsfeltet og fastla strategiar for å møte desse utfordringane (Opptappingsplan for habilitering og rehabilitering (2017-2019)).

Tenesta kvardagsrehabilitering har variasjonar med tanke på val av modell og bruk av ressursar. Rehabiliteringspyramiden skisserer ulike rehabiliteringsnivå og grad av spesialisering. Tenestene kvardagsrehabilitering og rehabilitering i heimen kan ved første augekast sjå like ut, men som vist i dette kapittelet har dei ulik målgruppe og det er ingen motsetnad mellom desse to nivåa av rehabilitering. Tverrprofesjonelt samarbeid er viktig i kvardagsrehabilitering. Kommunal organisering, innovasjon og variasjon i tenesteproduksjon vert tatt vidare i neste kapittel der dei teoretiske rammene vert sett. Tverrprofesjonelt samarbeid og kompleksiteten ved helse- og omsorgstenester vert også sett nærare på.

3 Teori og relevant forskingslitteratur

3.1 Kommune, innovasjon og kompleksitet

Ei kommune kan definerast som eit avgrensa geografisk område eller fellesskap som har ein viss grad av sjølvstende i forhold til eit overordna organ, som i Noreg er staten (Thorsnæs og Berg, 2021). Staten har behov for å styre kommunesektoren og tek då utgangspunkt i nasjonale mål som likskap, likeverd og berekraftig utvikling. Hovudprinsippet for staten si styring av kommunane er rammestyrt, der kommunane får handlingsrom til å gjere lokale tilpassingar av tenestene. Ny kommunelov som trede i kraft i 2019 lovfestar det kommunale sjølvstyret (Meld. St. 30 (2019–2020)).

Kommunen si rolle er både som offentleg organ og tenesteytar. Kommunane har stor sysselsetting og ressursbruk innan sektorane helse og sosial, undervisning og teknisk drift. Det siste ti-året har staten lagt større vekt på å overføre meir ansvar til kommunane. Eit døme på dette er samhandlingsreforma frå 2012 der overføring av ansvar til kommunane skulle vere med på å betre samhandlinga mellom den statlege sjukehusdrifta og den kommunale helsetenesta.

Statsforvaltarane og dei enkelte fagdepartement fører tilsyn med kommunane (Thorsnæs og Berg, 2021).

Dei fleste kommunane er styrt etter formannskapsprinsippet, det vil seie at eit kommunestyre vert valt for fire år, med same reglar for stemmerett som gjelder ved stortingsval. Kommunestyret vel

blant sine medlemmer eit formannskap, og formannskapet skal speile kommunestyrets partipolitiske samansetning. Kommunestyret og formannskapet sitt arbeid vert leia av en ordførar, valt av kommunestyret. Den kommunale forvaltning vert leia av en administrasjonssjef.

Kommunane kan og ha faste utval for dei ulike saksområda og desse utvala har delegert mynde (Thorsnæs og Berg, 2021).

Formannskapsmodellen er den mest vanlege kommuneorganiseringa, men fleire store kommunar (til dømes Oslo og Bergen) er styrt etter parlamentariske prinsipp, og då fungerer kommunestyret som det parlamentariske organ. Kommunerådet (byrådet) vert då den lokale «regjering» og leiar den kommunale forvaltninga på same måte som regjeringa leiar statsforvaltninga (Thorsnæs og Berg, 2021).

I Noreg har kommunane alltid engasjert seg i nyskappingsarbeid, men i dag nyttar ein ofte omgrepet innovasjon på mykje av det kommunane gjer for å betre lokalsamfunnet og utvikle sine tenester (Ringholm et al., 2013). "Innovasjon er noe som er nytt, nyttig og nyttiggjort. En ny, og samtidig så god løsning, at folk vil ta den i bruk" (KS, 2016).

I stortingsmeldinga *En innovativ offentlig sektor- Kultur, ledelse og kompetanse* (2019-2020) vert innovasjon i offentlig sektor definert på følgjande måte:

Innovasjon i offentlig sektor kan være en ny eller vesentlig endret tjeneste, produkt, prosess, organisering eller kommunikasjonsmåte. At innovasjonen er ny, betyr at den er ny for den aktuelle virksomheten, den kan likevel være kjent for og iverksatt i andre virksomheter. (Meld. St. 30 (2019–2020) s.13).

Sjølv om mykje av initiativet til nyskaping kjem frå kommunale aktørar er det ikkje alle innovasjonar som skjer nedanfrå og opp (bottom-up), eksterne rammer (stat, fylkeskommune, lovgjeving) kan påverke kommunane sin innovasjonsevne. Statlege føringar med ovanfrå og ned tilnærming (top-down) kan også føre til at kommunane gjennom iverksetting av tiltak gjer innovativ grep i organisering eller tenesteutvikling (Ringholm et al., 2013).

Kommunane er delt inn i ulike sektorar, og er ein iverksettar for ein sektoroppdelt stat og underlagt sektorlovgjeving (Teigen, 2013; Ringholm et al., 2013). Politiske avgjersler og reformer vert satt ut i livet og gitt eit innhald gjennom iverksettingsprosessar. Kommunane er oftast iverksettingsorgan for nasjonal politikk. Denne type iverksetting er prega av ovanfrå og ned (top-down) tilnærming. Nokon forskarar meiner at ei vellykka iverksetting bør innehalde begge tilnærmingane, både ovanfrå og ned (top-down) og nedanfrå og opp (bottom-up). Variasjonar i

organisasjonsstruktur, endringsomfang og politisk einigheit kan påverke korleis politikken vert sett i verk frå kommune til kommune (Offerdal, 2014).

Det viser seg at innovasjonsaktiviteten er stor i dei mjuke kommunale sektorane (helse og sosial, pleie og omsorg), der handlingsfridomen er stor (Ringholm et al., 2013). Det er også produkt/teneste innovasjon og prosessinnovasjon som er dominerande (Teigen 2013).

Innovasjonar krev ressursar og difor er kommunane opptatt av å lære av kvarandre. Et døme på dette er den danske kommunen Frederica, som utvikla eldreomsorga og endra fokuset på dei eldre innbyggjarane (frå å vere passive til å vere aktive i eigne liv). Imitasjonsteorien til den franske sosiologen Gabriel Tarde kan nyttast til å forstå spreining av innovasjonar (Fuglsang og Rønning, 2013). Norske kommunar liknar på danske kommunar, både geografisk, språkleg og kulturelt, mykje av det som fungerer i Danmark vil også fungere i Noreg. Det gjekk difor føre seg ein imitasjon av Frederica kommune sin innovasjon i eldreomsorga (Frederica-modellen). Det som driv innovasjonar framover er evna til å imitere gode og innovative løysingar. I Noreg har det igjen gått føre seg ein imitasjonsprosess mellom kommunane som spreier innovasjonen (Frederica-modellen) rundt om i landet. Imitasjonsperspektivet på spreining av innovasjon har stor relevans for offentleg sektor. Diffusjonsteorien, som kan knytast til Everett Rogers, var opptatt av korleis innovasjon spreiar seg (Fuglsang og Rønning, 2013). Rogers var inspirert av Tarde og såg på korleis det nye (innovasjonen) passa inn i mottakaren sin situasjon. Rogers lanserte nokre nøkkelomgrep: «relativ fordel» (kor gunstig er ideen for sentrale aktørar), «innpassing» (korleis passar det nye inn i organisasjonen sin struktur og kultur), «kompleksitet» (kor lett er det nye å forstå), «utprøving og observering» (kor lett er det å måle effekt av det nye) (Fuglsang og Rønning, 2013).

Entreprenørar (engasjerte enkeltpersonar) er viktige for spreining av innovasjon i kommunane, også kalla endringsagentar. Frederica-modellen inneheld mykje av dette. Kommunen skal overtale dei eldre til å fokusere på aktivitet, helse og trivsel, i staden for å ta ei passiv pasientrolle. Her er endringsagenten avhengig av at andre aktørar i omgjevnadane er med på å arbeide for at dei eldre gradvis skal få sansen for dette nye. Det kan og dannast ulike inspirasjonsnettverk for spreining av innovasjon og desse nettverka skapar utviklingsspor som er nødvendige for framtida. Det kan sjå ut til at slike nettverk har fått stor betydning for kommunane. Frederica-modellen er eit døme på eit slikt nettverk. I denne type nettverk er det felles interesser som bind aktørane saman, dei lærer av kvarandre og drøftar moglegheiter for innovasjon (Fuglsang og Rønning, 2013)

Det er velferdsutfordringane og ynskje om å utvikle betre tenester for innbyggjarane, som motiverer kommunane til innovasjon (tenesteinnovasjon). Behovet for tenester og forventningane til innbyggjarane endrar seg. Velferdsutfordringane gjev auka press på dei økonomiske ressursane. Men det å skape økonomisk effektivitet i offentleg sektor er det lite innovasjon rundt. Samtidig er kommunane opptatt av at tenestene skal ha god kvalitet og dei må samstundes konkurrere om kvalifisert arbeidskraft (Ringholm, 2013).

Forskarane Moe og Gårdseth-Nesbakk (2015) ser på kvardagsrehabilitering som ein kommunal innovasjon. Kvardagsrehabilitering er ei ny teneste og fører til ei endring i den ordinære organiseringa av helse- og omsorgstenestene i kommunane. (Moe og Gårdseth-Nesbakk, 2015).

Kunnskap om kompleksitet og systemtenking kan hjelpe å forstå kva som skjer i ein organisasjon som er i ein endringsprosess (Hartviksen og Sjølie, 2017). Helse- og omsorgstenestene utgjer ein kompleks organisasjon. Det er utfordrande å produsere trygge og gode tenester i eit slikt kompleks system, særleg når økonomiske og ressursmessige rammer set grenser (Anderson et al., 2016). Komplekse system vil vere uføreseielege og sjølvmotseiing vil vere til stades. Helsevesenet er eit kompleks adaptivt system, definert som ei samling av uføreseielege individuelle aktørar som har friedom til å handle slik at det kan endre konteksten for andre aktørar. Systema kan delast inn i makro-, meso- og mikronivå (Plsek, 2001). Sett ein desse nivåa inn i kommunal samanheng kan det til dømes vere slik: på makronivå finn ein kommunen sine helse- og omsorgstenester, inkludert kommunal leing, mesonivået kan vere til dømes vere heimetenestene, og mikronivået er samhandlinga mellom helsepersonell (til dømes heimetrenar) og brukar (Hartviksen og Sjølie, 2017).

Samansette problem (wicked problems) er ein samlebetegnelse for nærmast uløselege problem i offentleg sektor. Dei demografiske utfordringane er eit døme på eit slikt samansett problem (Røste, 2013). Det førebyggjande arbeidet vert også av mange rekna som «wicked problems» då det er vanskeleg å definere og handtere. Førebyggjande arbeid krev heilskaplege og koordinerte handlingar frå mange aktørar (Amdam, 2013).

3.2 Kommunal tenesteproduksjon

Sett frå eit planleggingsteoretisk perspektiv kan planlegging av kommunale helse- og omsorgsoppgåver baserast på eit skilje mellom dei oppgåver som treng friske midlar og dei oppgåver som kan løysast innanfor eksisterande ressursrammer. Kommunane handterer best dei

oppgåvene dei kan løyse med eksisterande ressursar. Innovasjon er bra, men krev ofte friske midlar for å kunne gjennomførast. Utfordringa er dei statlege reformkrava og kommunane sin økonomi (Vetvik og Disch, 2017).

Helse- og omsorgsdepartementet ynskja å finne ut korleis det sto til med planlegginga av helse- og omsorgstenester i kommunane, og våren 2009 gjennomførte Senter for omsorgsforskning Sør ei kartleggingsstudie av omsorgsplanarbeidet i landets kommunar (*Framtidas omsorgsbilde- slik det ser ut på tegnebrettet*). For å sjå utviklingstrekk vart det gjennomført ein tilsvarande studie i 2011 (*Kommunal omsorg i plan - utfordringer mot 2025*). Våren 2015 vart det gjort ei tredje studie basert på dei føregåande studiane også utført av Senter for omsorgsforskning Sør. Dette prosjektet vart kalla *Planlegging for framtidens helse- og omsorgsoppgaver i kommunene- 2015-2025*, og er ein oppfølging av to dei to tidlegare studia (Vetvik og Disch, 2017).

Det å utarbeide ein helse- og omsorgsplan er ikkje ei lovpålagt oppgåve for kommunane, men det er statlege signaler om at ein slik plan er viktig å ha med tanke på vidare utvikling av helse- og omsorgstenestene (Vetvik og Disch, 2017). I studien frå 2015 vart det gjort ei kartlegging der kommunane vart spurt om dei hadde gjennomført ei behovsundersøking om framtidige helse- og omsorg behov. 47 prosent av kommunane hadde ikkje gjort dette sidan før 2010. Det viste seg at fleirtalet av dei som ikkje hadde behovsanalyse var mindre kommunar. Det var same tendens når det gjaldt planarbeid, og kommunar med færre enn 5 000 innbyggjarar låg etter når det gjaldt ei planmessig tilnærming til dei demografiske utfordringane. Der var også ein klar tendens til at førekomst av demografiske analyser og konsekvensanalysar auka med aukande kommunestorleik. Det kunne vere at dei små kommunane ikkje såg på dei demografiske utfordringane som noko krise eller hadde liten tru på at slike analyser hadde betydning for deira evne til å møte utfordringane. Studien såg vidare på kva kommunane ville satse på, og då var open omsorg/heimetenester/utvikling av omsorgsbustadar eit hovudtrekk ved svara, men dette innebar styrking av nokon tiltak på kostnad av andre og omprioriteringar. Samhandling, omorganisering av tenestene og kompetanseheving var andre moment som kan fram i studien. Mange var også opptatt av førebygging og satsing på kvardagsrehabilitering (Vetvik og Disch, 2017).

Det norske kommunesystemet er basert på generalistprinsippet som betyr at kommunane har dei same oppgåvene uavhengig av innbyggjartal og storleik. Det er lagt til rette for at lovgjevinga gjev same rammer for organisering, styring og tilsyn, og lagt til rette for eit felles statleg finansieringssystem (Regjeringen Solberg, 2020).

Yngve Flo (Fimreite et al., 2020) skil mellom generalistkommune og generalistkommunesystemet. Generalistkommunen kan forklarast som rammevilkår og eigenskapar ved kvar kommune og korleis den kommunale styringa fungerer innan sine eigne grenser. Generalistkommunen har eit vidt oppgåvefelt, ser samanhengar og prioriterer. Generalistkommunesystemet tek utgangspunkt i heile kommunalsystemet og er eit system som byggjer på at alle kommunar skal vere generalistkommunar og del av det nasjonale styringsverket. Statleg krav og styringsmetodar skal vere dei same anten det er store eller små kommunar, sterke eller svake kommunar. I generalistkommunesystemet er kommunane lokale iverksettingsorgan av velferdsstaten sin politikk. Systemet godtek variasjon til dømes når det gjeld tenesteproduksjon i dei ulike kommunane, men variasjonen må ikkje vere for stor, då prinsipp om likskap er viktig i dette systemet. Dette systemet er skapt for å styrkje dei svakaste kommunane. Generalistkommunesystemet er på eine sida fleksibelt og kan tilpassast lokale forhold og på den andre sida standardisert for å gje mest mogleg like føresetnadar. I dag ser vi at generalistkommunesystemet, som har vore gjeldande sidan etterkrigsåra, ikkje lenger er sjølvsgagt. For dei store eller sterke kommunane som har kapasitet til å gå lenger enn dei små eller svake kommunane kan generalistsystemet avgrense og vere lite effektivt. Systemet vert og sett i fare av krav og forventningar (Fimreite et al., 2020).

Generalistkommunar skal ivareta demokratiske funksjonar, ha ansvar for planlegging og utvikling og yte tenester til innbyggjarane, uavhengig av storleik og innbyggjartal. Det er kommunestyret som er ansvarleg instans for å løyse dei lovpålagde oppgåvene. Generalistkommunesystemet har lagt til rette for at Noreg har eit godt tilgjengeleg offentleg tenestetilbod. Utfordringane med dette systemet kan vere at større kommunar vil ha større fagkompetanse enn små kommunar då dei har fleire tilsette. Samstundes vil store kommunar ha meir kompleks organisering som vanskeleggjer samarbeid på tvers av fagområde. Små kommunar har fordelen med nærleik, men kan igjen få habilitetsutfordringar (Meld. St. 12 (2011–2012)).

Dei fleste kommunar er ulike og ein kan stille spørsmål om det er rett å behandle alle kommunar likt. Dagens generalistkommunesystem skal vurderast og den føregåande regjeringa Solberg har sett ned eit offentleg utval som skal levere si utgreiing i form av ein NOU til Kommunal- og distriktsdepartementet innan 31 mars 2023. Ein slik utgreiing vil gje eit betre grunnlag for å diskutere korleis ein kan løyse og finansiere framtidens tenestetilbod til det beste for innbyggjarane (Regjeringen Solberg, 2020).

3.3 Prioritering i kommunale helse- og omsorgstenester

Det auka presset på helse- og omsorgstenestene i kommunane, i hovudsak grunna auke i tal på eldre innbyggjarar, fører til at kommunane må gjere prioriteringar. I Noreg har kommunane mange formål og funksjonar, og det er ikkje like enkelt å få oversikt over forvaltningsnivået. Kommunane er både ein plass vi bur og ein tenesteproducent for oss, dei er og ein politisk arena og del av nasjonal politikk (Løseth, 2018). Kommunane har i følgje Helse- og omsorgstenesteloven (2011) blant anna ansvar for helseteneste i heimen, institusjonsplassar og førebyggjande tenester. I ein prioriteringssamanheng skal kommunen spesifisere kva tenester dei vil yte og kva kvalitetsnivå desse tenestene skal ligge på. I kommunane har det over tid vore ei dreining frå institusjonsomsorg til helsetenester i heimen. I dag er institusjonsplassar primært eit tilbod til eldre som ikkje kan bu heime grunna stort pleiebehov. Heimesjukepleie, tryggleiksalarm og hjelp til daglege gjeremål i heimen er tenestene som er mest utbreidd (Løseth, 2018).

«Å prioritere betyr å sette noe fremfor noe annet» (NOU, 2018:16, s 9). I helse- og omsorgssektoren må ein prioritere mellom ulike tenesteområde og brukarar. Fordeling av ressursar til ulike formål som til dømes sjukeheimsplasser eller rehabilitering. Utan tydelege prinsipp for prioritering vil fordelinga av helse- og omsorgstenester verte tilfeldig. Ressursane må brukast der dei gjev størst nytte og på dei som treng dei mest (NOU, 2018:16).

Noreg har lang tradisjon for å arbeide systematisk med prioriterings spørsmål og siste tretti åra har det vore fem offentlege utgreiingar som har vurdert prioriteringar i helsetenesta. Regjeringa meinte at det var behov for å klargjere prinsipp, roller og ansvar og det vart då i *Verdiar i pasientens helsetjeneste. Melding om prioritering* (Meld. St. 34 (2015-2016), framlagt tre hovudkriterier for prioritering for spesialisthelsetenesta: nyttekriteriet, ressurskriteriet og grad av alvor kriteriet. Eit tiltaks prioritet aukar i tråd med den forventade nytta av tiltaket, som igjen vurderast utifrå om helsehjelpa kan auke pasienten si livslengde og livskvalitet. Desto mindre ressursar eit tiltak legg beslag på, di høgare prioritet. Men ressurskriteriet skal ikkje brukast åleine, men saman med dei andre to kriteria. Grad av alvor av ein tilstand aukar prioritering av tiltak. Grad av alvor sjåast utifrå no-situasjonen, varigheit og tap av framtidige leveår (Meld. St. 34, 2015-2016).

I 2017 sette regjeringa ned eit utval (Blankholmutvalet) som skulle bidra til meir openheit og kunnskap om prioriteringar i kommunale helse- og omsorgstenester, og foreslå moglege prinsipp for prioritering (Løseth, 2018). Blankholmutvalet fekk som oppgåve å vurdere om

prioriteringskriteria lagt fram i Meld. St 34 (2015-2016) også kan gjelde for kommunale helse- og omsorgstenester. Utfordringa her er at kommunale helse- og omsorgstenester må ta seg av heile pasienten, ikkje berre ein årsak, slik spesialisthelsetenesta kan. Over 90 % av brukarane av helse- og omsorgstenester har multisjukdom og høg alder (Grimsmo, 2018).

Blankholmutvalet leverte sin NOU *Det viktigste først. Prinsipper for prioritering i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og for offentlig finansierte tannhelsetjenester* i 2018. I følge Blankholmutvalet er der tre forhold som skil den kommunale helse- og omsorgstenesta frå spesialisthelsetenesta når det gjeld bruk av dei gjeldande vurderingskriteriene. Kommunane må ta omsyn til andre sektorar enn helse- og omsorgssektoren når dei skal ta slutningar rundt ressursfordeling, i tillegg til prioriteringar innan dei enkelte områda i helse og omsorgssektoren. Medan spesialisthelsetenesta si utfordring er primært å prioritere innafor helsetenesta. Spesialisthelsetenesta kan ha fokus på ei diagnose eller ei problemstilling, medan dei kommunale tenestene må ivareta fleire behov og ofte over ei lengre tidsperiode. Ulikheiter i forskingsgrunnlaget og den systematiske dokumentasjonen av tiltak utgjer også eit skilje mellom spesialisthelsetenesta og dei kommunale tenestene. Kommunane har ofte lite dokumentasjon på effekten av tiltak og det er ei utfordring med tanke på å ta gode prioriteringsslutningar (NOU, 2018:16).

Prioriteringsslutningar kan delast inn i fagleg og administrativt/politisk nivå. Prioriteringsslutningar på fagleg nivå omhandlar slutningar rundt brukarane, altså vurderingar rundt tildeling av tenester, behandling, oppfølging og tiltak. Prioriteringar på administrativt/politisk nivå dreiar seg om fordeling av ressursar. Det kan vere ressursar mellom sektorar eller innan helse- og omsorgstenesta (NOU, 2018:16).

Kommunane må finne sin plass innanfor dei nasjonale mål og rammer sett av Stortinget, samstundes som dei er eigne politiske institusjonar, som igjen gjer prioriteringar tilpassa lokale preferansar og lokale kostnadsforhold. Organiseringa av kommunane sine helse- og omsorgstenester varierer frå kommune til kommune. Administrasjonen legg til rette premissane for dei politiske avgjerslene i kommunestyret. Kommunestyret har ansvar for å prioritere ressursar mellom ulike oppgåver og organisere tenestene. Desse slutningane bygg i liten grad på tydelege prioriteringskriterier (NOU, 2018:16).

Slutningsnivå	Slutningssituasjon	Slutningstakar
• Fagleg nivå	• Helsepersonell i møte med brukar/pårørande	• Helsepersonell, brukarar, pårørande og tildelingskontor
• Administrativt nivå	• Drift, budsjettprosessar, tildeling av tenester og organisering	• Rådmann, kommunale leiarar og brukarar.
• Politisk nivå	• Proposisjonar, strategiar, handlingsplanar, budsjett og lovverk	• Stortinget, regjeringa og kommunestyret.

Figur 3.1: Slutningsnivå i den kommunale helse- og omsorgstenesta (basert på NOU (2018:16).

3.4 Tverrprofesjonelt samarbeid

I ulike politiske styringsdokument som omhandlar helse- og omsorgstenester er samhandling og samarbeid ei forutsetning for å utforme tenester av høg kvalitet og for å møte dei demografiske utfordringane. Der vil også vere behov for å utvikle nye samarbeidsformer og legge til rette for innovative prosesser (Willumsen et al., 2016). Mange kommunar har store utfordringar med å ivareta oppgåver pålagt av staten. Utfordringane kan vere knytt til kapasitet, kompetanse, kvalitet og kostnadseffektivitet, til dømes i tenesteproduksjon. Det er krevjande for kommunane å følgje opp politiske mål og meistre innovasjonsutfordringane. Samarbeid med forskingsmiljø og andre kommunar kan vere nødvendig for å møte krava. Norske kommunar er svært ulike med tanke på arealstorleik og innbyggjartal derfor vil løysingane og innovasjonsstrategiane vere ulike frå kommune til kommune (Sirnes, 2016).

Tverrprofesjonelt samarbeid kjenneteiknast av at fleire profesjonar arbeidar tett saman i eit felles prosjekt eller ei oppgåve. Dette omgrepet liknar det engelske omgrepet «interprofessional». Tverrfagleg samarbeid er synonymt med tverrprofesjonelt samarbeid, men det er vanskelegare å avgrense eit fag, i motsetning til ein profesjon. Difor er det mest hensiktsmessig å nytte omgrepet tverrprofesjonelt. Denne type samarbeid er krevjande. Dei ulike profesjonane skal både ha kjennskap og forståing for dei andre profesjonane sin kompetanse, i tillegg til å vere trygg og

tydeleg på eiga kompetanse og profesjon. Dette er viktig for å finne gode løysingar for brukar og ivareta ei heilskapleg tilnærming (Willumsen et al., 2016).

Rehabilitering er basert på bidrag frå fleire fagområde og profesjonar. Der er tre formar for tverrprofesjonelt samarbeid. Den mest avgrensa forma er fleirprofesjonell praksis, tverrprofesjonell praksis er hovudforma for samarbeid og transprofesjonell praksis er den mest overskridande forma (Solvang, 2019).

Fleirfagleg praksis	Tverrprofesjonell praksis	Transprofesjonell praksis
<ul style="list-style-type: none">• Avgrensa.• Organisert etter fagområde.• Utarbeider eigne faglege mål.• Samarbeid mellom ulike faggrupper.• Lite møtepunkt.• Aktørane sin faglegheit møtast ikkje i nokon samankjeding.• Opptatt av eige fagområde/profesjon.	<ul style="list-style-type: none">• Hovudforma.• Arbeidet er i stor grad organisert i samarbeidsgruppe.• Utarbeidar felles mål.• Felles møtepunkt.• Dialog.• Samankjeding av ulike fag og tilhøyrande profesjonar.• Felles forståing.	<ul style="list-style-type: none">• Overskridande.• Organisert i samarbeidsgruppe.• Felles målsetting og forståing/ideologi.• Felles møter.• Dei enkelte profesjonane løysast opp som sjølvstendige rammer for innsatsen.• Oppgåva er ein fagleg fellesnemnar.• Profesjonane kan overta kvarandre sine arbeidsoppgåver.

Figur 3.2: Ulike formar for samarbeid (basert på Solvang (2019)).

I dei fleste kommunar i Noreg er det tverrprofesjonell praksis som dominerer. I ei oppsummering av to doktorgradsarbeid vert rehabilitering peika ut som eit tverrprofesjonelt område. Dei profesjonelle er bevisste sin profesjon og kjemper om sin posisjon og eigarskap til rehabiliteringsfeltet (Breimo et al., 2014). Profesjonelt arbeid innanfor rehabiliteringsfeltet vekslar mellom dei ulike formene for samarbeid. Sjølv om det er tverrprofesjonelt samarbeid som dominerer rehabiliteringsfeltet, vil der vere innslag av både fleirprofesjonelle og transprofesjonelle samarbeid (Solvang, 2019).

Tverrprofesjonelt samarbeid kan sjåast på som eit komplekst spenningsfelt med ulike interesser, og det kan vere eit sprik mellom intensjonane i dei politiske styringsdokumenta og korleis

tverrprofesjonelt samarbeid utspelar seg i praksis (Willumsen, 2016). Kvardagsrehabilitering er eit døme på ei teneste som krev ei tverrprofesjonell tilnærming. «En yrkesgruppe kan ikke alene drive hverdagsrehabilitering» (Tuntland og Ness, 2014, s. 30). Nokon av utfordringane med tverrprofesjonelt samarbeid kan vere om profesjonane skal prøve å vere så like som mogleg, eller bevare sin identitet og styrke ulikskapen mellom profesjonane. Det er tross alt ulikskapen som er utgangspunktet for samarbeidet (Tuntland og Ness, 2014). Samhandlingsreforma legg føringar for endringar i kommunale helse- og omsorgstenester. Nokon av desse føringane handlar om at dei ulike profesjonane bør kunne foreta oppgåveskliding på tvers av fag og utdanningsnivå, dette forutset at profesjonane har god kjennskap til kvarandre sine kunnskapsområde (Meld. St. 13 (2011-2012)). Rehabilitering er eit fagfelt der det er viktig med spesialisert kunnskap. Det er viktig at tverrprofesjonelt samarbeid innan rehabilitering ikkje fører til at alle kan det same (Lingås, 2013).

Kommunane er ulike med tanke på geografi, innbyggjartal og demografi. Dei har også variasjonar i organisering og tenesteproduksjon. På tross av dette er det generalistkommuneprinsippet som gjeld. Dei demografiske utfordringane set krav til kommunane, dei må vere innovative og løysingsorienterte. Samtidig vil dei økonomiske rammene føre til at kommunane må prioritere mellom tenestetilbod. Eg forventar funn i forskinga mi som gjev ny kunnskap om kommunal innovasjon, tenesteproduksjon og prioritering av ressursar. I metodekapittelet vil eg beskrive prosessen ved val av metode, utval av informantar og innhenting av data.

4 Metode

4.1 Val av metode

I samband med denne masteroppgåva har eg gjennomført eit forskingsarbeid og gjekk då inn i det vitenskaplege praksisfeltet. I vitenskapen skil ein mellom vitenskaplege data (empiri) på eine sida, og modellar, omgrep og teoriar på andre sida. Vitenskapleg metode handlar om korleis ein kan samle inn og analysere data. Historisk sett har vitenskapsteoretikarane vore delte i to ulike tradisjonar: positivismen, som fokuserer på utvendige forklaringar av samfunnsproblem, og hermeneutikken, som er oppatt av innvendige forklaringar og forståingar. Desse tradisjonane har tidlegare vore sett på som motsetningar, men i dagens samfunnsvitenskap er tendensen at fleire ser på desse to tradisjonane som komplementære, dei gjev tilgang til ulike sider av sosiale fenomen (Bukve,

2021). Eg ynskja å undersøkje breidde framfor djupne og valte difor kvantitativ metode. Målet var å finne samanhengar mellom variablar, eg ville finne ut om kvardagsrehabilitering hadde påverka kommunane sine prioriteringar i dei andre rehabiliteringsnivåa.

Der er ulike forskingslogikkar innan dei to tradisjonane. Hypotetisk-deduktiv forskingslogikk innan positivistisk tradisjon inneber hypoteseformulering og utprøving av hypotese og teori. Dette er den mest kjende forskingslogikken og her har vi grunnlag for å utforme generaliseringar dersom vi gjer mange nok observasjonar (Bukve, 2021). Forskinga eg har gjennomført i rettar seg mykje mot denne forskingslogikken. Eg hadde eit forklarande formål og samla inn objektive data og laga hypotesar basert på induksjon, altså empiri, og kvantifiserte. Når ein deretter skal trekke ei logisk slutning er det viktig at den stemmer overeins med verkelegheita (Thuren, 2009). Ofte kan ein ha behov for å observere både utvendige og innvendige forklaringar, då kan hypotetisk-deduktiv logikk kombinert med fortolkande forskingslogikk vere nyttig (Bukve, 2021). Eg har nytta meg av denne kombinasjonen i mi forskning. Eg hadde tekstboksar i spørjeskjemaet der informantane kunne forklare fenomen nærare. Eg har brukt fleire av desse kommentarane som sitat i gjennomgang av deskriptiv analyse, og eg har tolka nokre av desse kommentarane og nytta dei i diskusjonen. Eg har i hovudsak nytta kvantitativ metode, men den inneheld nokre kvalitative element.

Eit forskingsarbeid treng ein plan eller eit design der formål og datakonstruksjon vert skissert, og designet må tilpassast problemstillinga (Thrane, 2018, Bukve, 2021). Variabelsentrert design passa bra til problemstillinga mi. Her er forskingsobjekta ein populasjon, samansett av einingar, som igjen vert beskrive av variablar (Bukve, 2021). Mine einingar var kommunar som hadde starta opp med kvardagsrehabilitering og døme på variablar er modellar for kvardagsrehabilitering og ressursbruk i kvardagsrehabilitering. Ein variant av variabelsentrert design er tverrsnittdesign, det er eit augeblikksbilete av fleire fenomen, ved til dømes spørjeskjemaundersøking. Fordelen med dette designet er at det samlar mykje informasjon på ein kostnadseffektiv måte (Thrane, 2018). Eg ynskja å samla inn data frå mange einingar på same tid og nytta meg av tverrsnitt design med spørjeskjema. Ved utval av informantar kom eg fram til at det burde vere leiar for kvardagsrehabilitering i kommunen. Dette med tanke på at mange av spørsmåla retta seg mot opplysingar om oppstart av kvardagsrehabilitering og bruk av ressursar. Eg sendte ut førespurnadar om å svare på spørjeskjemaet til 227 informantar (kommunar). Dette gav utgangspunkt for mange observasjonar og moglegheit for å kvantifisere og generalisere data. Når data er samla inn organiserast dei i ei datamatrise og deretter kan dei analyserast (Bukve, 2021).

Eg nytta meg av statistikkprogrammet SPSS og gjorde både deskriptive analysar og korrelasjonsanalysar.

4.2 Forforståing og etiske retningslinjer

Å samle inn og analysere data er ikkje utan fallgruver, dei observasjonane vi gjer og dei observasjonsutsegnene vi etablerer er ikkje uavhengige av forståingsrammene våre, noko som gjer at noko av kunnskapen vår er sosialt konstruert (Bukve, 2021). Forforståing er ikkje alltid bevisst (Thuren, 2009). Eg har åtte år lang erfaring innan kvardagsrehabilitering og har lest mykje prosjektrapportar frå ulike kommunar, og hadde difor ei førestilling på kva informantane kom til å svare. Mi forforståing kan prege mine forventningar til empirien. Ved kvantitativ metode skal svara analyserast objektivt og eg er bevisst på at mi forforståing kan påverke mi tolking av forskingsmaterialet. Ved utforming av spørjeskjemaet hadde eg problemstillinga i fokus og på den måten vart spørsmåla objektive og relevante.

Det er viktig å sette seg inn i dei forskingsetiske retningslinjene (NESH, 2021) ved oppstart av eit forskingsarbeid. For å svare på problemstillinga mi så var der ikkje behov for å samle inn sensitive opplysingar av noko slag. Eg har ikkje forska på eit sensitivt tema og heller ikkje samla inn personopplysingar frå mine informantar eller andre typar sensitive data. Difor har var det ikkje behov for å sende inn nokon søknadar i samband med datainnsamlinga mi. Eg nytta Nettskjema (www.nettskjema.no) som er eit datainnsamlingsverktøy frå UiO (Universitetet i Oslo). I Nettskjema er all behandling av personopplysingar ivareteke av personopplysingslova. Nettskjema kan ikkje nyttast til langtidslagring av data og persondata vert sletta etter 6 månader. Eg laga eit anonymisert spørjeskjema og då er det ikkje mogleg å kople personen mot det leverte skjemaet. Alle spørsmåla i skjemaet var faglege og objektive. Ved innhenting av e-postadresser til informantane kopierte eg adressene inn i eit dokument, for så å kopiere desse inn i sendefeltet i Nettskjema. Eg har difor berre eit dokument med kommunale e-postadresser lagra på mi datamaskin og dette dokumentet vert sletta ved ferdigstilling av masteroppgåva.

Første del av spørjeskjemaet var informasjon til informanten og der sto litt om bakgrunn for forskingsarbeidet og kven som er ansvarlege for det. Der var også opplysing om at ved å sende inn svar på spørjeskjemaet samtykka ein samtidig til å vere informant i dette forskingsarbeidet. Der var også presisert at all informasjon er anonymisert og det vert ikkje samla inn nokon

personopplysingar, samt at det er frivillig å svare på spørjeskjemaet og at informanten kan trekke sitt samtykke når som helst utan å gje opp årsak (vedlegg 1).

4.3 Utforming av spørjeskjema

Ved utforming av spørjeskjemaet var eg bevisst på at problemstillinga og forskingsspørsmåla skulle vere i fokus. Gode tips til spørsmålsformulering fann eg i boka *Spørjeskjemametodikk etter kokebokmetoden* (Haraldsen, 1999). Først er det viktig å klargjere korleis spørsmålsstrukturen skal sjå ut, deretter må ein sørge for at spørsmålsformuleringane inneheld dei informasjonseiningane som er nødvendige for at spørsmålet skal fungere. Spørsmåla må også påverke informanten til å svare på ein skikkeleg måte og dei må ivareta sårbarheita ved utanforståande påverknadsfaktorar (Haraldsen, 1999). Det var utfordrande å finne gode spørsmål som kunne gje svar på problemstillinga mi. Det er lett å spørje om mykje ein eigentleg ikkje treng svar på, men berre hadde vore kjekt å vite. Eg hadde nokre rundar med justeringar og eg fekk god hjelp av rettleiar til formulering av spørsmåla. Vidare vart spørsmåla flytta inn i eit skjemaoppsett inne på Nettskjema, dette også med hjelp frå rettleiar. Tanken var at spørjeskjemaet skulle vere mest mogleg brukarvennleg og eg nytta meg av ulike typar oppsett avhengig av type spørsmål. Eg var og opptatt av å eliminere moglegheit for at informanten kunne misforstå spørsmålet. Eg hadde flest spørsmål med radioknappar der informanten kunne velje utifrå svaralternativ og der eg låste talet på svar på dei ulike spørsmåla. Eg gøymde også spørsmål som ikkje var relevante for alle, slik at dei berre viste for dei som hadde svart på visse svaralternativ på tidlegare spørsmål (såkalla ruting av svara). Dette også for å gjere det enklast mogleg for informant. Eg laga tekstboksar på nokre spørsmål slik det vart moglegheit for å utdjupe svaret litt meir om ynskjeleg. Eg hadde til slutt eit påstandspørsmål der dei kunne velje eitt svaralternativ. Desse spørsmåla ligg som vedlegg 2.

Då kommunane har ulik organisering og har ulike namn på tenester og tilbod er det utfordrande å kartlegge rehabiliteringstilbod og plassere dei i ulike kategoriar. Eg nytta difor rehabiliteringspyramiden (Kristiansand kommune, 2013) som utgangspunkt i spørjeskjemaet, slik det vart enklare å plassere dei ulike nivåa av rehabilitering.

4.4 Utval av informantar

Ved utval av informantar ynskja eg svar frå kommunar som tilbyr tenesta kvardagsrehabilitering. Eg ynskja eitt svar frå kvar kommune og eg var avhengig at min informant hadde nok kunnskap og opplysingar om oppstart av kvardagsrehabilitering og drift, samt oversikt over andre rehabiliteringstilbod i kommunen. Det ideelle hadde vore om mine informantar var leiarar for kvardagsrehabilitering i dei aktuelle kommunane. Med dette utvalet håpa eg på å finne svar på problemstilling og forskings spørsmål.

Eg starta med å skaffe meg oversikt over alle kommunar i Noreg, deretter oversikt over kommunar som tilbyr tenesta kvardagsrehabilitering. Eg nytta meg av Google og søkeord «kommuner Norge». Store norske leksikon hadde ei oppdatert kommuneoversikt på nettsida si og denne kommuneoversikta var sortert etter fylker (Bolstad, 2021). Våren 2017 vedtok Stortinget å redusere talet på kommunar frå 426 til 356, gjeldande frå 1 januar 2020. Så då eg starta mitt forskingsarbeid i september 2020 var kommunesamanslåingane tredd i kraft. For å finne ut kva kommunar som tilbyr tenesta kvardagsrehabilitering nytta eg Facebook-kartet frå 2018 (bilde 2.1). Utgangspunktet for dette kartet var før kommunesamanslåingane. Eg tok ei utskrift av kommuneoversikta og starta med å markere dei kommunane som tilbyr kvardagsrehabilitering (eller hadde planar med å starte opp kvardagsrehabilitering) som eg fann att på kartet. Utfordringa vart då å finne ut kva kommunar som hadde slått seg saman, då mange av kommunane på kartet ikkje var på den nye kommuneoversikta. For å finne ut av kva kommunar som hadde slått seg saman nytta eg oversikta frå Regjeringa sine nettsider (Kommunal- og distriktsdepartementet, 2020). Dette var eit tidkrevjande arbeid. Det viste seg ved fleire anledningar at kommunar som sto på kartet som tilbydarar av kvardagsrehabilitering, no hadde slått seg saman med ei anna kommune og fått nytt namn. Alt dette måtte eg sortere og finne ut av.

Eg bestemte meg for å utelate Oslo kommune, då eg ynskja eit svar per kommune, og skjønnte at det vart vanskeleg å få eit samla svar frå ei så stor kommune med mange bydelar. Elles var eg i dialog med ein annan stor bykommune og dei var svært interessert i å prøve å svare på spørjeskjemaet mitt. Etter ein hyggeleg telefonsamtale med ein tilsett i denne kommunen ville hen prøve å sende eit samla svar frå alle bydelane.

Deretter starta arbeidet med å skaffe e-postadressene til leiar for kvardagsrehabilitering i kommunen og deretter sende link til spørjeskjema. Framgangsmåten for å skaffe e-post adressene vart ein tidkrevjande prosess. Eg starta på toppen av kommuneoversikta som eg hadde tatt utskrift

av og jobba meg gjennom, fylke for fylke. Deretter, som tidlegare skildra, måtte eg skaffe meg oversikt over kommunesamanslåingane. Vidare gjekk eg inn på heimesida til kommunane og leita etter kontaktinformasjon for kvardagsrehabilitering. Nokre kommunar hadde dette lett tilgjengeleg og det var berre å kopiere og lime inn e-postadresse i eit eige dokument. Men der var fleire kommunar som ikkje hadde tilgjengeleg informasjon på heimesidene sine. Då tok eg kontakt med sentralbordet/servicetelefonen i kommunane for å prøve å finne leiar og e-postadresse. Det viste seg at det var vanskeleg å finne leiar for kvardagsrehabilitering. Kvardagsrehabilitering er ei teneste som i dei fleste kommunar ligg under helse og omsorg eller rehabilitering, men det er variasjonar i organisering og ansvar. Eg opplevde ofte at sentralbordet ikkje kunne hjelpe meg, dei hadde ingen oversikt over leiar for kvardagsrehabilitering. Stort sett så bad eg då om å verte sett over til ein fysioterapeut eller ergoterapeut for å høyre med dei igjen kven eg skulle ha tak i. Eg ringde til 52 kommunar for å skaffe kontaktinformasjon. Mange av desse telefonsamtalane var med fagpersonar som arbeider med kvardagsrehabilitering og desse samtalane var særst interessante. Eg noterte meg ned noko av det som vart sagt under desse samtalane, etter løyve frå personane eg snakka med.

Eg fekk tak i 227 kommunale e-postadresser, nokon var direkte til leiar, nokon var til kvardagsrehabiliteringsteam og nokon vart sendt til ein ansvarleg fysioterapeut eller ergoterapeut i kommunen. I e-posten sto der at det var mogleg å vidaresende til ein kollega om mottakar ikkje var rett person til å svare på spørjeskjemaet. Det ideelle hadde vore om eg tok kontakt med leiar for kvardagsrehabilitering i kvar aktuell kommune og på den måten sikra meg ein høg svarprosent. Men dette vart for tidkrevjande, så eg måtte sjanse på at den e-postadressa eg fekk tak i var til rett person og at dei ynskja å svare på spørjeskjemaet.

4.5 Utsending av e-postar og svarprosent

I januar 2021 sendte eg ut totalt 227 invitasjonar med lenke til Nettskjema og spørjeskjemaet. Spørjeskjemaet var ope for svar i om lag 6 veker, dette var ikkje bestemt på førehand, men vart vurdert undervegs. Av dei 227 utsendte invitasjonane vart om lag 130 invitasjonar sende ut først, og nokre dagar etterpå vart om lag 60 nye invitasjonar sendt ut. Eg la inn ei automatisk påminning om å svare kvar sjuande dag. Etter gjennomgang av eit kommentarfelt frå 2019 i den offentlege Facebook-gruppa til kvardagsrehabilitering, oppdaga eg fleire kommunar som hadde starta opp kvardagsrehabilitering, som ikkje sto oppført på kartet. Eg skaffa e-postadresser til om lag 35 kommunar til og sendte ut invitasjonar til desse, fire veker etter dei første invitasjonane vart sendt

ut. Dei sistnemnte 35 invitasjonane har fått to påminningar på å svare, medan resten har fått seks påminningar.

Svarprosenten låg på om lag 45 prosent, av 227 utsendte invitasjonar fekk eg inn 99 svar. Svarperioden var på seks veker i januar og februar 2021. Eg var nøgd med svarprosenten med tanke på at vi var midt i ein pandemi og store delar av landet var inne i si tredje smittebølge då eg sende ut desse invitasjonane. Eg hadde allereie utsett utsending av e-postar ein gong og ville nødig gjere det ein gong til.

Nettskjema utarbeida ein rapport basert på svara frå spørjeskjemaet og det vart vist til ei prosentvis fordeling basert på dei 99 svara som kom inn. Denne rapporten var enkel å lese og forstå, og gav ei grei oversikt over resultatet. Eg ynskja å gjere vidare analyser og med hjelp frå rettleiar fekk eg lasta inn all forskingsdata frå Nettskjema over i statistikkprogramvaren SPSS (Statistical Package for the Social Sciences). IBM SPSS er eit brukarvenleg statistikkprogram og studentar har tilgang til dette programmet gjennom lærestaden.

4.6 Validitet og reliabilitet

For ein vellukka operasjonisering (gjere noko abstrakt om til noko konkret og målbart) må variabلسentrert design stette krava om validitet (gyldigheit) og reliabilitet (pålitelegheit) (Thrane, 2018). I forskingsarbeidet var eg bevisst på at det skulle vere samanheng mellom problemstilling, forskingsspørsmål og spørjeskjemaet, slik at forskingsresultata skulle bli gyldige/valide. Validitet handlar ofte om kor vidt ein evnar å måle det ein har tenkt å måle (Thrane, 2018). Eg ynskja også å få så mange svar som mogleg slik at eg kunne generalisere og på den måten få meir valide forskingsresultat.

Ved utforming av spørjeskjemaet var eg opptatt av å utforme spørsmåla slik at informantane ikkje kunne misforstå eller trykke på feil svaralternativ. På den måten ville eg få minst mogleg målefeil/unøyaktigheit og resultatet ville bli mest mogleg påliteleg og ha høg grad av reliabilitet. Reliabilitet handlar om presisjonen på operasjoniseringa, det vil seie målefeil ved variablane. Data frå spørjeskjema vil alltid innehalde tilfeldige målefeil og slike enkeltfeil er til å leve med. Men systematiske målefeil er ein trussel mot validiteten og kan føre til at vi måler noko anna enn det vi ynskjer (Thrane, 2018).

4.7 Svakheit med masteroppgåva si valte metode

Ei av ulempene ved tverrsnittdesign og spørjeskjema er at dersom spørsmåla omhandlar noko lenger bak i tid så kan det vere vanskeleg for informantane å skaffe nøyaktige opplysingar (Thrane, 2018). Eg måtte ha med nokre slike spørsmål som gjekk tilbake i tid då eg trengte kunnskap om til dømes ressursbruk og finansiering ved oppstart av kvardagsrehabilitering. Ved bruk av Nettskjema var der ikkje moglegheit for å lagre svara og fortsette utfyllinga på eit seinare tidspunkt. Dette vart presisert i e-posten som vart sendt ut til informantane. Der sto at dersom informantane trengte tid til å skaffe opplysingar så kunne dei først kike gjennom spørjeskjemaet og merke seg spørsmåla dei måtte innhente meir informasjon rundt, og svare ut alt på ein gong når alle opplysingane var innhenta. På den måten håpa eg at moglegheita vart større for at alle spørsmåla vart svart på.

Ved utsending av spørjeskjema har ein mindre kontroll over svarprosenten. Sidan eg nytta heimesidene til dei ulike kommunane for å skaffe kontaktinformasjon, og sidene ikkje vart jamleg oppdatert, kunne eg ikkje vere sikker på om e-postadressene eg sende link til var rett. Eg hadde difor ikkje kontroll på om e-postane kom fram til ein person som kunne svare eller om e-postadressa i det heile tatt var i dagleg bruk.

Ved kvantitativ metode og spørjeskjema er det ekstra viktig at spørsmåla dekkjer det ein ynskjer å få svar på, då det ikkje er mogleg å stille oppfølgingsspørsmål. Eg tok meg god tid ved utforming av spørjeskjemaet, men såg likevel at der var opplysingar som eg sakna og hadde hatt nytte av for å svare på problemstillinga og forskingsspørsmåla. Eg burde hatt spørsmål som gjekk på samla ressursar, både i kvardagsrehabilitering og tenesta rehabilitering i heimen, slik at eg fekk samanlikne desse, og spørsmål om kva tenester som vart påverka eller råka ved omfordeling av ressursar. Men på tross av dette så har forskinga mi avdekkja mykje ny kunnskap, både gjennom spørjeskjemaet med tilhøyrande tekstboksar, og telefonsamtalar eg hadde med fagpersonar som arbeidde med kvardagsrehabilitering.

Eg hadde tekstboksar med fritekst under tre av spørsmåla, og på slutten av spørjeskjemaet var det tekstboks med moglegheit for å skrive utfyllande kommentarar. Desse tekstboksene vart flittig nytta og det viste at det var vanskeleg å svare konkret på mange av spørsmåla og mange av svara trengde ei vidare forklaring. Eg enda difor opp med å legge inn nokon kvalitative element inn i mi kvantitative metode. Det vart vanskeleg å operasjonalisere berre ut frå svara på spørsmåla i skjemaet. Kommentarane i tekstboksane gav eit meir oppklarande svar. Det kom også fram at

sjølv med pyramiden som utgangspunkt vart det vanskeleg å svare på spørsmål på grunn av ulik organisering i kommunen.

I det neste kapittelet vert resultata av datainnsamlinga presentert. Eg har gjennomført både deskriptive analysar og korrelasjonsanalysar.

5 Analyse

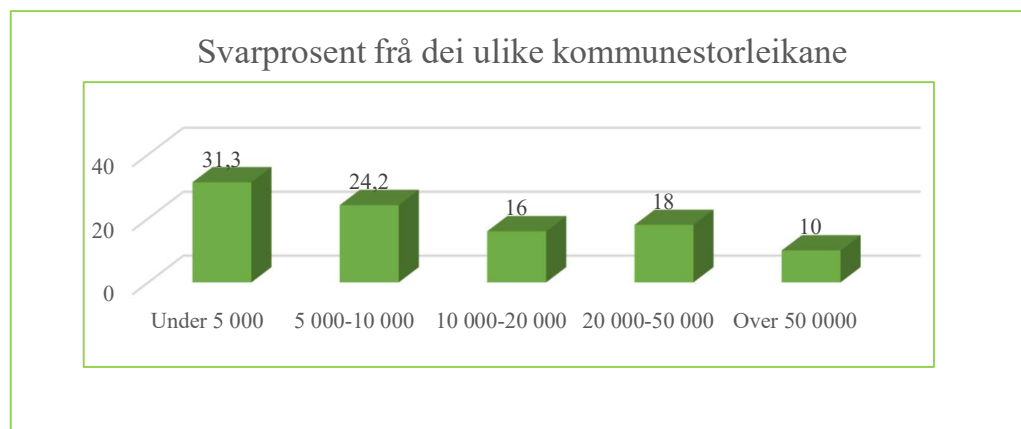
5.1 Innleiing

Ei analyse startar alltid med ei problemstilling (Midtbø, 2007). Eg ynskjer å finne ut om satsinga på kvardagsrehabilitering har ført til ei endring i fordelinga av dei kommunale rehabiliteringsressursane.

Til analysedelen av forskingsarbeidet mitt nytta eg statistikkprogramvaren IBM SPSS og alle forskingsdata frå Nettskjema vart lasta inn der. Eg starta med å gjere meg kjent med datasettet og gjorde det meir lesarvenleg. Eg retta på æ-ø-å skrivefeil og korta ned skildringa av fleire av verdiane, til dømes variabelen: modellar for kvardagsrehabilitering. For å få mest mogleg lesarvenlege analysar koda eg om nokon av variablane i datasettet. Eg valte då «Transform» og «Recode into different variables». Eg gav variablane nye namn og færre verdiar. Til dømes koda eg om variabelen: «Om lag kor mange innbyggjarar er det i di kommune?» og gav den nytt namn: «Kommunestørleik». Eg slo saman nokon av verdiane slik at det vart lettare å lese tabellane. Verdiane: 50 000-70 000 innbyggjarar, 70 000-100 000 innbyggjarar og over 100 000 innbyggjarar, vart til verdien: over 50 000 innbyggjarar. Eg omkoda til saman seks ulike variablar, som eg gav nye namn og færre verdiar. Deretter prøvde eg meg fram og laga ulike tabellar og såg på samanhengar.

Eg starta med å gjere deskriptive (beskrivande) analysar. Eg laga frekvensanalysar av dei variablane eg ville sjå på åleine. Dette var univariat analysar, altså analysar med ein variabel (Thrane, 2018). I tillegg laga eg kryssanalysar med krysstabellar, dette var bivariat analysar (med to variablar) (Thrane, 2018). Eg ynskja også å sjå på samanhengar mellom variablane, ikkje berre på variablane åleine. Det vil seie at eg ynskja ei meir forklarande analyse. Eg vurderte det slik at bivariate korrelasjonsanalysar kunne bidra med svar på dei hypotesane eg formulerte.

Det vart sendt ut 227 førespurnadar om å svare på spørjeskjemaet og resultatet vart 99 svar, den samla svarprosenten var på om lag 45 prosent. Det kom inn svar frå alle kommunekategoriane og hovudtyngda av svara kom frå små og mellomstore kommunar, av dei 99 kommunane som svarte var 71,5 prosent kommunar under 20 000 innbyggjarar. 18 prosent av svara kom frå kommunar med 20 000-50 000 innbyggjarar og ti prosent av svara kom frå kommunar med over 50 000 innbyggjarar.



Figur 5.1: Svarprosent etter kommunestorleik. Tal som prosent.

I spørjeskjemaet var der fire tekstboksar der informantane kunne skrive kommentarar. Tre av desse var knytt til konkrete spørsmål der informantane kunne spesifisere svaret sitt. Den siste tekstboksen var på slutten av skjemaet der det var moglegheit å skrive meir utfyllande opplysingar eller om ein berre hadde noko på hjartet. Dette gav forskingsarbeidet eit kvalitativt element. Eg har nytta fleire av desse kommentarane og dei kjem fortløpande i teksta, utheva med kursiv, både i dette analysekapittelet og i diskusjonen (kapittel 6).

5.2 Deskriptiv analyse

5.2.1 Oppstart av kvardagsrehabilitering

Av dei 99 kommunane som svarte på spørjeskjemaet hadde 65,5 prosent starta opp kvardagsrehabilitering i tidsrommet 2014 til 2017. Utifrå rapporten såg eg at årsverka for dei ulike yrkesgruppene i kvardagsrehabilitering ved oppstart var jamt fordelt mellom ¼ årsverk til 1

årsverk. Dette heng nok saman med at det var god svarprosent frå dei små og mellomstore kommunane. Eg såg at det var ¼ årsverk, om lag 25 prosent stilling, som dominerer og at det var mest satsing på fysioterapeutar og ergoterapeutar inn i kvardagsrehabilitering. Når det gjeld frå eitt til fem årsverk var det helsefagarbeidarane som dominera. Her kan ein anta at det gjeld større kommunar med heimetenesteintegreert modell.

		Kommunestorleik					Total
		Under 5 000 innbyggjarar.	5 000-10 000 innbyggjarar.	10 000-20 000 innbyggjarar.	20 000-50 000 innbyggjarar.	Over 50 000 innbyggjarar.	
Finansiering av drift	100 % fullfinansiert av eksterne instansar	3	5	1	2	3	14
	Delvis finansiert av eksterne instansar og frå kommunen.	9	6	7	4	2	28
	Ekstra finansiering av kommunen og omfordeling av årsverk.	6	3	2	5	5	21
	Omfordeling av årsverk i helse- og omsorgssektoren.	11	9	5	5	0	30
Total		29	23	15	16	10	93

Tabell 5.1: Krysstabell: finansiering av årsverk etter kommunestorleik. Tala er absolutte tal.

Som tabell 5.1 viser svarte 30 kommunar at ved oppstart av kvardagsrehabilitering vart ressursane finansiert ved omfordeling av årsverk i helse- og omsorgssektoren. I ei av tekstboksane i spørjeskjemaet vart det sagt følgande: *Det er vanskelig å få en integrert modell med hverdagsrehabilitering til å fungere når det ikke settes av egne midler til dette.* Det kom også fram at ein må arbeide med utvikling av nye tenester i sine eksisterande stillingar. *Vi har ikke fått tilført noen midler til hverdagsrehabilitering, men har fått lov å jobbe med plan og utvikling av tjenesten i våre eksisterende stillinger.* Som tabell 5.1 viser er det i hovudsak kommunar under 20 000 innbyggjarar som må omfordele ressursar.

21 kommunar hadde ekstra finansiering frå kommunen i tillegg til omfordeling av årsverk. 28 kommunar var finansiert av eksterne instansar og av kommunen, og 14 kommunar var

fullfinansiert av eksterne instansar. Tabell 5.2 viser korleis kommunane finansierte drifta av kvardagsrehabilitering etter at dei eksterne midlane tok slutt.

		Kommune- storleik					Total
		Under 5 000	5 000- 10 000	10 000- 20 000	20 000- 50 000	Over 50 000	
Korleis finansierer dykk drifta av kvardags- rehabilitering når dei eksterne midlane tek slutt?	Ekstra finansiering frå kommunen tilført helse- og omsorgssektoren.	2	3	3	1	4	13
	Ekstra finansiering frå kommunen tilført helse- og omsorgssektoren og omfordeling av årsverk i helse- og omsorgs	1	2	1	1	1	6
	Omfordeling av årsverk i helse- og omsorgssektoren.	5	4	1	3	0	13
	Redusere årsverk i tilbudet kvardagsrehabilitering.	2	2	3	1	0	8
	Veit ikkje.	2	0	0	0	0	2
Total		12	11	8	6	5	42

Tabell 5.2: Krysstabell: finansiering ved slutt på eksterne midlar, etter kommunestorleik. Tala er absolutte tal.

Av dei kommunane som var fullfinansiert ved eksterne midlar ved oppstart seier åtte kommunar at dei må redusere årsverk i tilbudet kvardagsrehabilitering for å kunne fortsette drift. Dette gjeld i hovudsak kommunar under 20 000 innbyggjarar. Følgjande kommentar i tekstboks: *Når midlene fra fylkesmann vart brukt opp ble prosjektet avsluttet da kommunen ikke per d.d har økonomi til å drive hverdagsrehabilitering. Det jobbes med å gjenopprette tilbudet. Der sto også: Prosjekt kvardagsrehabilitering er avslutta, men ikkje godt nok implementert i drift».*

13 kommunar må omfordele årsverk i kommunen for å halde fram med kvardagsrehabilitering. Dette gjeld også i hovudsak kommunar under 20 000 innbyggjarar. I tekstboksen sto der: *Det er stor forskjell i ressursar og kompetanse i oppstart av prosjektperioden og kva som er etter at det gjekk over i varig drift.* 13 kommunar med over 50 000 innbyggjarar får ekstra finansiering frå kommunen, og seks kommunar får ekstra finansiering kombinert med omfordeling av årsverk, for å kunne drive kvardagsrehabilitering vidare.

I spørjeskjemaet var der spørsmål om kva organiseringsmodell for kvardagsrehabilitering som likna mest på den i informantens si kommune. Resultatet er presentert i tabell 5.3.

		Kommune- storleik					Total
		Under 5 000	5 000- 10 000	10 000- 20 000	20 000- 50 000	Over 50 000	
Kva modell for organisering av kvardagsrehabilitering liknar mest på den i di kommune?	Heimeteneste-integrert modell.	15	6	2	4	4	31
	Rehabiliteringsteneste-integrert modell.	15	15	5	6	2	43
	Spesialistmodell.	0	3	8	7	4	22
Total		30	24	15	17	10	96

Tabell 5.3: Krysstabell: kommunestorleik og val av kvardagsrehabiliteringsmodellar. Tala er absolutte tal.

Det ser ut til at kvardagsrehabilitering lokalisert i og drifta av rehabiliteringstenesta, altså rehabiliteringsteneste-integrert modell, er den mest utbreidde, då 43 av kommunane hadde denne. 31 kommunar har heimeteneste-integrert modell og 22 kommunar har spesialistmodellen. Som tabell 5.3 viser er spesialistmodellen mest brukt i kommunar med 10 000-50 000 innbyggjarar. Heimetenesteintegrert modell og rehabiliteringstenesteintegrert modell dominerer i dei små kommunane. Det kom fram i tekstboksene at det er utfordrande med integrerte modellar. *Vi jobber fortsatt med å få et team til å fungere godt integrert. Det ender ofte med at ergo og fysio drar lasset.* Der er også lite ressursar. *Kommunen har ikke fått innarbeidet en struktur som gjør at det i dag i hovudsak er rehabiliteringstjenesten som utfører hverdagsrehabilitering. Selv om intensjonen er at hjemmetjenesten og forvaltningskontoret skal ha en større rolle. Man har ikke ekstra ressursar i de tjenestene til å ha ansvar og følge opp.*

5.2.2 Prioritering av ressursar i kvardagsrehabilitering

Eg laga ein krysstabell der eg såg på årsverk knytt til dei ulike yrkesgruppene som arbeidar med kvardagsrehabilitering. Det vart rekna årsverk frå ¼ årsverk og opp til fem årsverk eller meir. Der var og eit alternativ ingen årsverk.

		Kommunestorleik					Total
		Under 5 000 innbyggjarar.	5 000-10 000 innbyggjarar.	10 000-20 000 innbyggjarar.	20 000-50 000 innbyggjarar.	Over 50 000 innbyggjarar.	
Fysioterapeut.	1/4 årsverk.	14	4	2	4	0	24
	1/2 årsverk.	1	12	4	3	1	21
	1 årsverk.	2	2	6	7	5	22
	1-2 årsverk.	2	0	1	2	2	7
	2-4 årsverk.	0	0	0	0	1	1
	5 årsverk eller meir	0	0	0	0	1	1
	Ingen årsverk.	8	5	2	1	0	16
Total		27	23	15	17	10	92
Ergoterapeut.	1/4 årsverk.	10	8	2	4	0	24
	1/2 årsverk.	3	7	3	3	1	17
	1 årsverk.	1	1	7	7	5	21
	1-2 årsverk.	1	0	1	1	1	4
	2-4 årsverk.	0	0	0	0	1	1
	5 årsverk eller meir.	0	0	0	0	1	1
	Ingen årsverk.	12	8	2	1	0	23
Total		27	24	15	16	9	91
Sjukepleiar.	1/4 årsverk.	9	6	2	3	0	20
	1/2 årsverk.	0	5	2	2	2	11
	1 årsverk.	2	2	3	5	4	16
	1-2 årsverk.	0	0	1	0	0	1
	2-4 årsverk.	0	0	0	0	2	2
	Ingen årsverk.	11	9	6	3	1	30
Total		22	22	14	13	9	80
Helsefagarbeidar	1/4 årsverk.	12	1	1	1	0	15
	1/2 årsverk.	0	3	0	0	0	3
	1 årsverk.	1	4	4	9	2	20
	1-2 årsverk.	0	0	2	2	1	5
	2-4 årsverk.	0	0	0	0	4	4
	Ingen årsverk.	12	10	5	3	1	31
Total		25	18	12	15	8	78

Tabell 5.4: Krysstabell: kommunestorleik og ressursar. Tala er absolutte tal.

Tabell 5.4 viser at det var små kommunar, med innbyggjarar under 5 000, som hadde lavast stillingsprosentar og færrest årsverk inn i kvardagsrehabilitering. Dette gjeld for alle fire yrkesgruppene. Det ser også ut til at det er helsefagarbeidarar og fysioterapeutar som er dei av yrkesgruppene som har flest årsverk inn i kvardagsrehabilitering. Dersom ein samanliknar dei ulike kommunestorleikane er dei like med tanke på kva yrkesgruppe som har høgst stillingsprosent inn i kvardagsrehabilitering, det som er ulikt er årsverka, det er meir årsverk knytt til kvardagsrehabilitering di større kommunen er.

Det kan også vere interessant å sjå på gjennomsnittleg ressursbruk innanfor kvar kommunestorleik opp mot dei ulike ressursvariablane:

- Kor mange ressursar brukar ein i snitt innanfor dei ulike kommunestorleikane?
- Kva yrkesgruppe vert prioritert eller tildelt mest ressursar? Og varierer dette mellom kommunestorleikane?

Eg formulerte ei beskrivande hypotese som seier noko om eigenskapen ved enkeltvariablar. Nullhypotesen (H_0) skal uttrykkje ein grunnleggjande tvil, og den alternative hypotesen (H_1) seier at nullhypotesen er feil, og er ofte basert på teori og intuisjon. Begge hypotesane kan ikkje akseptrast samtidig, dei utelukka kvarandre (Midtbø, 2007).

H_0 : «Der er ikkje forskjell på prioritering av ressursar innanfor dei ulike yrkesgruppene».

H_1 : «Der er forskjell på prioritering av ressursar innanfor dei ulike yrkesgruppene»

Tabell 5.5: Nullhypotese: kommunestorleik og prioritering av ressursar.

For å finne ut gjennomsnittleg bruk av årsverk tok eg utgangspunkt i tabell 5.4 og rekna ut gjennomsnittleg årsverk per kommunestorleik per yrkesgruppe, deretter rekna eg ut gjennomsnittleg samla bruk av årsverk per kommunestorleik.

		Liten kommune 5-10 000 innbyggjarar	Medium kommune 10-50 000 innbyggjarar	Stor kommune Over 50 0000 innbyggjarar
Ressurs fysioterapeut	Gjennomsnitt avsett årsverk til kvardagsrehabilitering	0,48 årsverk	0,77 årsverk	1,65 årsverk
Ressurs ergoterapeut	Gjennomsnitt avsett årsverk til kvardagsrehabilitering	0,41 årsverk	0,76 årsverk	1,66 årsverk
Ressurs sjukepleiar	Gjennomsnitt avsett årsverk til kvardagsrehabilitering	0,42 årsverk	0,71 årsverk	1,32 årsverk
Ressurs helsefagarbeidar	Gjennomsnitt avsett årsverk til kvardagsrehabilitering	0,50 årsverk	1,02 årsverk	2,21 årsverk
Samla ressursar	Samla ressursar til kvardagsrehabilitering	1,81 årsverk	3,26 årsverk	6,84 årsverk

Tabell 5.6: Gjennomsnitt årsverk per yrkesgruppe og kommunestorleik.

Tabell 5.6 viser at det er flest årsverk i store kommunar. I alle kommunestorleikane er det helsefagarbeidar som har flest årsverk. Dette gjeld mest truleg kommunar med integrert modell. Tabellen viser at det ikkje er nokon stor skilnad på prioritering av yrkesgrupper mellom kommunestorleikane eller innan ein kommunestorleik. Det er små marginar, men det kan sjå ut til at det er sjukepleiar som får minst stillingsprosent inn i kvardagsrehabilitering. Når det gjeld hypotesane eg har formulert, kan nullhypotesen behaldast. Men det er likevel slik at det er helsefagarbeidarane som har flest årsverk inn i kvardagsrehabilitering, ikkje terapeutane. Det kom fram i tekstboksane at å drive kvardagsrehabilitering er ressurskrevjande. *Hverdagsmestring og enkle treningsopplegg laget av fysioterapeut, men utført av hjemmetjenesten. Har tidlegere drevet med kvardagsrehabilitering «etter boka», men det ble for ressurskrevende.* Det kom også fram at det er utfordrande å få til tverrfaglig samarbeid. *Det er lite tverrfaglig rehabilitering i kommunen, men fysioterapeuter som jobber for og med rehabiliteringsfokus.*

5.2.3 Rehabiliteringstilbod i kommunane

Med utgangspunkt i rehabiliteringspyramiden (Kristiansand kommune, 2013) ville eg kartlegge kva rehabiliteringstilbod som finnast i kommunane. 93 av 99 kommunar hadde tilbodet rehabilitering i institusjon, 75 kommunar hadde tilbodet rehabilitering i heimen og 90 kommunar hadde tilbod om kvardagsrehabilitering. 32 kommunar hadde også andre typar

rehabiliteringstilbod som til dømes IKART- interkommunalt rehabiliteringstilbod, ulike typar rehabiliteringsteam, dagrehabilitering, trimgrupper og frisklivssentral.

		Kommunestorleik					Total
		Under 5 000	5 000-10 000.	10 000-20 000	20 000-50 000	Over 50 000	
Kva rehabiliteringstilbod finnast i kommunen din?	Rehabilitering i institusjon.	29	22	15	17	10	93
	Rehabilitering i heimen.	22	19	10	14	10	75
	Kvardagsrehabilitering.	27	22	14	17	10	90
	Andre Rehabiliteringstilbod.	8	6	6	7	5	32

Tabell 5.7: Krysstabell: rehabiliteringstilbod etter kommunestorleik. Tala er absolutte tal.

Tabell 5.7 viser at rehabiliteringstilboda var jamt fordelt mellom små og store kommunar. Grunnen til at tala var høgare hjå dei små kommunane var at det var flest små og mellomstore kommunar som svarte på spørjeskjemaet.

Kommentarar i tekstboksane viste at det ikkje var like lett å svare konsekvent på spørsmåla om rehabiliteringstilbod, då kvar kommune har sine lokale tilpassingar på tenestene dei tilbyr innbyggjarane.

Vi har tilbod om fysioterapi og ergoterapi i hjemmet, men det er ikkje organisert som hjemmerehabilitering.

Har rehabilitering i heimen, men det er ikkje organisert som eit team.

Me har ikkje eit eige rehabiliteringsteam til rehabilitering i heimen. Kvardagsrehabilitering blir ofte brukt før andre meir langvarige tenester blir kopla på. Individuell plan og koordinator og samansetting av eit tverrfagleg team rundt brukar blir då «rehabilitering i heimen», ikkje eit eige team. Men har ikkje kryssa av for det då det i rehabiliteringspyramiden står «rehabiliteringsteam». Dette blir altså ganske unyansert og vanskeleg å svare på i dei neste spørsmåla.

Det kom og fram at fleire kommunar ikkje hadde tydeleg skilje mellom kvardagsrehabilitering og rehabilitering i heimen.

Rehabilitering i hjemmet omfatter også typisk «hverdagsrehabiliteringsbrukere».

Mykje kvardagsrehabilitering innunder rehabilitering i heimen.

Kvardagsrehabilitering er ein del av heimerehabilitering, og ikkje skilt ut som noko eige.

Av dei kommunane som ikkje hadde tilbodet rehabilitering i heimen, var det 9,1 prosent som svarte at tilbodet fall vekk grunna satsing på kvadagrehabilitering. I ei teksboks sto det: Ved oppstart av hverdagsrehabilitering ble trolig tjenesten rehabilitering i hjemmet svekket en periode, med dette har tatt seg opp igjen.

Kommunesamanslåing og lite ressursar er også oppgjeve som årsak til at dette tilbodet har falle vekk. I tekstboksene sto der mellom anna:

Det var i en av flere kommuner før sammenslåing, men ble oppløst i den forbindelse grunnet ulike hverdagsrehabiliteringsmodeller, og da heller fokus på dette. Tilbudet og samhandlingen er derfor borte og kan ikke i alle tilfeller erstattes av hverdagsrehabilitering.

Ved kommunesammenslåing ble hverdagsrehabilitering og ambulans rehabiliteringsteam slått saman til en tjeneste. Det var fleire kommunar som sa at dei kombinerte eller slo saman tenestar. Når vi startet opp med hjemmerehabilitering i hjemmet, så innlemmet vi dette i hverdagsrehabiliteringsteamet, for å få et større og sterkere team, som kunne gi tilbud til fleire pasientgrupper, også spesialisert rehabilitering i hjemmet.

63,6 prosent av kommunane som svarte på spørjeskjemaet har aldri hatt tilbodet rehabilitering i heimen. «Skulle sårt hatt det, men ikke vert satsning» sto det i ei tekstboks.

Rehabilitering i institusjon hadde dei fleste kommunar tilbod om, men i små og mellomstore kommunar er det ein del av sjukeheimsdrifta. Dette kom fram i tekstboksane:

Det finnes korttidsavdelinger som kalles rehabiliteringsavdelinger ettersom det er fysiooppfølging, men ingen felles tankegang.

Vi har en korttids plass med stasjonert fysioterapeut, kommuneergoterapeut kan tre inn ved spesielle behov. Men stort sett får disse kun trening med fysioterapeut.

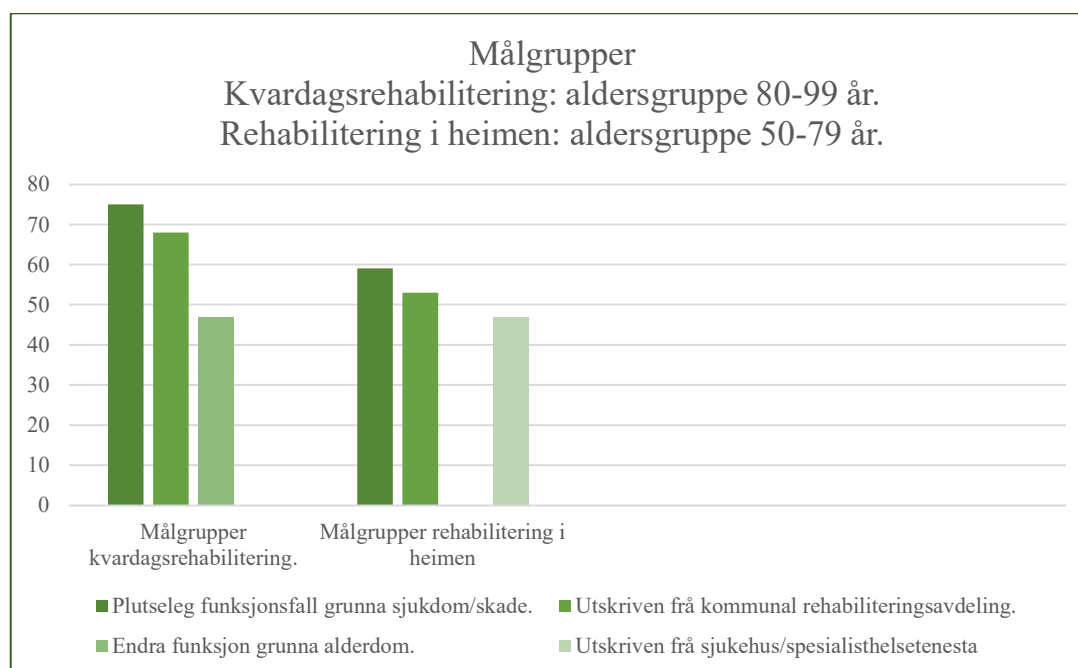
Det kan også sjå ut til at rehabilitering i institusjon ikkje er først på prioriteringslista. Pga omorganiseringsprosess prioriteres kvadagrehabilitering og rehabilitering i hjemmet før rehabilitering i institusjon.

Av dei kommunane som ikkje hadde tilbodet rehabilitering i institusjon er det mangel på ressursar som er hovudårsak. Det vart mellom anna sagt at:

Vi har ikke god nok grunnbemanning til at vi har kalt det rehabiliteringsopphold i sykehjemmet.

Det tilbys rehabiliteringsopphold (et vedtak) i institusjon, men tjenesten har pr nå ikkje de ressursene som skal til for å kalle det et rehabiliteringsopphold.

5.2.4 Målgrupper for rehabiliteringstilboda



Figur 5.2: Stolpediagram: målgrupper for kvardagsrehabilitering og rehabilitering i heimen. Tala er absolutte tal.

Tenestene kvardagsrehabilitering og rehabilitering i heimen har tilnærma like målgrupper når det kjem til bakgrunn for behovet for tenestene, men dei femnar om ulike aldersgrupper. Rehabilitering i heimen har ei yngre målgruppe enn kvardagsrehabilitering.

Aldersgruppa 80-99 år var mest representativ for brukarar av kvardagsrehabilitering, 73 kommunar svarte dette. 23 kommunar hadde ei yngre brukargruppe mellom 50-79 år. Brukarar med plutselig funksjonsnedsetting grunna sjukdom og skade (75 kommunar) og brukarar utskrivne frå kommunal korttids/rehabiliteringsavdeling (68 kommunar) er dei målgruppene som er mest representativ for kvardagsrehabilitering. Etterfylgt av brukarar med endra funksjon grunna alderdom (47 kommunar). Kor mange brukarar som får tilbod om kvardagsrehabilitering i løpet av

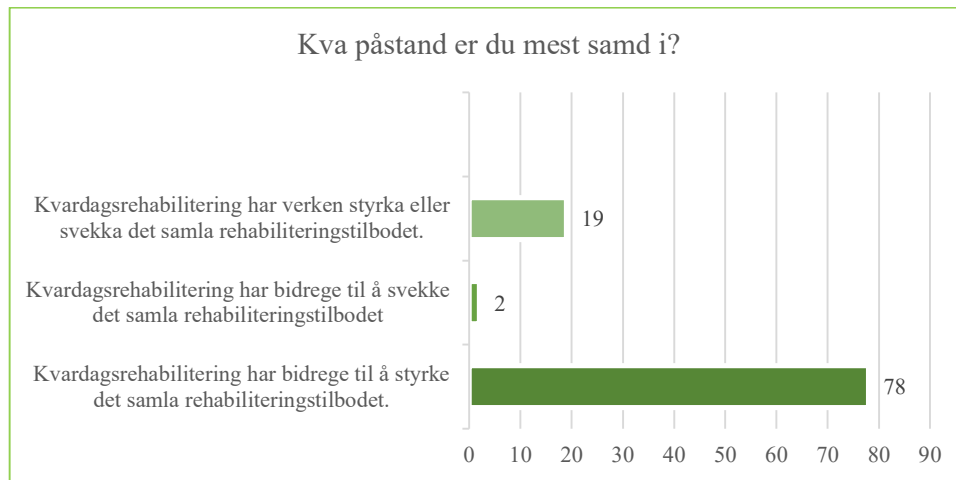
eit år heng nok saman med kommunestørrelse og årsverk, men det ser ut til at majoriteten, 42 av kommunane har 10-49 brukarar i året og 29 kommunar har 0-9 brukarar i året. 13 kommunar har over 100 brukarar gjennom kvardagsrehabilitering, tolv kommunar har 50-89 brukarar.

Aldersgruppa 50-79 år er mest representativ for brukarar av rehabilitering i heimen, 36 kommunar svarte dette. 35 kommunar har ei dominerande brukargruppe mellom 80-99 år. Brukarar med plutsleg funksjonsnedsetting grunna sjukdom og skade (59 kommunar) og brukarar utskrivne frå kommunal korttids/rehabiliteringsavdeling (53) er dei målgruppene som er mest representativ for rehabilitering i heimen. Etterfylgt av brukarar med som er utskrivne frå spesialisthelsetenesta (47 kommunar). Rapporten viser at 24 av kommunane har 10-49 brukarar i året og 23 kommunar har 0-9 brukarar i året. Elleve kommunar har over 100 brukarar som har fått tilbodet rehabilitering i heimen, og 16 kommunar har 50-89 brukarar.

Aldersgruppa 80-99 år er mest representativ for brukarar av rehabilitering i institusjon, 65 av kommunane svarte dette. 25 kommunar har dominerande brukargruppe mellom 50-79 år. Brukarar som er utskrivne frå spesialisthelsetenesta (87 kommunar) og brukarar med plutsleg funksjonsnedsetting grunna sjukdom og skade (80 kommunar) er dei målgruppene som er mest representativ for rehabilitering i institusjon. Etterfylgt av brukarar med endra funksjon grunna alderdom (41 kommunar). Rapporten viser at 47 av kommunane har 10-49 brukarar i året og åtte kommunar har 0-9 brukarar i året. 16 kommunar har over 100 brukarar som har fått tilbodet rehabilitering i institusjon, og 18 kommunar har 50-89 brukarar i året.

5.2.5 Det samla rehabiliteringstilbodet

78 av dei 99 kommunane svarte at kvardagsrehabilitering har bidrege til å styrke det samla rehabiliteringstilbodet i kommunen. To kommunar meinte at kvardagsrehabilitering hadde svekka det samla tilbodet og 19 kommunar meiner at det verken har styrka eller svekka det samla rehabiliteringstilbodet.



Figur 5.3: Stolpediagram: Kva påstand er du mest samd i? Tala er absolutte tal.

		Kommune- storleik					Total
		Under 5 000	5 000- 10 000	10 000- 20 000	20 000- 50 000	Over 50 000	
Kva påstand er du mest samd i?	Kvardagsrehabilitering har bidrege til å styrke det samla rehabiliteringstilbodet i kommunen.	21	20	13	16	8	78
	Kvardagsrehabilitering har bidrege til ei svekking av det samla rehabiliteringstilbodet i kommunen.	1	0	0	0	1	2
	Kvardagsrehabilitering har verken styrka eller svekka det samla rehabiliteringstilbodet i kommunen.	9	4	3	2	1	19
Total		31	24	16	18	10	99

Tabell 5.8: Krysstabell: kommune- og samla rehabiliteringstilbod i kommunen.. Tala er absolutte tal.

Tabell 5.8 viser at det ikkje er store variasjonar som skil kommune- og samla rehabiliteringstilbod i kommunen med tanke på påstanden. Det er færre store kommunar som har svart på spørjeskjemaet og difor færre svar der. To kommunar svarte at kvardagsrehabilitering har svekka det samla rehabiliteringstilbodet i kommunen. Som tabell 5.8 viser var den eine kommunen liten og den andre stor. 19 kommunar var usikre på om det samla tilbodet var styrka eller svekka. Nokon av kommentarane i tekstboksene var mellom anna: *Kvardagsrehabilitering har gitt eit tilbod til mange som ikkje hadde blitt fanga opp eller fått eit anna tilbod.*

5.2.6 Telefonsamtaler med informantar

Ved førebuing av utsending av link til spørjeskjema, måtte eg ringe til 52 kommunar for å skaffe kontaktinformasjon. Mange av desse telefonsamtalane var med fagpersonar som arbeider med kvardagsrehabilitering og desse samtalane vart særst interessante og viktige. Der kom det fram både positive og negative sider ved kommunal rehabilitering. Desse telefonsamtalane tok form som uhøgtidlege og spontane intervju. To av kommunane eg snakka med hadde sett drift av kvardagsrehabilitering på pause på grunn av økonomiske prioriteringar, dei hadde rett og slett ikkje moglegheit til å sette av midlar til tenesta. Nokon kommunar går for enklare variantar som er mindre ressurskrevjande og det tverrprofesjonelle samarbeidet vert då svekka og kvardagsrehabilitering er ikkje lenger eit rehabiliteringstilbod. Mange kommunar har noko dei kallar meistringsteam i heimetenestene som bidreg til rettleiing ved dusj/påkledning og formidlar enkle styrke- og balanseprogram, men har ikkje tverrprofesjonell oppfølging lenger. Andre kommunar går andre vegen og vidareutviklar kvardagsrehabiliteringa. Fleire har etablert det dei kallar tidleg-innsatsteam. Desse teama er tverrprofesjonelle og har kopla på forvaltningskontoret, og ivareteke ofte både kvardagsrehabilitering og rehabilitering i heimen brukarar. Desse teama er meir spesialiserte og er ikkje del av heimetenestene. Nokon fortalte at dei manglar terapeutressursar, ergoterapeut eller fysioterapeut, og kan difor ikkje drifte kvardagsrehabilitering. Nokon formidla at det var lite satsing på førebygging i kommunen og at leiinga ikkje hadde forståing for det tverrprofesjonelle fokuset og nødvendigheita av dette i kvardagsrehabilitering. Mange kommunar hadde utfordringar med å få integrerte modellar for kvardagsrehabilitering til å fungere. Det er ressurskrevjande å drive endringsarbeid i heimetenestene og implementere kvardagsmeistringstankegangen.

5.3 Korrelasjonsanalyse

5.3.1 Omkoding av variablar

Eg ynskja å sjå om der var samanheng mellom kommunestorleik og val av kvardagsrehabiliteringsmodell, og mellom kommunestorleik og prioritering av ressursar i kommunane. Eg ville teste hypotesar og sjå om desse samanhengane var statistisk signifikante (Midtbø, 2007).

Variablane kan ha ulike målenivå og målenivå er viktig for val av analysemåte. Metrisk målenivå er det beste med tanke på regresjon og korrelasjonsanalysar (Thrane, 2018). Alle mine variablar var nominale, det vil seie at dei ikkje kunne rangerast. Nominale verdiar er dei minst presise og fungerer meir som merkelappar (Midtbø, 2007). Det vert då vanskeleg å sjå samanhengar. Nokon nominale variablar kan handsamast som metriske om dei vert gjort om til dummy-variablar. Dette er ein eigen kategori variablar, dei er dikotome (har to variablar) og har verdi 1 eller 0 (Thrane, 2018). Eg måtte lage dummy-variablar for å utføre korrelasjonsanalysar. Dummy-variablane gjer at det er mogleg å sjå samanhengar ved meir kvalitative og vanskeleg målbare fenomen (Midtbø, 2007).

Då eg skulle sjå på samanhengen mellom kommunestorleik og val av kvardagsrehabiliteringsmodell laga eg dummy-variablar av dei tre verdiane i variabelen: «Kva modell for kvardagsrehabilitering liknar mest på den i di kommune?». Eg gjekk inn på «Transform» og «Recode into different variables». Der gav eg variabelen nytt namn (Heimetenesteintegrert modell) og gav modell nummer ein verdi=1 og dei andre to modellane verdi=0. Deretter gjorde eg det same ein gong til med den originale variabelen, men då vart det modell to (Rehabiliteringstenesteintegrert modell) som fekk verdi=1 og dei andre to verdi=0. Til slutt var det modell tre (Spesialistmodellen) som fekk verdi=1 og dei andre fekk verdi=0. På denne måten kunne alle tre modellane settast i samanheng med kommunestorleik.

Sidan eg har laga dummy-variablar kunne eg nytte korrelasjonskoeffisienten Pearsons r , den seier noko om styrken på samanhengen mellom to variablar. Korrelasjonar har -1 og +1 som lavast og høgst verdi (Thrane, 2018). Eg formulerte nullhypotese og alternative hypotesar (Thrane, 2018).

Eg gjorde det same då eg skulle sjå på samanhengen mellom ressursar og kommunestorleik. Då laga eg dummy-variablar av kommunestorleikvariabelen. Same framgangsmåte som med kvardagsrehabiliteringsmodellane.

5.3.2 Kommunestorleik og val av kvardagsrehabiliteringsmodell

Eg formulerte hypotesar og køyrde ei korrelasjonsanalyse med dummy-variablar for å sjå om der var samanheng (korrelasjon) mellom variablane.

H ₀ : «Der er ingen samanheng mellom kommunestorleik og val av kvardagsrehabiliteringsmodell».
H ₁ : «Der er ein samanheng mellom kommunestorleik og val av modell».
H ₂ : «Di større kommune er valet av modell: spesialistmodellen».
H ₃ : «Di mindre kommune er valet av modell: integrert modell».

Tabell 5.9: Nullhypotese: kommunestorleik og kvardagsrehabiliteringsmodell.

Dersom Pearsons r er lik 0 er der ingen korrelasjon (samanheng) Dersom Pearsons r er mellom 0 og -1 er korrelasjonen negativ, og mellom 0 og 1 er korrelasjonen positiv.

		Kommune- storleik	Rehabiliteringsteneste- integrert modell	Heimeteneste- integrert modell	Spesialist modell
Kommune- storleik	Pearson Correlation	1	-,212*	-0,144	,405**
	Sig. (2- tailed)		0,035	0,156	<,001
	N	99	99	99	99
Rehabiliterings- tenesteintegrert modell	Pearson Correlation	-,212*	1	-,592**	-,468**
	Sig. (2- tailed)	0,035		<,001	<,001
	N	99	99	99	99
Heimeteneste- integrert modell	Pearson Correlation	-0,144	-,592**	1	-,361**
	Sig. (2- tailed)	0,156	<,001		<,001
	N	99	99	99	99
Spesialist modell	Pearson Correlation	,405**	-,468**	-,361**	1
	Sig. (2- tailed)	<,001	<,001	<,001	
	N	99	99	99	99
* Correlation is significant at the 0.05 level (2- tailed).					
** Correlation is significant at the 0.01 level (2- tailed).					

Tabell 5.10: Korrelasjonsanalyse: kommunestorleik og kvardagsrehabiliteringsmodellar.

Tabell 5.10 syner korrelasjon (samanheng) mellom kvardagsrehabiliteringsmodell og kommunestorleik, og det er det meir truleg at store kommunar vel spesialistmodell, medan små

kommunar går meir i retning av rehabiliteringstenestemodell. Eg kunne forkaste nullhypotesen og dei alternative hypotesane stemte.

Resultatet i tabell 5.10 viser moglege parvise korrelasjonar og diagonalen som går frå venstre nedover mot høgre visar variablane korrelert med seg sjølv, og er uinteressante (er lik 1).

Korrelasjonen mellom dei ulike variablane er presentert under og over den diagonale linja (Midtbø, 2007). Kommunestorleik og spesialistmodellen har positiv korrelasjon, med 0,405, det vil seie at korrelasjonen er signifikant og det er samanheng mellom kommunestorleik og spesialistmodellen. Det vil seie at di større kommune, di meir sannsynleg er det at spesialistmodellen for kvardagsrehabilitering vert valt.

5.3.3 Kommunestorleik og prioritering av rehabiliteringsressursar

Eg gjorde først korrelasjonsanalyse av variablane kommunestorleik og ressursar, utan å lage dummy-variablar. Denne korrelasjonsanalysen viste at di større kommune di fleire ressursar inn i tenesta kvardagsrehabilitering, altså meir pengar brukt i store kommunar. Korrelasjonen har var signifikant på 0.01 level (2-tailed). Det vil seie at det positiv samanheng mellom kommunestorleik og prioritering av ressursar. Eg tenkjer at denne korrelasjonen var føreseieleg og logisk, meir ressursar di større kommune. Eg laga difor ei ny korrelasjonsanalyse og med dummy-variablar på kommunestorleik. Då kunne eg sjå samanhengar mellom dei ulike kommunestorleikane og ressursbruk.

H ₀ : «Der er ingen samanheng mellom kommunestorleik og prioritering av yrkesgrupper inn mot kvardagsrehabilitering».
H ₁ : «Der er ein samanheng mellom kommunestorleik og prioritering av yrkesgrupper inn mot kvardagsrehabilitering».
H ₂ : «Di større kommune di fleire ressursar til terapeutane».
H ₃ : «Di mindre kommune di færre ressursar til terapeutane».

Tabell 5.11: Nullhypotese: kommunestorleik og prioritering av ressursar.

	Ressurs fysioterapeut	Ressurs ergoterapeut.	Ressurs sjukepleiar.	Ressurs helsefagarbeidar.
Under 5 000 innbyggjarar	-0,218	-,288*	-0,188	-,673**
5-10 000 innbyggjarar	-,326**	-,367**	-0,222	-0,079
10-20 000 innbyggjarar	0,139	,253*	0,048	0,246
20-50 000 innbyggjarar	0,184	0,195	0,198	,423**
Over 50 000 innbyggjarar	,345**	,331**	0,254	0,232
N=	74	68	51	43
** Correlation is significant at the 0.01 level (2- tailed).				
* Correlation is significant at the 0.05 level (2- tailed).				

Tabell 5.12: Korrelasjonsanalyse: kommunestorleik og prioritering av ressursar.

Tabell 5.12 viser at det er samanheng mellom kommunestorleik og prioritering av yrkesgrupper inn mot kvardagsrehabilitering. Nullhypotesen kan forkastast og alternativ hypotese beholdast. Korrelasjonen er signifikant positiv, med 0,345 og 0,331 for fysioterapeut og ergoterapeut. Det vil seie at det er mest sannsynleg at store kommunar har fleire terapeutressursar inn mot kvardagsrehabilitering.

Funna frå forskinga mi skal no diskuterast og settast opp mot teori, lovverk og tidlegare forskning. På denne måten håper eg å få svar på problemstillinga mi.

6 Diskusjon

6.1 Oppstart av kvardagsrehabilitering og omfordeling av ressursar

Norske kommunar varierer i arealstorleik og innbyggjartal, og Noreg er eit langstrakt land med ulike geografiske føresetnadar. Nokon kommunar er store i areal, men har få innbyggjarar, andre kommunar har mange innbyggjarar og tettare busetnad. Som et døme på ulikskapane kan det nemnast at den minste kommunen i Noreg er Utsira i Rogaland med sine 188 innbyggjarar (Thorsnæs og Lauritzen, 2022) og Oslo kommune er størst med sine 699 827 innbyggjarar (Thorsnæs, 2022). På tross av desse ulikskapane er det norske kommunesystemet basert på generalistprinsippet som betyr at kommunane har dei same oppgåvene uavhengig av innbyggjartal

og storleik (Regjeringen Solberg, 2020). Spørsmålet er om det i praksis er slik at innbyggjarane i små kommunar har det same rehabiliteringstilbodet som innbyggjarar i større kommunar. Då eg analyserte mine forskingsdata såg eg at rehabiliteringstilboda var jamt fordelt mellom dei ulike kommunestorleikane, men grunnen til dette kunne vere at det var flest små og mellomstore kommunar som svarte på spørjeskjemaet, 72 % av svara kom frå kommunar med innbyggjartal under 20 000. Den sittande regjeringa Støre har gjennom *Hurdalsplattformen (2021-2025)* skissert at dei vil arbeide for sterkare kommuneøkonomi, prioritere førebygging og betre tilbodet til eldre og sjuke. Vidare vil dei at helse- og omsorgstenestene skal vere tilgjengelege for alle, uavhengig av adresse og lommebokstørrelse. Det vil seie at det skal vere like tilbod uansett om du bur i ei stor eller liten kommune. Generalistkommunesystemet (Fimreite et al., 2020) har lagt til rette for at Noreg har eit godt tilgjengeleg offentleg tenestetilbod. Kommunane skal iverksette offentleg politikk og det er kommunestyret som er ansvarleg instans for å løyse dei lovpålagde oppgåvene.

Dei fleste kommunar er ulike og ein kan stille spørsmål om det er rett å behandle alle kommunar likt. Dagens generalistkommunesystem skal vurderast og den føregåande regjeringa Solberg har sett ned eit offentleg utval som skal levere si utgreiing i form av ein NOU rapport til Kommunal- og distriktsdepartementet innan 31 mars 2023. Ein slik utgreiing vil gje eit betre grunnlag for å diskutere korleis ein kan løyse og finansiere framtidens tenestetilbod til det beste for innbyggjarane (Regjeringen Solberg, 2020).

For å møte dei demografiske utfordringane har det gjennom det siste tiåret vore utarbeida reformar og NOU rapportar med mål om å skissere tiltak for å møte og løyse desse utfordringane.

Kvardagsrehabilitering hadde mellom 2008 og 2012 revolusjonert eldreomsorga i Danmark og no skulle denne tenesta også prøvast ut i Noreg. Denne måten å tenkje eldreomsorg på var innovativ og målet var at eldre skulle bu heime lengst mogleg og dermed utsette eit høgare omsorgsnivå. Det er kostbart med sjukeheimsplassar og det er i tillegg for få av dei. Kvardagsrehabilitering er rehabilitering og førebygging i brukaren sin eigen heim, der målsettinga er auka livskvalitet og eigenmeistring (Tuntland og Ness, 2014). I NOU rapporten *Innovasjon i omsorg* frå 2011 var kvardagsrehabilitering nemnt som ei ny arbeidsmetode innan eldreomsorga. I 2013 kom reforma *Morgendagens omsorg* der kvardagsrehabilitering vart sett på den politiske dagordenen og trekt fram som ei teneste det skulle satsast på.

Kommunane er som tidlegare nemnt eit iverksettingsorgan og skal då sette nasjonal politikk ut i praksis. Kvardagsrehabilitering var med andre ord eit slikt tiltak som kommunane vart sterkt oppmoda om å sjå nærare på og iverksette. I stortingsmeldinga *En innovativ offentlig sektor- Kultur, ledelse og kompetanse (2019-2020)* kan ein forstå innovasjon som ei ny eller endra

teneste, og så lenge innovasjonen er ny for den aktuelle verksemda, kan den vere kjent eller iversatt av andre verksemdar tidlegare. Sjølv om Danmark var først ute og utvikla tenesta kvardagsrehabilitering vart kvardagsrehabilitering likevel ei innovativ teneste i Noreg då den vart introdusert i 2012.

Kvardagsrehabilitering vart sett på som noko nyskapande og skulle fremme eit nytt tankesett i helse- og omsorgstenestene, i tillegg til å utsette høgare omsorgsnivå og på den måten spare pengar. Fredericia kommune i Danmark var tidleg ute med konseptet kvardagsrehabilitering og sidan norske og danske kommunar er ganske like, ville mykje av det som fungerte i Danmark også fungere i Noreg. Tarde sin imitasjonsteori (Fulgsang og Rønning, 2013) kan nyttast for å forstå kva som skjedde her. Fredericia kommune hadde prøvd ut kvardagsrehabilitering ei stund og starta å skrive rapportar om dette, og det inspirerte til prosjektet *Innføring av kvardagsrehabilitering i Norge* i 2012. Noreg imiterte rett og slett innovasjonen kvardagsrehabilitering frå Danmark. Samarbeidsprosjektet fekk midlar frå Helse- og omsorgsdepartementet og etter kvart starta fleire og fleire kommunar opp kvardagsrehabilitering i Noreg. 65,5 % av dei kommunane som svarte på spørjeskjemaet mitt starta opp kvardagsrehabilitering mellom 2014 og 2017, i det som eg vil kalle «storheits-tida» til kvardagsrehabilitering. Eg var sjølv med å starte opp tenesta kvardagsrehabilitering i ei mellomstor kommune i 2014. Det var mykje fokus på at dette var innovasjon og vi brukte mykje tid på å informere om tenesta, då ingen hadde høyrte om dette før.

Innovasjonen kvardagsrehabilitering fortsette å spreie seg i Noreg og Rogers sin diffusjonsteori (Fulgsang og Rønning, 2013) er relevant her. Han var opptatt av korleis innovasjonen passar inn i organisasjonen, kor lett innovasjonen er å forstå og kor lett er det å måle effekt av det nye. Kvardagsrehabilitering var lett å innpasse i norske kommunar og fleire kommunar søkte om statlege midlar til oppstart av tenesta. I statsbudsjettet for 2013-2015 vart det sett av midlar til utprøving og utvikling av modellar for kvardagsrehabilitering Omsorgsforsking Vest fekk oppdrag om å følgjevaluere alle dei 43 kommunane som fekk tilskot, på den måten vart det gjort eit forsøk på å måle effekten innføringa av kvardagsrehabilitering i Noreg (Langeland et al., 2016).

Innovasjonen kvardagsrehabilitering var i starten prega av ovanfrå og ned (top-down) styring sidan føringane kom frå staten gjennom reformar og NOU rapportar. Føregangskommunane søkte midlar og starta kvardagsrehabilitering som prosjekt. Etter kvart som fleire og fleire kommunar starta opp kvardagsrehabilitering trur eg det vart lettare for dei som kom etter. Kommunane starta å sjå til kvarandre og delte villig sin erfaringar vidare. Eg tenkjer at innføringa av kvardagsrehabilitering vart etter kvart prega av nedanfrå og opp (bottom-up) iverksetting, då imitasjon var ein viktig del av oppstarten. Det var gjerne fagpersonar innan rehabilitering som

oppretta kontakt med andre kommunar og leiinga var meir distansert. Det vart oppretta ulike nettverk, noko som er viktig for spreiding av innovasjon. Då vi skulle starte opp kvardagsrehabilitering i 2014 var vi på hospitering med fleire kommunar i nærleiken som hadde starta opp før oss. Og seinare hadde vi besøk igjen av kommunar som ville sjå kva vi gjorde. Vi har også danna samarbeidsnettverk med kommunar i fylket som også tilbyr kvardagsrehabilitering. Imitasjon og diffusjon er essensielt for å spreie innovasjonen vidare. Og det meiner eg var essensielt for utviklinga av kvardagsrehabilitering i Noreg.

Noko av det som motiverer kommunane til tenesteinnovasjon er velferdsutfordringane og eit ynskje om å utvikle gode tenester til innbyggjarane. Dette er ekstra utfordrande då helse- og omsorgstenestene er eit komplekst system som er uføreseieleg. Dersom ein skal klare å etablere og implementere ei ny teneste inn i eit allereie kompleks system er det ekstra viktig at der er forståing for dette nye på makronivå i systemet, det vil seie i kommuneleiinga. Det er kommunestyret som handsamar budsjett og prioriterer kva det skal satsast på.

Innan helse- og omsorgssektoren kan dei demografiske utfordringane vere eit døme på samansette problem, også kalla «wicked problems». Desse problema kan verke nærmast uløyselege. Dei demografiske utfordringane aukar presset på helse- og omsorgstenestene i kommunane. Dette fører til at kommunane må gjere prioriteringar mellom tenester og brukarar. Dette inneber fordeling av ressursar til ulike formål som til dømes sjukeheimsplasser eller rehabilitering. Definisjonen på prioritering kan vere «å sette noe fremfor noe annet» (NOU, 2018:16, s 9). Det eg ynskja å finne ut av var om satsinga på kvardagsrehabilitering hadde ført til ei endring i fordelinga av dei kommunale rehabiliteringsressursane. Sagt på ein annan måte, vart oppstart av kvardagsrehabilitering prioritert høgare enn andre kommunale rehabiliteringstilbod? Ressursane må brukast der dei gjev størst nytte og på dei som treng dei mest, men utan tydelege prinsipp for prioritering vil denne fordelinga av kommunale helse- og omsorgstenester verte tilfeldig. I Meld. St. 34 (2015-2016) *Verdiar i pasientens helsetjeneste. Melding om prioritering*, vart det framlagt tre hovudkriterier for prioritering for spesialisthelsetenesta: nyttekriteriet, ressurskriteriet og grad av alvor kriteriet. Som nemnt er desse kriteria retta mot spesialisthelsetenesta. I 2017 sette regjeringa ned eit utval, Blankholmutvalet, og dei fekk som oppgåve å vurdere om desse prioriteringskriteria også kan gjelde for kommunale helse- og omsorgstenester. Slik eg har forstått det så kan dei nyttast, men ein må vere klar over at der er forhold som skil den kommunale helse- og omsorgstenesta frå spesialisthelsetenesta når det gjeld bruk av dei gjeldande vurderingskriteriene. Kommunane må ta omsyn til andre sektorar, dei må ivareta fleire behov og ofte over ei lengre tidsperiode. Kommunane har lite dokumentasjon på effekten av tiltak og det er

ei utfordring med tanke på å ta gode prioriteringslutningar (NOU, 2018:16). Spørsmålet er om desse kriteria gjev klare retningslinjer på korleis kommunen kan prioritere best mogleg.

Der er ulike nivå kommunane kan prioritere ut frå (NOU, 2018:16). Prioriteringslutningar på fagleg nivå (meso nivå) omhandlar slutningar rundt brukarane, altså vurderingar rundt tildeling av tenester, behandling, oppfølging og tiltak. Det er på dette nivået vi som kvardagsrehabiliteringsteam gjer våre prioriteringar. Vi opererer med ventelisteordning der vi må prioritere utifrå hastegrad, men det inneber ofte at vi må kartlegge og sette oss inn i brukarane sin situasjon slik at vi tek dei rette slutningane. Prioriteringar på administrativt/politisk nivå (makro nivå) dreiar seg om fordeling av ressursar. Det kan vere ressursar mellom sektorar eller innan helse- og omsorgstenesta. Som nemnt tidlegare vil organiseringa av kommunale helse- og omsorgstenester variere frå kommune til kommune og det er kommunestyret har ansvar for å prioritere ressursar mellom ulike oppgåver og organisere tenestene. Desse slutningane bygg i liten grad på tydelege prioriteringskriterier (NOU, 2018:16). Det er altså i kommunestyret dei store slutningane ved prioritering av ressursar skjer. Dei kan ta slutningar rundt kor mykje pengar dei ulike sektorane skal få å og kva tenester det skal satsast på. Her er det fleire faktorar som spelar inn, både økonomi, innbyggjartal, geografi og demografi. Det er generalistkommuneprinsippet som gjeld, men der vil alltid vere variasjonar mellom kommunane.

Eit av forskingsspørsmåla mine var om oppstart av kvardagsrehabilitering vart gjort på kostnad av eksisterande rehabiliteringsressursar? Eg ynskja å finne ut korleis kommunane prioriterte og finansierte oppstart av kvardagsrehabilitering. Funna frå forskingsarbeidet viste at 15 prosent av kommunane hadde søkt statlege midlar og starta kvardagsrehabilitering som prosjekt. 29 prosent hadde ein kombinasjon av eksterne midlar og ekstra midlar frå kommunen. Ved planlegging av helse- og omsorgstenester kan det skiljast mellom oppgåver som treng friske midlar og oppgåver som kan løysast med eksisterande ressursrammer. Innovasjon treng ofte friske midlar for å kunne gjennomførast (Vetvik og Disch, 2017). Men likevel er det berre 44 prosent av mine informantar som opplyste om at dei hadde friske midlar. Det kan sjå ut som kommunane handterer best dei oppgåvene dei kan løyse med eksisterande midlar. 32,3 prosent av kommunane svarte at dei starta opp kvardagsrehabilitering berre med omfordeling av ressursar i helse- og omsorg. 23,5 prosent starta opp med omfordeling av ressursar kombinert med friske ressursar. Omfordeling av ressursar vil seie at kommunen løyser utfordringa med å finansiere tenesta kvardagsrehabilitering ved å redusere tilbodet i andre tenester. Dette kan gjerast på mange ulike måtar. Eg kjenner til at det har vorte flytta ressursar frå ei nedlagd avdeling på ein omsorgsbustad til kvardagsrehabilitering, samt naturleg avgang i heimetenestene gav moglegheit for omfordeling av stillingar inn i

kvardagsrehabilitering. Omfordeling skjer også innan rehabiliteringstenesta, terapeutane må då frigjere tid til kvardagsrehabilitering og det går utover andre rehabiliteringstilbod.

Det hadde vore interessant å vite nøyaktig kor ressursane kom frå ved omfordeling, då kunne eg sagt meir sikkert om satsinga på kvardagsrehabilitering hadde ført til ei endring i fordelinga av dei kommunale rehabiliteringsressursane. I forskingsarbeidet mitt kom det ikkje fram opplysingar om dette, men mest sannsynleg kom dei omfordelte ressursane frå helse- og omsorgssektoren. Det eg har funne ut er at majoriteten av dei kommunane som svarte på spørjeskjemaet mitt, 56 prosent, har nytta seg av omfordeling ressursar. Det vil seie at oppstart av kvardagsrehabilitering har gått ut over andre tenester i helse- og omsorg, men eg har ikkje oversikt over kva type tenester det er snakk om. I følgjeevalueringa utført av Langeland et al. (2016) var det berre 17 av 36 kommunar som svarte på spørjeskjemaet angående økonomiske faktorar. Sjølv om desse kommunane hadde fått midlar frå Helsedirektoratet, var det ikkje nok til å finansiere alt. Det kom fram av følgjeevalueringa at ni av desse kommunane måtte omfordele ressursar for å finansiere kvardagsrehabilitering. Dette stemmer overeins med mine funn når det gjeld oppstart av kvardagsrehabilitering. I følgjeevalueringa kom det fram at ressursane i hovudsak vart tatt frå andre rehabiliteringstilbod og omfordeling av ressursar kan ha ført til at nokon brukargrupper har fått lengre ventetid (Langeland et al., 2016). Med tanke på at heile 52 av 99 kommunar i mitt forskingsarbeid måtte omfordele ressursar for å starte kvardagsrehabilitering, er det sannsynleg at fleire av desse ressursane vart tatt frå eksisterande rehabiliteringstilbod.

Då eg skulle gjennomføre forskingsarbeidet mitt valte eg kvantitativ metode. Eg ville sjå på breidde framfor djupne. Eg ynskja å gjere deskriptive analysar og korrelasjonsanalysar. Eg valte å ha tekstboksar i spørjeskjemaet slik at informantane hadde moglegheit å forklare eller utdjupe meir om behov. Desse tekstboksane gav forskinga mi eit kvalitativt element. Desse kommentarane viste seg å ha verdifull informasjon og eg har tatt med nokre av dei i analysedelen (kapittel 5). Nokre av desse kommentarane vil også kome fortløpande i diskusjonen vidare, utheva med kursiv.

Ved analyse av forskingsdata vart det laga ulike krysstabellar. Tabell 5.1 viser finansiering av oppstart av kvardagsrehabilitering og kommunestorleik. Her ser vi at det er liten forskjell på små og store kommunar når det gjeld friske midlar ved oppstart av kvardagsrehabilitering. Men igjen vart dette påverka av at det var høgast svarprosent frå små og mellomstore kommunar. Så det er då sannsynleg at dei største kommunane har meir friske midlar enn små kommunar. Det som er interessant å sjå vidare på her er kva gjorde kommunane når dei friske midlane tok slutt? Av dei kommunane som svarte på spørjeskjemaet mitt var det 31 prosent som svarte at dei må løyse vidare finansiering av kvardagsrehabilitering med omfordeling av ressursar. Det vil seie at for å

drifte kvardagsrehabilitering vidare så måtte dei ta frå andre tenester. I ei tekstboks sto følgande: *Det er stor forskjell i ressursar og kompetanse i oppstart av prosjektperioden og hva som er etter at det gjekk over i varig drift.* 19 prosent svarte at dei måtte redusere årsverk og ressursar inn mot kvardagsrehabilitering når dei skulle over i ordinær drift. Tenesta vil då verte redusert og innbyggjarane få eit svakare tilbod. Dei tilsette vil oppleve å bli omplasserte eller få redusert stillingsprosenten sin. I verste fall vert tenesta sett på pause eller avslutta. Noko som etter mi meining er å gå mot straumen. Følgjeevalueringa frå 2016 (Langeland et al., 2016) støtter mine funn. Der var det også rapportert om omfordeling av ressursar når midlar frå HelseDirektoratet tok slutt, samt redusere ressurs knytt til kvardagsrehabiliteringsteam. I Først og Høverstad (2014) sin rapport kom det fram at mange prosjekt i kommunar avsluttast utan å implementerast i dagleg drift, dette kan skyldast at prosjektet har manglande politisk forankring. Spørsmålet var om oppstart av kvardagsrehabilitering måtte gå gjennom eit prosjekt. Som det kom fram frå følgjeevalueringa og mine funn kan det sjå ut til at finansiering med eksterne midlar, altså prosjekt, likevel har ført til omfordeling av ressursar, samt reduisering av ressursar, til slutt likevel. I ei tekstboks i spørjeskjemaet mitt sto det: *Prosjekt kvardagsrehabilitering er avslutta, men ikkje godt nok implemetert i drift.* Dette samsvarar med funn frå forskning.

Når midlene frå fylkesmann vart brukt opp ble prosjektet avsluttet da kommunen ikke per d.d har økonomi til å drive hverdagrehabilitering. Det jobbes med å gjenopprette tilbudet. Denne kommentaren frå ei tekstboks viser at stram kommuneøkonomi og utvikling og oppstart av nye tenester er ei utfordring, både i store og små kommunar. Velferdsutfordringane motiverer kommunane til tenesteinnovasjon, men dei gjev også auka press på dei økonomiske ressursane. Dette viser seg ved oppstart av kvardagsrehabilitering og utfordringane kommunane får med å finansiere dette. *Har tidligere drevet hverdagsrehabilitering «etter boka», men dette ble for ressurskrevende.*

Då eg heldt på førebu utsending av link til spørjeskjema, måtte eg ringe til 52 kommunar for å skaffe kontaktinformasjon. Mange av desse telefonsamtalane var med fagpersonar som arbeider med kvardagsrehabilitering og desse samtalane vart særst interessante og viktige. Der kom det fram både positive og negative sider ved kommunal rehabilitering. To av kommunane eg snakka med hadde sett drift av kvardagsrehabilitering på pause på grunn av økonomiske prioriteringar, dei hadde rett og slett ikkje moglegheit til å sette av midlar til tenesta. Som det kjem fram av krysstabell 5.2 så er det i hovudsak kommunar under 20 000 innbyggjarar som må omfordele, redusere eller legge ned drifta av kvardagsrehabilitering når dei eksterne midlane tek slutt.

Som tidlegare nemnt er kommunane i Noreg ulike med tanke på innbyggjartal, areal og økonomiske føresetnadar. Kommunane er styrt av staten etter rammestyringsprinsippet som gjev handlingsrom til å gjere lokale tilpassingar i til dømes tenestetilbodet. Også generalistkommunesystemet godtek variasjon i til dømes tenesteproduksjon. Men på den andre sida må ikkje variasjonen vere for stor, då prinsipp om likskap er viktig i dette systemet. Helse- og omsorgsdepartementet ynskja å finne ut korleis det sto til med planlegginga av helse- og omsorgstenester i kommunane og i 2009 og 2011 gjennomførte Senter for omsorgsforskning Sør ei kartleggingsstudie av omsorgsplanarbeidet i landets kommunar. Våren 2015 vart det gjort ei tredje studie basert på dei føregåande studiane også utført av Senter for omsorgsforskning Sør (Vetvik og Disch, 2017). Studien frå 2015 viste at det var ein klar tendens til at dei minste kommunane ligg etter når det gjeld planarbeid, behovsanalyse og konsekvensanalyse. Det å utarbeide ein helse- og omsorgsplan er ikkje ei lovpålagt oppgåve for kommunane, men det er statlege signaler om at det er viktig å ha med tanke på vidare utvikling av helse- og omsorgstenestene. Der var ingen funn i forskinga mi som viste at dei minste kommunane var seinare ute med å tilby tenesta kvardagsrehabilitering, men det er ikkje usannsynleg. Små kommunar har og færre terapeutressursar (ergoterapi og fysioterapi). Nokon har ikkje kommunale terapeutar i det heile, og fleire kommunar har interkommunalt samarbeid for å kunne tilby til dømes rehabiliteringstenester til sine innbyggjarar. Desse variasjonane skaper utfordringar for generalistkommunesystemet. Kommunane har, slik eg ser det, ikkje like føresetnadar for å utvikle, etablere og drifte nye tenester.

Når det gjeld oppstart av kvardagsrehabilitering var dette ein innovasjon som sakte, men sikkert spreidde seg til fleire og fleire kommunar. Men der var ikkje nokon fasit på korleis denne tenesta skulle driftast. Det vil seie at kommunane sto fritt til å forme tenesta slik det passa best for deira organisasjon. Så her var det rom for variasjon mellom kommunane. Det utvikla seg etter kvart tre hovudmodellar for organisering av kvardagsrehabilitering. Organisasjonstypen ein går ut frå heimetenesta i samarbeid med rehabiliteringstenesta, organisasjonstypen to går ut frå rehabiliteringstenesta i samarbeid med heimetenestene. Begge desse er integrerte modeller. Den tredje organisasjonstypen er ei spesialisert eining, som er fristilt og er parallell med heimetenestene og rehabiliteringstenesta (Tuntland og Ness, 2014; Langeland et al., 2016).

Det eg såg ved analyse av mine forskingsdata var at 44,8 prosent av dei spurde kommunane hadde varianten der kvardagsrehabilitering er drifta av rehabiliteringstenesta, i samarbeid med heimetenestene. Det er færre som hadde spesialistmodellen, 22,9 prosent. Krysstabell 5.3 viser val av modell og kommunestorleik. Her ser vi at spesialistmodellen var mest brukt i kommunar med

10-50 000 innbyggjarar. Medan dei minste kommunane, under 5 000 innbyggjarar, hadde anten heimeteneste- eller rehabiliteringstenesteintegrrert modell. Her kan ein anta at heimetenesteintegrrert modell krev færre terapeutressursar og er då enklare å drifte for små kommunar.

Eit av forskingsspørsmåla mine var om val av organisasjonsmodell var påverka av kommunestorleik. Eg tykte det var interessant å sjå om der var statistisk samanheng mellom val av modell og storleik på kommunen. Eg gjorde difor ei korrelasjonsanalyse (tabell 5.10) og denne analysen viste at det er meir truleg at store kommunar vel spesialistmodellen og små kommunar går meir i retning av rehabiliteringstenesteintegrrert modell. Korrelasjonen var signifikant positiv når det gjaldt kommunestorleik og spesialistmodell, og signifikant negativ når det gjaldt rehabiliteringstenestemodellen. Både korrelasjonsanalysen og krysstabellen som omhandlar modellar og kommunestorleik viste det same. At di større kommune, di meir terapeutressursar og mest sannsynleg val av spesialistmodell. Dette støttes av Fürst og Høverstad (2014) som, i sin rapport frå 2014, også ser at kommunestorleik og busettingsmønster påverkar val av modell. I små kommunar kan det verte for ressurskrevjande å ha eigne spesialiserte team, det kan og verte problematisk å rekruttere mange nok brukarar til kvardagsrehabilitering og då er det lite hensiktsmessig å ha eit eige team. Spreidd busetnad og lange reiseavstandar det gjer det også praktisk med eit integrrert team, heimetenestene er likevel ute på ordinære oppdrag og kan då ta kvardagsrehabiliteringsoppdraga i tillegg. Langeland et al. (2016) si følgjeevaluering viste også at spesialiserte team vart for ressurskrevjande i kommunar med store geografiske avstandar. Vidare såg dei at val av modellar var lokalt tilpassa etter kommunane si organisering, storleik og behov. Følgjeevalueringa gav ingen konklusjon på kva modell som er den mest hensiktsmessige for kommunane samla, der var ingen signifikante effektuliksapar på studia sine effektmål, mellom anna COPM¹ og SPPB². Så det vil seie at kvardagsrehabiliteringsmodell kan veljast utifrå kva som passar best inn i kommunen med tanke på storleik, organisering og behov.

I store kommunar med mange tilsette og der kompetansen er høg er det kanskje naturleg å ha spesialiserte team som gjer heile jobben, framfør å implementere nokon av rollene i kvardagsrehabiliteringsteamet inn i til dømes heimetenestene. Langeland et al. (2016) skriv at kommunar med tett busetnad vel spesialistmodell for å bygge opp kompetanse og erfaring. Men dersom ein ser på nivåa i rehabiliteringspyramiden (figur 2.3) ser ein at det nedste nivået er

¹ COPM står for Canadian Occupational Performance Measure. Det er eit verktøy for å kartlegge kva aktivitetar som er viktige for brukar og for rangering av desse aktivitetane (Langeland et al., 2016).

² SPPB står for Short Physical Performance Battery og er eit verktøy for å måle balanse, beinstyrke og ganghastigheit (Langeland et al., 2016).

kvardagsmeistring og det er tenkt å gjelde alle helse- og omsorgstenester. Dette for å møte dei demografiske utfordringane ved å fremje meistring hjå brukar og legge til rette for å bu heime lengst mogleg. Fürst og Høverstad (2014) skriv at endringsarbeid og forankring av ny ideologi i heimetenestene ikkje er ei enkel oppgåve, men at ved å ha heimetrenarar i heimetenestene kan dette skape engasjement i tenesta og motivere. Men dei skriv også at integrert modell krev tett oppfølging av terapeutar slik at kvardagsrehabiliteringa ikkje mistar rehabiliteringsfokuset. I tekstboks i spørjeskjemaet mitt var der fylgjande kommentar: *Vi jobber fortsatt med å få et team til å fungere godt integrert. Det ender ofte med at ergo og fysio drar lasset.* Det viser ei av utfordringane med integrert modell. Langeland et al. (2016) si følgjeevaluering viste at heimetenesteintegert modell hadde flest yrkesgrupper som arbeidde innanfor kvardagsrehabilitering. På den måten vert kvardagsmeistringstankegangen gradvis implementert i heimetenesta og vidare rundt i helse- og omsorgssektoren. Mange som hadde spesialistmodell hadde ein ambisjon om å integrere kvardagsmeistringstankegangen og tilbodet tettare på heimetenesta, men at dette var omfattande arbeid som ville ta tid (Fürst og Høverstad, 2016). Etter mi meining legg ikkje spesialistmodellen til rette for moglegheita til å implementere kvardagsmeistringstankesettet, då spesielt i heimetenestene der dei heimebuande eldre får sine tenester frå. Men det er på den andre sida heller ikkje slik at det er kvardagsrehabilitering si oppgåve åleine å fremje kvardagsmeistringstankesettet i helse- og omsorg. Her må alle tenestene ta ansvar sjølve. Sidan det er spesialistmodellen som er mest utbreidd i store kommunar kan ein då anta at det er i små og mellomstore kommunar at kvardagsmeistringstankegangen er mest implementert. Då kan det vere at mindre kommunar er like rusta til å møte dei demografiske utfordringane, sjølv om dei har færre terapeutressursar og færre midlar.

Det som viser seg ved omfordeling av ressursar er at det vert færre ressursar inn i kvardagsrehabiliteringsteamet, medan kommunar med friske midlar ofte har større stillingsprosentar i kvardagsrehabiliteringsteamet. Det som vert utfordringa dersom kommunane startar opp ei teneste med omfordeling av ressursar, er at det vert små stillingsprosentar og ein får ikkje drifta tenesta optimalt frå starten av. Dette kom også fram i ei tekstboks i spørjeskjemaet mitt: *Det er vanskelig å få en integrert modell med hverdagsrehabilitering til å fungere når det ikke settes av egne midler til dette.* I tillegg når tenesta er definert som innovativ og nyskapande krev det mykje arbeid for å gjere den kjend i organisasjonen. Eg har erfaring med å implementere ei ny teneste og ein ny tankegong inn i ein organisasjon. Det er tidkrevjande og det tek mange år før ein ser resultat av arbeidet, og med få tildelte ressursar er det ekstra utfordrande å få dette til. Det er også vanleg at ein må arbeide med utvikling av nye tenester i tillegg til ordinære

arbeidsoppgåver. *Vi har ikke fått tilført noen midler til hverdagsrehabilitering, men har fått lov å jobbe med plan og utvikling av tjenesten i våre eksisterende stillinger.*

6.2 Tverrprofesjonelt samarbeid og prioritering av ressursar

For å tilby tenesta kvardagsrehabilitering må ein ha eit tverrprofesjonelt team, som ideelt sett består av ergoterapeut, fysioterapeut og sjukepleiar. Dette for å få ein breiast mogleg kartlegging av brukar sin situasjon og hjelpe brukar til å fungere best mogleg i kvardagen, der målet er at brukar skal bu heime lengst mogleg. Kvardagsrehabilitering er, som det ligg i namnet, eit rehabiliteringstilbod, men det spesielle med dette rehabiliteringstilbodet var at det var tenkt implementert i helse- og omsorgstenestene, nærare bestemt i heimetenestene. Heimetenesta er den helse- og omsorgstenesta som er retta mot heimebuande eldre og er difor midt i blinken for dette arbeidet.

Innan rehabiliteringsfeltet er tverrprofesjonelt samarbeid ein føresetnad for å kunne nå måla til brukaren. Dette er mindre vanleg i helse- og omsorgstenestene. I helse- og omsorg er pleiekulturen sterk og ein stor del av identiteten til sjukepleiarar og helsefagarbeidarar. Det er utfordrande å skulle implementere ei ny arbeidsmetode i allereie etablerte tenester. Tankesettet bak kvardagsrehabilitering er kvardagsmeistring og dette var tenkt implementert i heile helse- og omsorgssektoren. Viser til rehabiliteringspyramiden og det nedste nivået der, kvardagsmeistring som grunnlag for alle tenester. Dette krev omfattande haldningsendring og kulturendring i sektoren. Tilsette i helse- og omsorg må tenkje meistring og kva kan brukar gjere sjølv, dei må flytte fokus vekk frå sjukdom og passivitet til helse og aktivitet (Fürst og Høverstad, 2014). I tekstboksen var det følgande kommentar som viser at haldningsendring og tverrprofesjonelt samarbeid er ressurskrevjande. *Kommunen har ikke fått innarbeidet en struktur som gjør at det i dag i hovudsak er rehabiliteringstjenesten som utfører hverdagsrehabilitering. Selv om intensjonen er at hjemmetjenesten og forvaltningskontoret skal ha en større rolle. Man har ikke ekstra ressurser i de tjenestene til å ha ansvar og følge opp.*

Det kan vere utfordrande for mindre kommunar å sette saman eit tverrprofesjonelt team som skal arbeide med kvardagsrehabilitering. Dei har ofte lite ressursar frå før og kan ha problem med å skaffe nok terapeutressursar. Då eg ringte rundt til kommunar som ikkje hadde kontaktinformasjon på nettsida fekk eg snakke med mange engasjerte fagpersonar som arbeidde med kvardagsrehabilitering. Der fekk eg mykje relevant og interessant informasjon. Fleire kunne

fortelje om lite terapeutressursar og kvardagsrehabiliteringstilbod som var sett på pause eller avvikla på grunn av dette. Mange små kommunar har ofte berre ein kommunalt tilsett fysioterapeut og mange har ikkje ergoterapeut i det heile. Det er då vanskeleg å starte opp kvardagsrehabilitering eller drifte andre rehabiliteringstilbod utan friske midlar og fleire årsverk. Nokon av kommentarane i tekstboksene viste det same. *Kommunen har for tiden ingen fysioterapeut eller ergoterapeut, har derfor ikke rehabilitering verken i hjemmet eller institusjon. Ny fysio begynner i april, får da både hverdagsrehabilitering og rehabilitering i institusjon.*

Kvardagsrehabilitering og rehabilitering genererelt er avhengig av tverrprofesjonelt samarbeid for å fungere til det beste for brukar. Som det står i Tuntland og Ness (2014) si bok *Hverdagsrehabilitering* «En yrkesgruppe kan ikke alene drive hverdagsrehabilitering» (s 30). Tverrprofesjonelt samarbeid kjenneteiknast av at fleire profesjonar arbeidar tett saman i eit felles prosjekt eller oppgåve (Willumsen et al., 2016). Både kartlegginga av brukar sin situasjon, utarbeiding av rehabiliteringsplan og sjølve utføringa av tiltak må vere tverrprofesjonelt samansett. Denne tverrprofesjonelle praksisen er mest vanleg, men der er andre tilnærmingar til samarbeid også. Fleirfagleg praksis er meir avgrensa og mest eit møtepunkt mellom yrkesgrupper, der yrkesgruppene arbeidar individuelt. I transprofesjonell praksis er arbeidet organisert i samarbeidsgrupper og der føreligg ei felles målsetting for brukar. Eg vil påstå at mange rehabiliteringsteam, til dømes kvardagsrehabiliteringsteam, har transprofesjonelt samarbeid. Dette på grunnlag av at profesjonane kan overta kvarandre sine oppgåver. Mi erfaring er at i eit velfungerande team kjenner profesjonane kvarandre godt og det er ikkje noko problem å rullere på nokon av arbeidsoppgåvene, eller steppe inn for kvarandre ved behov. Når ein arbeider tett saman i team så vert ein både samkøyrde og trygge i sine roller. Dette tverrprofesjonelle teamet er viktig i rehabilitering, men det er ressurskrevjande for kommunane å oppretthalde slike team over tid, også å sette av ressursar til å starte opp slike.

Eit anna forskingsspørsmål eg hadde var om fordelinga av rehabiliteringsressursar var påverka av kommunestorleik. Eg ynskja å sjå om der var samanheng mellom kommunestorleik og kor mange ressursar som var sett av til kvardagsrehabilitering. Eine korrelasjonsanalysen eg laga viste at der var positiv statistisk signifikans på at di større kommune di meir ressursar. Dette er eigentleg logisk med tanke på at det er fleire innbyggjarar i store kommunar, og ein treng då meir ressursar. Eg ville heller då sjå litt på om der var variasjonar på kva yrkesgruppe som vart prioritert innafor dei ulike kommunestorleikane. Eg laga både ein krysstabell (tabell 5.4) og ein tabell (tabell 5.6) der eg rekna ut gjennomsnittleg årsverk per yrkesgruppe, sett i samanheng med kommunestorleik.

Tabellen for gjennomsnitt (tabell 5.6) viser at det er flest årsverk i store kommunar, men dette er ikkje overraskande. Skilnaden er nok endå større enn tabellen viser då 72 prosent av svara mine kom frå små og mellomstore kommunar. I alle kommunestorleikane er det helsefagarbeidar som har flest årsverk. Dette var eg sikker på skulle vere fysioterapeut då eg har inntrykk av at det er yrkesgruppa med mest stilling inn i kvardagsrehabilitering. Men dersom kommunen har integrert modell er det nok naturleg at helsefagarbeidarane får flest årsverk, då dei er fleire personar, medan terapeuten er ein person. Dei integrerte modellane har fleire helsefagarbeidarar som har rolle som heimetrenarar.

Tabell 5.6 viser vidare at det ikkje er nokon stor skilnad på prioritering av faggrupper mellom kommunestorleikane eller innan ein kommunestorleik. Det er små marginar, men det kan sjå ut til at det er sjukepleiar som har minst stillingsprosent inn i kvardagsrehabilitering, uavhengig av kommunestorleik. Ergoterapeutar har ei spesielt viktig rolle i kvardagsrehabilitering. Deira profesjon har god kompetanse på kartlegging av ADL³ og utføring av til dømes COPM. Det var nok ikkje tilfeldig at det var Norsk Ergoterapeutforbund som spelte ei viktig rolle i prosjektet *Innføring av hverdagsrehabilitering i norske kommuner*. Det er også dei som står bak Facebook-gruppa «Hverdagsrehabilitering», i tillegg til å ha laga kommunekartet som viste kva kommunar som hadde starta opp kvardagsrehabilitering (bilde 2.1). Med tanke på dette er det lite ergoterapeutressursar inn i kvardagsrehabilitering og det er spesielt små kommunar som har få terapeutressursar.

Eg laga ei ny korrelasjonsanalyse (tabell 5.12) og såg på samanhengen mellom kommunestorleik og prioritering av ressursar. Altså variasjonar på kva yrkesgruppe som vart prioritert innafor dei ulike kommunestorleikane. Korrelasjonen var signifikant positiv for fysioterapeut og ergoterapeut. Det vil seie at det er mest sannsynleg at store kommunar har fleire terapeutressursar inn mot kvardagsrehabilitering enn små kommunar.

6.3 Prioritering mellom rehabiliteringstilbod

I følgje *Helse- og omsorgstjenesteloven 3-1* (2011) skal kommunen ved yting av helse- og omsorgstenester mellom anna fremje helse og drive førebyggjande arbeid. Førebyggjande arbeid vert ofte definert som «wicked problems» då det kan vere vanskeleg å definere og handtere (Amdam, 2013). *Opptappingsplan for habilitering og rehabilitering* (2017 -2019) har som mål å

³ ADL er Activities of Daily Living, altså dagleglivets aktivitetar.

skape pasienten si helseteneste, der pasienten skal vere meir aktiv og meistre livet med funksjonsnedsetting. I tillegg til dette vart det utarbeida ein ny definisjon på rehabilitering gjeldande frå 1 mai 2018. Denne definisjonen set rehabilitering inn i eit livsløpsperspektiv og den set større krav til kommunane om å tilby rehabiliteringstenester. I fylgje opptrappingsplanen skal brukarane få gode habiliterings- og rehabiliteringstilbod der dei bur. Altså uavhengig av bustadadresse og om kommunen er liten eller stor. Dette kan relaterast til *Hurdalsplattformen* og generalistkommuneprinsippet. Mine funn viste at der var mindre terapeutressursar i små kommunar og at det var utfordrande å drive tverrprofesjonelle team. Rehabilitering krev tverrprofesjonelt samarbeid for å fungere til det beste for brukar. Dette gjer at dei små kommunane får vanskar med å stette krava om rehabiliteringstilbod.

Som nemnt tidlegare har kommunal tenesteproduksjon lokale variantar og kommunane er organisert ulikt. Dei har og ulike økonomiske og geografiske føresetnadar. Då eg skulle stille spørsmål rundt tenestetilboda i kommunane tok eg utgangspunkt i rehabiliteringspyramiden (Kristiansand kommune, 2013) slik at alle skulle ha eit likt utgangspunkt med tanke på å få eit visuelt bilde av dei ulike rehabiliteringsnivåa. Kommunal rehabilitering har tre nivå i pyramiden: kvardagsrehabilitering, rehabilitering i heimen og rehabilitering på institusjon. Men i tekstboksane kom det likevel fram at det ikkje var like enkelt for informantane å svare på spørsmåla, då dei ikkje passa heilt til deira kommune. *Har rehabilitering i heimen, men det er ikkje organisert som eit team.* Vidare sto der: *..har ikkje kryssa av for det då det i rehabiliteringspyramiden står «rehabiliteringsteam».* Dette blir altså ganske unyansert og vanskeleg å svare på i dei neste spørsmåla.

Opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering (2017-2019) ser føre seg at kommunane over tid skal ta over rehabiliteringsoppgåver frå spesialisthelsetenesta. Då er det spesielt viktig at førebygging og rehabilitering vert prioritert i kommunane. Der er ulike formar for rehabilitering tilpassa ulike rehabiliteringsbehov og det er viktig å ha eit differensiert rehabiliteringstilbod på kommunalt nivå. Det er i følgje Tuntland og Ness (2014) «viktig å være bevisst på at kvardagsrehabilitering ikke er ment å erstatte alle rehabiliteringsbehov» (s. 28). Det er med andre ord behov for alle nivåa av rehabilitering i pyramiden (figur 2.3). I forsøk på å svare på problemstillinga mi ynskja eg å sjå om oppstart av kvardagsrehabilitering hadde påverka nokon av dei andre rehabiliteringsnivåa i pyramiden. Dette kan igjen settast i samanheng med korleis kommunane prioriterer, og omfordeling av ressursar og konsekvensane av det.

Tenesta rehabilitering i heimen ligg over kvardagsrehabilitering i pyramiden og tenestene kan ved første augekast sjå like ut. Men rehabilitering i heimen er ein meir spesifikk type rehabilitering

enn kvardagsrehabilitering, som er enklare og meir generell. Medan det i tenesta rehabilitering i heimen er terapeutar som utførar behandling og trening, er det i kvardagsrehabilitering ofte helsefagarbeidarar i heimetenestene som utfører treningane. Det kan sjå ut til at det er også er ulike lokale variantar av tenesta rehabilitering i heimen, på same måte som der er ulike modellar av kvardagsrehabilitering. Men rehabilitering i heimen er ikkje innført som ei innovativ teneste slik som kvardagsrehabilitering vart og då er det også lite dokumentasjon rundt denne tenesta.

Det er ikkje alle kommunar som har definert tenesta rehabilitering i heimen, men mange har nok eit slags tilbod om der oppstår behov for det. Dette kom tydeleg fram i tekstboksene. *Vi har tilbod om fysioterapi og ergoterapi i hjemmet, men det er ikkje organisert som hjemmerehabilitering.*

I tekstboksane kom det også fram at fleire har kombinert kvardagsrehabilitering og rehabilitering i heimen. *Kvardagsrehabilitering er ein del av heimerehabilitering, og ikkje skilt ut som noko eige.* Vidare sto der: *Mykje kvardagsrehabilitering innunder rehabilitering i heimen. og Rehabilitering i hjemmet omfatter også typisk «hverdagsrehabiliteringsbrukere.*

Denne kombinasjonen kan vere gjort for å behalde eller styrke eit tverrprofesjonelt team, spesielt i små kommunar. *Når vi startet opp med hjemmerehabilitering i hjemmet, så innlemmet vi dette i hverdagsrehabiliteringsteamet, for å få et større og sterkere team, som kunne gi tilbod til fleire pasientgrupper, også spesialisert rehabilitering i hjemmet.*

At desse to tenestene går litt inn i kvarandre hjå kommunar som ikkje har definert og skilt ut eigne team til kvar teneste er ikkje så rart. Dersom ein ser på målgruppene for kvardagsrehabilitering og rehabilitering i heimen så er dei ikkje så ulike. Kven var målgruppene til dei ulike rehabiliteringstilboda var eit av forskingsspørsmåla mine. I spørjeskjemaet mitt skulle informantane velje dei tre mest representative målgruppene av ni målgrupper. Begge tenestene hadde brukarar med nedsett funksjon grunna sjukdom og skade på nummer ein. Som målgruppe nummer to hadde begge tenestene brukarar som er uskrivne frå kommunal korttids/rehabiliteringsavdeling. Det som skil målgruppene til desse to tenestene er at rehabilitering i heimen har fleire brukarar som er utskrivne frå spesialisthelsetenesta, medan kvardagsrehabilitering har mest brukarar med endra funksjon grunna alderdom. Då tenkjer ein kanskje at dette er nesten same tenesta. Men som eg har nemnt før så er rehabilitering i heimen meir spesifikk og det er terapeutar som er ute i heimen hjå brukar. Kvardagsrehabilitering er meir generell og er i mange kommunar implementert i heimetenestene. Rehabilitering i heimen er også avhengig av tverrfagleg samarbeid slik som kvardagsrehabilitering. Og mange kommunar har også med sjukepleiar i dette rehabilitering i heimen-teamet.

Sjølv om brukarmålgruppene til desse to tenestene er ganske like er det ein forskjell på målgrupper knytt til alder. Rehabilitering i heimen er stort sett eit tilbod til yngre brukarar. 49,3 prosent av mine informantar opplyste om at aldersgruppa 50-79 år var mest representativ, medan 2,7 prosent hadde målgruppe under 50 år. Det interessante her er at det er 47,9 prosent som seier at den mest representative målgruppa for rehabilitering i heimen er 80-99 år. Dette kan vere kommunar som har kombinert kvardagsrehabilitering og rehabilitering i heimen. Målgruppa knytt til alder for kvardagsrehabilitering var tydeleg 80-99 år, 76 prosent svarte dette. 24 prosent hadde ei yngre målgruppe på 50-79 år. Det eg har erfart etter å ha arbeidd med kvardagsrehabilitering i snart åtte år er at brukargruppa for tenesta vert stadig yngre, sjølv om talet på eldre stig. Og dette er interessant. Eg tenkjer at tenesta kvardagsrehabilitering har vorte implementert i organisasjonen og innbyggjarane kjenner til tenesta. På den måten når ein tak i dei brukarane som er hovudmålgruppa til kvardagsrehabilitering, nemleg brukarar med plutselig funksjonsnedsetting grunna sjukdom eller skade. Det ideelle er å nå brukarane så tidleg som mogleg, før funksjonsfallet vert for stort. Dei første åra med kvardagsrehabilitering hadde vi mange brukarar som hadde heimetenester frå før. No har det snudd og vi klarer å kome inn før brukarane treng heimeteneste, og på den måten utsette eit høgare omsorgsnivå med tanke på heimetenester. Det er like stort press på heimetenestene som på sjukeheims plassane i kommunane. Eg trur også at dei tilsette i heimetenestene er betre på å sjå kva brukaren meistarar sjølv og kva han treng bistand til. Jamfør nedste nivået i rehabiliteringspyramiden.

Dersom tenesta kvardagsrehabilitering skulle «konkurrere» med ei anna rehabiliteringsteneste om ressursar vil eg tru at det måtte bli rehabilitering i heimen. Desse tenestene har relativt like målgrupper og trening/behandling utførast i heimen til brukar. Eg skulle gjerne hatt opplysingar om det var tenesta rehabilitering i heimen som vart råka ved omfordeling av ressursar ved oppstart av kvardagsrehabilitering. I ei av tekstboksane sto der fylgjande kommentar: *Ved oppstart av hverdagsrehabilitering ble trolig tjenesten rehabilitering i hjemmet svekket en periode, med dette har tatt seg opp igjen.* Sjølv om tenestene kan sjå like ut har dei ulike målgrupper med tanke på alder, men også målet med rehabiliteringa er ulikt. Kvardagsrehabilitering er trening på dagleglivets aktivitetar på meir generell basis, medan rehabilitering i heimen er meir spesifikk retta rehabilitering, altså meir fokus på behandling og attvinning av funksjon. Eg vil gjerne kome med eit døme: ein brukar med eit beinbrot treng vidare rehabilitering heime etter opphald på sjukehus eller rehabiliteringsavdeling. Korleis fungerer denne brukaren heime etter brotet? Dersom brukaren meistarar dagleglivet, men treng ein fysioterapeut for spesifikk behandling av foten, trening og øvingar, eventuelt ein ergoterapeut som ser på tilretteleggingar i huset, er tenesta

rehabilitering i heimen aktuelt. Men dersom brukaren er utrygg på å skulle klare seg heime med tanke på hygiene, matlaging, bevege seg trygt rundt i huset, er kvardagsrehabilitering den beste tenesta for brukar. Her vil brukar få trene på ADL og verte trygg i eigen heim.

Eg tenkjer at desse to tenestene, som begge er ein form for rehabilitering i brukar sin eigen heim, utfyller kvarandre og stettar ulike aldersgrupper, og kan ikkje erstatte kvarandre. Rambøll (2012) skriv at rehabilitering i heimen kan innehalde element av kvardagsrehabilitering, men kvardagsrehabilitering (som er generell) kan ikkje omfatte rehabilitering i heimen. Dette kan forklarast nærmare ved at rehabilitering i heimen kan ha element som går på trening på aktivitetar i heimen, men kvardagsrehabilitering har ikkje spesifikk behandling på eller trening som berre fokuserer på til dømes ein fot. Dette støtter opp om at kvardagsrehabilitering ikkje kan erstatte rehabilitering i heimen. Funn i forskinga mi viste at mange kommunar har slått saman desse tenestene og nyttar det same tverrfaglege teamet til begge desse tenestene. Eg tenkjer at det er positivt viss det betyr at dei kan tilby begge tenestene til sine innbyggjarar.

På spørsmålet og årsaker til at kommunen ikkje hadde tenesta rehabilitering i heimen svarte 63,6 prosent at dei aldri hadde hatt denne tenesta. To kommunar (9,1 prosent) svarte at tilbodet fall vekk grunna satsing på kvardagsrehabilitering. Dette kan vere eit døme på korleis omfordeling av ressursar kan ramme andre tenester. 27,3 prosent valte andre årsaker og skriv mellom anna at dei har fysioterapeutar som kan reise ut til brukarar som ikkje kjem seg til senteret og det er eit tilbod privatpraktiserande fysioterapeutar har. Nokon skriv at dei har behov for denne tenesta, men at det ikkje er satsing på det i kommunen. Eg har inntrykk av at kommunesamanslåingane som vart gjeldande frå januar 2020 har påverka rehabiliteringstilboda i kommunane, enten styrka eller svekka tilbodet. I tekstboksene kom dette fram: *Det var i en av flere kommuner før sammenslåing, men ble oppløst i den forbindelse grunnet ulike hverdagsrehabiliteringsmodeller, og da heller fokus på dette. Tilbudet og samhandlingen er derfor borte og kan ikke i alle tilfeller erstattes av hverdagsrehabilitering. og Ved kommunesammenslåing ble hverdagsrehabilitering og ambulans rehabiliteringsteam slått saman til en tjeneste.*

I følge *Helse- og omsorgstjenesteloven* (2011) har kommunane eit ansvar for å sikre eit godt rehabiliteringstilbod til sine innbyggjarar, dette gjeld både i heimen og på institusjon. Tilbodet om rehabilitering i institusjon i kommunane er ofte lokalisert til sjukeheim. Dette kallast ofte korttidsplassar og har varierende grad av tverrfagleg samarbeid. Funn i forskinga mi viste at dei fleste kommunar har tilbodet rehabilitering i institusjon, men i små og mellomstore kommunar er dette tilbodet ein del av sjukeheimsdrifta og med dei utfordringane dette medfører. I tekstboksene kom det fram at desse korttidsplassane hadde lite tverrfagleg oppfølging og for få ressursar til at

det kan kallast eit rehabiliteringsopphald. Rambøll (2012) skriv at det er viktig at det under opphaldet på institusjon samarbeidast tverrfagleg slik at utskrivning til heimen ivaretakast på ein god måte. I *Evaluering av opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering (2017-2019)* (KPMG, 2020) står det at korttidsavdelingane som skal dekkje rehabiliteringsbehovet i kommunen stort sett er eit tilbod for eldre. Det som skjer er at rehabiliteringsplassane vert nytta til somatiske pleiepasientar eller for å ta unna utskrivingsklare pasientar frå sjukehus. Dette er også mine erfaringar etter å ha samarbeida tett med korttidsavdeling i mange år. Forsking viser at rehabilitering på korttids plassar er mindre effektivt og gjev dårlegare resultat enn om rehabilitering skjer på eigne rehabiliteringssenter (Johansen, 2013). Ein svakheit i det kommunale rehabiliteringstilbodet er mangel på eigne rehabiliteringssenter.

Rambøll (2012) skriv at målgruppa for rehabilitering i institusjon er brukarar med lavt funksjonsnivå og som opplev det som utrygt å bu heime etter eit funksjonsfall. Dette stemmer med mine funn, men der kom det fram meir spesifikke målgrupper. Ei målgruppe var brukarar utskrivne frå sjukehus eller rehabiliteringsinstitusjon. Den andre målgruppa er lik som for kvardagsrehabilitering og rehabilitering i heimen, nemleg brukarar med plutselig funksjonsfall etter sjukdom og skade. Rehabilitering i institusjon har i tillegg målgruppa brukarar med endra funksjon grunna alderdom, det same som kvardagsrehabilitering. Igjen har kvardagsrehabilitering brukarar som er utskrivne frå korttidsavdeling som ei av sine hovudmålgrupper. Dette stemmer heilt overeins med mine erfaringar. Ein typisk kvardagsrehabiliteringsbrukar er utskreven frå korttidsavdeling (rehabilitering i institusjon) og er utrygg på å reise heim og utføre sine daglege aktivitetar. Nokon brukarar har meir behov for spesifikk oppfølging og kan ha nytte av rehabilitering i heimen. Dette viser at desse tre ulike rehabiliteringsnivåa i rehabiliteringspyramiden utfyller kvarandre og kan ikkje erstatte kvarandre.

6.4 Har kvardagsrehabilitering bidrege til å styrke det samla rehabiliteringstilbodet i kommunen?

Det siste forskingsspørsmålet eg hadde var om kvardagsrehabilitering hadde bidrege til å styrke det samla rehabiliteringstilbodet i kommunen. Av dei 99 kommunane som svarte på spørjeskjemaet mitt var det 78,8 prosent som svarte ja på dette. Det vil seie at innføringa av kvardagsrehabilitering har gjeve den kommunale rehabiliteringa eit løft. Det er endå eit tilbod som kjem innbyggjarane til gode. Det å flytte rehabilitering inn i typiske pleietenester er gull for å

endre haldningar og fremje kvardagsmeistringstankegongen, sjølv om dette er tidkrevjande arbeid og resultatet av dette arbeidet kan ta fleire år før det vise igjen. I ei tekstboks sto der fylgjande: *Kvardagsrehabilitering har gitt eit tilbod til mange som ikkje hadde blitt fanga opp eller fått eit anna tilbod.* Dette støttar mi erfaring om at oppstart av kvardagsrehabilitering har flytta rehabiliteringsfokuset inn i heimetenestene og at eldre får eit rehabiliteringstilbod dei elles ikkje ville ha fått.

I følgjeevalueringa til Langeland et al. (2016) står der: «Innføring av kvardagsrehabilitering synes å bidra til å styrke rehabiliteringstilbudet til hjemmeboende eldre med funksjonsfall» (s. 14). Vidare skriv dei at dei er usikre på om det samla rehabiliteringstilbodet vart styrka ved satsing på kvardagsrehabilitering. Dette var i 2016 og dei hadde ikkje data om korleis kommunane hadde lykkast med å implementere kvardagsrehabilitering i drift, over tid, heller ikkje om satsinga vart gjort på kostnad av andre rehabiliteringsressursar. Men det mine funn viser, seks år etter, er at det har skjedd ei omfordeling av ressursar og at satsinga på kvardagsrehabilitering har gått ut over andre tilbod og tenester.

I forskinga mi kom det fram at to kommunar meinte at oppstart av kvardagsrehabilitering hadde bidrege til ei svekking av det samla rehabiliteringstilbodet i kommunen. Den eine kommunen hadde under 5 000 innbyggjarar og den andre over 50 000 innbyggjarar, så her var det ingen samanhengar knytt til kommunestorleik. Eg veit ikkje bakgrunnen for kvifor desse to kommunane meinte at tilbodet var svekka, men eg vil anta at det kan dreie seg om omfordeling av ressursar og at kommunar må gjere harde prioriteringar for å møte dei demografiske utfordringane.

Det eg såg av kommentarfelta i spørjeskjemaet mitt og fekk vite gjennom telefonsamtalane eg hadde i samband med forskinga mi, samt egne erfaringar, var at kvardagsrehabilitering var i ei slags endring. Tenesta vart enten skalert ned eller vidareutvikla. Nokon kommunar går for enklare variantar som er mindre ressurskrevjande. Faren med det er at det tverrprofesjonelle samarbeidet ofte vert svekka og kvardagsrehabilitering er ikkje lenger eit rehabiliteringstilbod. Mange kommunar har noko dei kallar meistringsteam i heimetenestene som bidreg til rettleiing ved dusj/påkledning og formidlar enkle styrke- og balanseprogram, men har ikkje tverrprofesjonell oppfølging lenger. Andre igjen vidareutviklar og kallar seg tidleg innsats team. Desse tema er tverrprofesjonelle og har kopla på forvaltningskontoret, og ivareteke ofte både kvardagsrehabilitering og rehabilitering i heimen. Desse tema er meir spesialiserte og er ikkje del av heimetenestene. Det som var interessant var at under samtalane eg hadde med fagpersonar innan kvardagsrehabilitering, viste det seg at det var i dei små kommunane at

kvardagsrehabilitering vart skalert ned og i dei store kommunane at kvardagsrehabilitering vart vidareutvikla.

7 Oppsummering og avsluttande kommentar

Eit funn i forskingsarbeidet mi viste at innføring av kvardagsrehabilitering i norske kommunar har styrkja det samla kommunale rehabiliteringstilbodet. Men der er stor variasjon i korleis kommunane har valt å løyse drift av kvardagsrehabilitering. Nokon kommunar har fått friske midlar, medan andre har nytta seg av omfordeling av midlar. Problemstillinga mi var: Har satsinga på kvardagsrehabilitering ført til ei endring i fordelinga av dei kommunale rehabiliteringsressursane? Det viser seg at 32,3 prosent av kommunane gjekk rett i drift av kvardagsrehabilitering med omfordeling av ressursar. Det vil seie at ressursane avsett til kvardagsrehabilitering er tatt frå andre tenester. Der er ingen funn i forskinga mi som viser om desse ressursane er tatt frå eksisterande rehabiliteringstilbod eller frå andre avdelingar i helse- og omsorg. Men det viktigaste er at det faktisk skjer ei omfordeling.

Det interessante her er at 31 prosent av dei som i utgangspunktet starta opp kvardagsrehabilitering med friske midlar, måtte om fordele ressursar for å drive kvardagsrehabilitering vidare etter at dei friske midlane tok slutt. 19 prosent måtte redusere årsverk i kvardagsrehabilitering for å fortsette drifta. Dette viser tydeleg at kommunane får utfordringar når eksterne midlar tek slutt. 14,3 prosent av kommunane som starta kvardagsrehabilitering med friske midlar hadde ein kombinasjon av omfordeling av ressursar og ekstra finansiering frå kommunen. Det vil seie at 64,3 prosent av dei kommunane som starta med friske midlar måtte likevel til slutt omfordele ressursar for å klare vidare drift. Konklusjonen er at for å starte opp eller drive kvardagsrehabilitering skjer det ei omfordeling av ressursar i kommunane, og det kan sjå ut som om det i hovudsak gjeld kommunar under 20 000 innbyggjarar.

Eit anna funn viste at der var signifikant statistisk samanheng mellom kommunestorleik og ressursbruk. Det var innlysande at store kommunar hadde andre økonomiske føresetnadar enn små kommunar, og at det var flest årsverk i store kommunar. I alle kommunestorleikane var det helsefagarbeidar som hadde flest årsverk. Dette gjaldt mest truleg kommunar med integrert modell. Analyser viste at det ikkje er nokon stor skilnad på prioritering av yrkesgrupper mellom kommunestorleikane, eller innan ein kommunestorleik. Det er små marginar, men det kan sjå ut

til at det var sjukepleiar som fekk minst stillingsprosent inn i kvardagsrehabilitering. Det som vart tydeleg var at små kommunar manglar terapeutressursar og då vert det ekstra utfordrande å drive rehabilitering. Det å starte opp og oppretthalde tverrfaglege team er også ressurskrevjande og meir utfordrande i små kommunar. Der var også signifikant statistisk samanheng mellom val av modell og kommunestorleik. Store kommunar har flest terapeutressursar og vel oftast spesialistmodell, medan små kommunar vel integrerte modellar.

I spørjeskjemaet var der tekstboksar med moglegheit til å utdjupe eller tilføre informasjon. Mange av kommentarane gjekk på utfordringar knytt til lite ressursar, både økonomiske og mangel på terapeutressursar. Det opplevast også som det var lite fokus på førebygging og at der var utfordringar med tverrfagleg samarbeid i nokre av kommunane. Mange kommunar valte å legge ned kvardagsrehabiliteringstilbodet. Medan andre kommunar satsa og vidareutvikla kvardagsrehabiliteringa. Rehabilitering og førebyggjande arbeid er svært viktig, men det er dessverre vanskeleg å måle resultat og då er det ikkje alltid at det kjem på prioriteringslista. Så godt som alle fagpersonane eg snakka med i samband med forskinga mi hadde noko på hjartet angående prioritering av ressursar.

Eg ynskjer til slutt å gjere ei oppsummering ved å trekke fram fire viktige funn frå forskingsarbeidet mitt. Det første funnet er ny kunnskap om prioritering av ressursar ved oppstart og drift av kvardagsrehabilitering. Det viser seg at det i stor grad har skjedd ved omfordeling av ressursar. Det andre funnet er ny kunnskap om kvardagsrehabilitering som teneste. Det har gått nokre år sidan kvardagsrehabilitering var ei ny og innovativ teneste og tenesta utviklar seg vidare. Det tredje funnet går på variasjonar innan kommunal tenesteproduksjon. Innovasjon utfordrar generalistprinsippet og det er ulikskap mellom kommunestorleikane. Det fjerde funnet eg vil trekke fram går på det metodiske ved forskinga mi. Det er vanskeleg å operasjonalisere (måle) innovasjon i kommunal tenesteproduksjon og grunna ulik organisering i kommunane er det også vanskeleg å forske med kvantitativ metode på tenestetilbod. Eg tenkjer at vidare forskning på temaet prioritering og kommunal tenesteproduksjon er viktig.

Kjeldeliste

- Amdam, R. (2013). Samhandlingsreforma som partnerskap og innovasjon. T. Ringholm, H. Teigen og N. Aarsæther (red.), *Innovative kommuner* (s. 136-152). Cappelen Damm (Akademisk) AS.
- Anderson, J. E., Ross, A. J., Back, J., Duncan, M., Snell, P., Walsh, K. & Jaye, P. (2016). *Implementing resilience engineering for healthcare quality improvement using the CARE model: a feasibility study protocol*. Pilot and Feasibility Studies, 2(61).
<https://pilotfeasibilitystudies.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s40814-016-0103-x.pdf>
- Asker kommune (2020, 12 november). *Opptrening og rehabilitering*. Asker kommune.
<https://www.asker.kommune.no/helse-og-omsorg/opptrening-og-rehabilitering/>
- Bolstad, E (2021, 16. november). *Kommuner i Norge*. Store norske leksikon.
https://snl.no/kommuner_i_Norge
- Breimo, J. P, Sandvin, J og Lunde, B.V (2014). Rehabilitering som felt. Tidsskrift for velferdsforskning 17(3), 14-26.
- Bukve, O (2021). *Forstå, forklare, forandre: Om design av samfunnsvitenskaplige forskningsprosjekt*. Universitetsforlaget.
- Fimreite, A. I, Flo, Y og Aars, J (2002). *Generalistkommune og oppgavedifferensiering* (Notat 23-2002). Stein Rokkan senter for flerfaglige samfunnsstudier.
<https://norceresearch.brage.unit.no/norceresearch-xmlui/handle/1956/1417>
- Forskrift om habilitering og rehabilitering (2011). Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator (FOR-2011-12-16-1256) . Sist endret: FOR-2018-04-10-556 fra 01.05.2018. Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2011-12-16-1256>
- Fuglsang, I. og Rønning, R. (2013). Spredning av innovasjon i kommunene. T. Ringholm, H. Teigen og N. Aarsæther (red.), *Innovative kommuner* (s. 87-102). Cappelen Damm (Akademisk) AS.
- Fürst, L. og Høverstad, R. (2014). *Frå passiv mottaket til aktiv deltaker. Hverdagsrehabilitering i norske kommuner* (KS FoU-prosjekt nr. 130427). <https://www.ks.no/fou-sok/2014/134027/>

- Førland, O. og Skumsnes, R. (2016). *En oppsummering av kunnskap. Hverdagsrehabilitering* (Oppsummering nr. 2, 17 mars 2016). Omsorgsbiblioteket.
<https://omsorgsforskning.brage.unit.no/omsorgsforskning-xmlui/handle/11250/2412233>
- Grimsmo, A (2018). *Antall kroniske sykdommer og persontilpasning bør ligge til grunn for prioriteringer i kommunale helse- og omsorgstjenester* (Tidsskrift for omsorgsforskning, årg. 4. nr 2). Universitetsforlaget. <https://www.idunn.no/doi/pdf/10.18261/issn.2387-5984-2018-02-03>
- Haraldsen, G (1999). *Spørjeskjemametodikk etter kokebokmetoden*. Ad Notam Gyldendal.
- Hartviksen, T, A. og Sjølie, B.M. (2017). *Hverdagsrehabilitering. Kvalitetsforbedring i norske kommuner*. Cappelen Damm AS.
- Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m (LOV-2011-06-24-30). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>
- Hole, J. og Hurum, J. (2014). *Tverrfaglig rehabilitering i hjemmet* (Ergoterapeuten 3–2014). <https://www.ergoterapeuten.no/arkiv>
- Hurdalsplattformen (2021-2025). *For en regjering utgått fra Arbeiderpartiet og Senterpartiet*. Statsministerens kontor.
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/hurdalsplattformen/id2877252/?ch=1>
- Johansen, I. (2013). *Outcome of primary health care rehabilitation of older disabled people in two different settings – an open, prospective, comparative observational study* (Series of dissertations submitted to the Faculty of Medicine, University of Oslo No. 1549). <https://www.duo.uio.no/bitstream/handle/10852/36085/dravhandling-johansen.pdf?sequence=1>
- Kjellberg, P.K., Ibsen, R. og Kjellberg, J. (2011). *Fra pleje og omsorg til rehabilitering. Erfaringer fra Frederica kommune*. Dansk Sundhedsinstitut.
<https://www.vive.dk/da/udgivelser/fra-pleje-og-omsorg-til-rehabilitering-erfaringer-fra-fredericia-kommune-9249/>
- Kommunal- og distriktsdepartementet (2020, 3 januar). *Oversikt over kommunesammenslåinger og nye kommunenavn*. Kommunestruktur.
<https://www.regjeringen.no/no/tema/kommuner-og-regioner/kommunereform/nye-kommuner/id2470015/>
- KPMG (2020). *Evaluering av opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering (2017-2019)* (Endeleg rapport. Helsedirektoratet IS-2975).

- [https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/evaluering-av-opptrappingsplan-for-habilitering-og-rehabilitering-2017-2019/Evaluering%20av%20opptrappingsplan%20for%20habilitering%20og%20rehabilitering%20\(2017-2019\).pdf/_attachment/inline/90996333-c371-4e28-89ed-c437533928b1:f98a8d402e8b092e593ac3e4a391556d60d8cce1/Evaluering%20av%20opptrappingsplan%20for%20habilitering%20og%20rehabilitering%20\(2017-2019\).pdf](https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/evaluering-av-opptrappingsplan-for-habilitering-og-rehabilitering-2017-2019/Evaluering%20av%20opptrappingsplan%20for%20habilitering%20og%20rehabilitering%20(2017-2019).pdf/_attachment/inline/90996333-c371-4e28-89ed-c437533928b1:f98a8d402e8b092e593ac3e4a391556d60d8cce1/Evaluering%20av%20opptrappingsplan%20for%20habilitering%20og%20rehabilitering%20(2017-2019).pdf)
- Kristiansand kommune (2013). *Helsefremmingsplanen. Plan for folkehelse, forebygging og rehabilitering*. <https://docplayer.me/16437870-Helsefremmingsplanen-i-kristiansand-kommune-plan-for-folkehelse-forebygging-og-rehabilitering.html>
- KS (2016, 17 februar). *Innovasjon i folkevalgtprogrammet*. <https://www.ks.no/fagomrader/innovasjon/innovasjonsledelse/innovasjon-i-folkevalgtprogrammet/>
- Langeland, E., Førland, O., Aas, E., Birkeland, A., Folkestad, B., Kjekken, I., Jacobsen, F. og Tuntland, H (2016). *Modeller for hverdagsrehabilitering- en følgeevaluering i norske kommuner* (Rapportserie nr. 6/2016). <https://ntnuopen.ntnu.no/ntnu-xmlui/handle/11250/2389813>
- Lingås, L.G (2013). *Ansvar for likeverd: etikk i tverrfagleg arbeid med habilitering og rehabilitering*. Gyldendal Akademisk.
- Løseth, B (2018). *Prioriteringer i den kommunale helse- og omsorgstjenesten- fremtidens viktigste diskusjon?* (Tidsskrift for omsorgsforskning, årg. 4. nr 2). Universitetsforlaget. <https://www.idunn.no/doi/pdf/10.18261/issn.2387-5984-2018-02-05>
- Meld. St. 12 (2011–2012). *Stat og kommune – styring og samspel*. Kommunal og distriktsdepartementet. https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-12-20112012/id671829/?q=generalistkommuneprinsippet&ch=1#match_0
- Meld. St. 13 (2011-2012). *Utdanning for velferd. Samspill i praksis*. Kunnskapsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-13-20112012/id672836/>
- Meld. St. 29 (2012–2013). *Morgendagens omsorg*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-29-20122013/id723252/>
- Meld. St. 30 (2019–2020). *En innovativ offentlig sektor - Kultur, ledelse og kompetanse*. Kommunal- og distriktsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-30-20192020/id2715113/>
- Meld. St. 34 (2015-2016). *Verdier i pasientens helsetjeneste — Melding om prioritering*. Helse- og omsorgsdepartementet.

- <https://www.regjeringen.no/contentassets/439a420e01914a18b21f351143ccc6af/no/pdfs/stm201520160034000dddpdfs.pdf>
- Meld.st. 15 (2017-2018). *Leve hele livet. En kvalitetsreform for eldre*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-15-20172018/id2599850/>
- Meld.st. 26 (2014-2015) *Fremtidens primærhelsetjeneste- nærhet og helhet*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-26-2014-2015/id2409890/>
- Midtbø, T. (2007). *Regresjonsanalyse for samfunnsvitere. Med eksempler i SPSS*. Universitetsforlaget.
- Moe, C. og Gårdseth-Nesbakk, L. (2015). Hverdagsrehabiliteing som innovasjon- økt oppmerksomhet om aktørers samspill. O J. Andersen og T. Bondas (red.), *Innovasjonar i offentlig tjenesteyting* (Kap. 4). Fagbokforlaget Vigmostad og Bjørke AS.
- NESH (2021, 16 desember). *Forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap og humaniora*. Den nasjonale forskningsetiske komité for samfunnsvitenskap og humaniora (NESH). <https://www.forskningsetikk.no/retningslinjer/hum-sam/forskningsetiske-retningslinjer-for-samfunnsvitenskap-humaniora-juss-og-teologi/>
- Ness, N.E., Laberg, T., Haneborg, M., Granbo, R., Færevaaag, L., Butli, H. (2012). *Hverdagsmestring og hverdagsrehabilitering, Rapport fra prosjekt «Hverdagsrehabilitering i Norge»*. [file:///C:/Users/mohov/Downloads/Rapport%20Hverdagsrehabilitering%20031012%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/mohov/Downloads/Rapport%20Hverdagsrehabilitering%20031012%20(2).pdf)
- NOU 2011:11 (2011) *Innovasjon i omsorg*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2011-11/id646812/>
- NOU 2018:16 (2018). *Det viktigste først. Prinsipper for prioritering i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og for offentlig finansierte tannhelsetjenester* Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2018-16/id2622153/>
- Offerdal, A. (2014). Iverksettingsteori. H, Baldersheim og L.E Rose (red.), *Det kommunale laboratorium. Teoretiske perspektiver på lokal politikk og organisering* (3. utg., s. 220-238). Fagbokforlaget Vigemostad og Bjørke AS.

- Omsorg 2020 (2015-2020). *Regjeringens plan for omsorgsfeltet 2015-2020*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumentarkiv/regjeringen-solberg/andre-dokumenter/hod/2015/omsorg-2020/id2410456/>
- Opptappingsplan for habilitering og rehabilitering (2017-2019). *Opptappingsplan for habilitering og rehabilitering (Særtrykk til Prop. 1 S (2016–2017))*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/helse--og-omsorgstjenester-i-kommunene/innsikt/opptappingsplan-for-habilitering-og-rehabilitering-2017-2019/id2517920/>
- Plsek, P (2001). *Redesigning health care with insights from the science of complex adaptive systems. Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century*. Washington: The national academies press. <https://www.nap.edu/read/10027/chapter/13>
- Rambøll (2012). *Undersøkelse om rehabilitering i kommunene - erfaringer med tilbud gitt i pasientens hjem/vante miljø*. (Rapport: IS-0365, Helsedirektoratet). <https://kudos.dfo.no/dokument/undersokelse-om-rehabilitering-i-kommunene-erfaringer-med-tilbud-gitt-i-pasientens-hjem-vante-miljo?evalueringsportalen=1>
- Regjeringen Solberg (2020, 20 november). *Utvalg skal se på generalistkommunesystemet* (Pressemelding). Kommunal- og moderniseringsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumentarkiv/regjeringen-solberg/aktuelt-regjeringen-solberg/kmd/pressemeldinger/2020/utvalg-skal-se-pa-generalistkommunesystemet/id2786693/>
- Ringholm, T. (2013). Innovasjon for kommunesektorens utfordringer? T. Ringholm, H. Teigen og N. Aarsæther (red.), *Innovative kommuner* (s. 103-117). Cappelen Damm (Akademisk) AS.
- Ringholm, T., Teigen, H. og Aarsæther, N. (2013). Innovatør frå alders tid. T. Ringholm, H. Teigen og N. Aarsæther (red.), *Innovative kommuner* (s. 15-29). Cappelen Damm (Akademisk) AS.
- Røste, R. (2013). Innovasjonssystem i norske kommuner- tilbakeblikk på PUBLIN-prosjektet. T. Ringholm, H. Teigen og N. Aarsæther (red.), *Innovative kommuner* (s. 71-84). Cappelen Damm (Akademisk) AS.
- Sirnes, T (2016). Frå politikk til praksis i helse og velferdstjenestene. E. Willumsen og A. Ødegård (red.). *Tverrprofesjonelt samarbeid et samfunnsoppdrag* (2 utg., s. 79-92). Universitetsforlaget.

- Solvang, P. K (2019). *(re)habilitering. Terapi, tilrettelegging, verdsetting*. Fagbokforlaget.
- St.meld. nr. 47 (2008-2009). *Samhandlingsreformen. Rett behandling- på rett sted- til rett tid*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-47-2008-2009-/id567201/>
- Teigen, H. (2013). Kommunane som innovatører. T. Ringholm, H. Teigen og N. Aarsæther (red.), *Innovative kommuner* (s. 31-51). Cappelen Damm (Akademisk) AS.
- Thorsnæs, G (2022, 18 mars). *Oslo*. Store norske leksikon. på snl.no. <https://snl.no/Oslo>
- Thorsnæs, G og Lauritzen, P. R (2022, 18 mars). *Utsira*. Store norske leksikon. <https://snl.no/Utsira>
- Thorsnæs, G. og Berg, O. (2021, 29. juni). *Kommune*. Store norske leksikon. <https://snl.no/kommune>
- Thrane, C (2018). *Kvantitativ metode. En praktisk tilnærming*. Cappelen Damm AS.
- Thuren, T (2009). *Vitenskapsteori for nybegynnere* (2.utg.). Gyldendal norsk forlag AS.
- Tuntland, H. og Ness, N.E. (2014). *Hverdagsrehabilitering*. Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Vetvik, E og Disch, P. G (2017). *Retorikk og realiteter. Planlegging for framtidens helse- og omsorgsoppgaver i kommunene - 2015-2025* (Rapportserie nr. 05/2017). Senter for omsorgsforskning, sør. http://www.omsorgsforskning.no/utgivelser/rapportserie/2017/rapport_5
- Willumsen, E (2016). Tverrprofesjonelt samarbeid i utdanning og praksis i helse- og velferdssektoren. E. Willumsen og A. Ødegård (red.). *Tverrprofesjonelt samarbeid et samfunnsoppdrag* (2 utg., s. 33-49). Universitetsforlaget.
- Willumsen, E., Sirnes, T og Ødegård A. (2016). Nye samarbeidsformer- et samfunnsoppdrag. E. Willumsen og A. Ødegård (red.). *Tverrprofesjonelt samarbeid et samfunnsoppdrag* (2 utg., s. 17-30). Universitetsforlaget.

Vedlegg 1: Informasjonsskriv til informantane.

Tekst i starten på spørjeskjemaet:

Bakgrunn og formål med prosjektet

Dette prosjektet er del av masterforløpet «Samfunnsplanlegging og leiing» ved Høgskulen i Volda. Eg er tidlegare utdanna sjukepleiar med vidareutdanning i kvardagsrehabilitering og eg arbeidar med kvardagsrehabilitering i Volda kommune. I mi masteroppgåve ynskjer eg å sjå nærare på om satsinga på kvardagsrehabilitering i norske kommunar har ført til ei endring i fordelinga av dei kommunale rehabiliteringsressursane.

Eg kjem til å nytte rehabiliteringspyramiden som utgangspunkt for datainnsamlinga, då det er ulik organisering i kommunane. Kvardagsrehabilitering og rehabilitering i heimen er begge kommunale tenester og går føre seg i eigen heim. Ein del kommunar har også rehabiliteringsplassar i kommunal institusjon. Desse tre ulike tenestene vert å finne att i spørjeskjemaet.

Eg skal gjere ei undersøking ved bruk av spørjeskjema og ynskjer å få eit mest mogleg representativt utval av norske kommunar. Eg er difor avhengig av at flest mogleg kommunar seier seg villig til å delta i studien. Håper du vil ta deg tid til dette, og bidra inn i eit tema det er lite forskning på.

Kva inneber deltaking i prosjektet?

Det inneber at du som informant svarar på eit spørjeskjema med svaralternativ. Spørsmåla omhandlar rehabiliteringstilbodet i di kommune. Du som svarar på spørjeskjemaet kan innhente opplysingar frå andre kollegaer om nødvendig, slik at alle spørsmål i skjemaet vert svart på. Ved å sende inn svar på spørjeskjemaet samtykkjer du samtidig til å vere med i dette forskingsprosjektet.

Kva skjer med informasjonen som du deler?

All informasjon er anonymisert. Der vert ikkje samla inn nokon opplysingar om deg som person. Prosjektet skal etter planen avsluttast i juni 2021.

Frivillig deltaking.

Det er frivillig å delta i prosjektet, du kan trekke ditt samtykke når som helst utan å gje opp årsak.

Ta kontakt ved behov:

Prosjektleder/masterstudent:

Monica Hovden. Tlf.nr 90956393. E-post: monichov@stud.hivolda.no

Prosjektleder sin rettleiar:

Bjarte Folkestad, Professor. Tlf.nr: 70075022. E-post: bjarte.folkestad@hivolda.no

Til informasjon:

Det er mogleg å gå inn i skjemaet og kike på spørsmåla, og gå ut att, dersom det til dømes er behov for å innhente opplysingar med kollega før du svarar. Men det er dessverre ikkje mogleg å lagre svara og så gå tilbake på eit seinare tidspunkt for vidare utfylling.

Presisering av omgrep i spørjeskjemaet:

Kvardagsrehabilitering: mange kommunar har gått vekk frå å nytte omgrepet kvardagsrehabilitering, men har likevel eit liknande rehabiliteringstilbod, td ressursteam, tidleg-innsatsteam, meistringsteam, heimerehabilitering. Dersom dokke ikkje nyttar omgrepet kvardagsrehabilitering i dykkar kommune, vennlegast skriv noko om dette i siste tekstboks: utfyllande opplysingar.

Brukarar: personar som tek i mot kommunale tenester.

Helse- og omsorg: kommunane har ulik organisering og nyttar ulike omgrep på sektorar og tenester, oftast nytta er helse, omsorg og sosial, i ulike kombinasjonar, men det representerer oftast dei same tenestene.

Rehabiliteringspyramiden: utarbeidd av Kristiansand kommune i 2013 og skisserer kva tiltak og tenester som er nødvendige for å møte brukarane sine ulike rehabiliteringsbehov.



Kjelde: Helsefremmingsplanen, Kristiansand kommune, 2013.

Tekst i e-post som vart sendt ut til informantane:

Førespurnad om deltaking i forskingsprosjekt:

Dette prosjektet er del av masterforløpet «Samfunnsplanlegging og leiing» ved Høgskulen i Volda. Eg ynskjer å finne ut om satsinga på kvardagsrehabilitering har ført til ei endring i fordelinga av dei kommunale rehabiliteringsressursane.

Eg skal gjere ei undersøking ved bruk av spørjeskjema og ynskjer å få eit mest mogleg representativt utval av norske kommunar. Eg er difor avhengig av at flest mogleg kommunar seier seg villig til å delta i studien. Håper du vil ta deg tid til dette, og bidra inn i eit tema det er lite forskning på.

Dette er til deg som er leiar for eller har god kjennskap til tenesta kvardagsrehabilitering (tidleg innsats team ol) i kommunen. Dersom dette ikkje er deg, fint om du kan vidareseende denne e-posten (med lenka), til den du tenkjer kan svare på dette spørjeskjemaet.

Mvh Monica Hovden.

Vedlegg 2: Spørsmål til informantane⁴.

1. Innbyggjartal i di kommune:

Om lag kor mange innbyggjarar er det i di kommune?

- Under 5 000 innbyggjarar.
- 5 000-10 000 innbyggjarar.
- 10 000-20 000 innbyggjarar.
- 20 000-50 000 innbyggjarar.
- 50 000-70 000 innbyggjarar.
- 70 000-100 000 innbyggjarar.
- Over 100 000 innbyggjarar.

2. Rehabiliteringstilbod i di kommune:

Kva rehabiliteringstilbod finnast i kommunen din?

- Rehabilitering i institusjon.
- Rehabilitering i heimen.
- Kvardagsrehabilitering.
- Andre rehabiliteringstilbod. Spesifiser i tekstboks under.

Dersom kommunen din *ikkje* har tilbodet rehabilitering i heimen: kva er årsaka til dette?

- Har aldri hatt tilbodet.
- Tilbodet fall vekk grunna satsing på kvardagsrehabilitering.
- Tilbodet fall vekk grunna andre økonomiske prioriteringar.

⁴ Desse spørsmåla vart skrivne inn i Nettskjema og der vart det nytta ulike funksjonar for å gjere spørjeskjemaet meir brukarvennleg og for å unngå misforståingar, til dømes ruting av svar (gøyme spørsmål som ikkje var aktuelle for alle) og låse tal på svar (slik det var mogleg å velje til dømes berre eitt svaralternativ).

- Andre årsaker. Spesifiser i tekstboks under.

Dersom kommunen din *ikkje* har tilbudet rehabilitering i institusjon: kva er årsaka til dette?

- Har aldri hatt tilbudet.
- Tilbodet fall vekk grunna satsing på kvardagsrehabilitering.
- Tilbodet fall vekk grunna andre økonomiske prioriteringar.
- Andre årsaker. Spesifiser i tekstboks under.

3. Kvardagsrehabilitering

Kva årstal starta kommunen din opp med kvardagsrehabilitering?

Om lag kor mange årsverk hadde de for dei ulike yrkesgruppene i kvardagsrehabilitering ved oppstart?

- Fysioterapeut.
- Ergoterapeut.
- Sjukepleiar.
- Helsefagarbeidar.

Korleis var årsverka finansiert ved oppstart?

- 100 % fullfinansiert av eksterne instansar.
- Delvis finansiert av eksterne instansar og av kommunen.
- Delvis finansiert av eksterne instansar og omfordeling av årsverk.
- Ekstra finansiering frå kommunen og omfordeling av årsverk.
- Omfordeling av årsverk.

Korleis finansierar de drifta av kvardagsrehabilitering når dei eksterne midlane tek slutt?

- Ekstra finansiering frå kommunen.

- Ekstra finansiering frå kommunen og omfordeling av årsverk.
- Omfordeling av årsverk.
- Redusere årsverk i kvardagsrehabilitering.
- Veit ikkje.

Kva modell for kvardagsrehabilitering liknar mest på den i di kommune?

- Teneste lokalisert og drifta i heimetenesta, i samarbeid med rehabiliteringstenesta (heimetenesteintegreert modell).
- Teneste lokalisert og drifta i rehabiliteringstenesta, i samarbeid med heimetenesta (rehabiliteringstenesteintegreert modell).
- Eiga spesialisert eining ved sida av heimetenesta og rehabiliteringstenesta, og med sjølvstendig ansvar for heile rehabiliteringsprosessen (spesialistmodell).

Kva aldersgruppe er mest representativ for kvardagsrehabilitering?

- 20-49 år.
- 50-79 år.
- 80-99 år.

Vel inntil tre målgrupper som er mest representativ for brukarar av kvardagsrehabilitering.

- Brukarar med plutselig funksjonsnedsetting grunna sjukdom eller skade.
- Brukarar med endra funksjon grunna alderdom.
- Brukarar med kroniske sjukdomar.
- Brukarar utskrivne frå sjukehus/spesialisthelsetenesta.
- Brukarar som er utskrivne frå kommunal korttidsavdeling.
- Brukarar som allereie har vedtak på pleietenester.
- Alle personar som søker helse- og omsorgstenester for første gong.
- Brukarar med utfordringar knytt til psykisk helse og rus.
- Brukarar med begynnande demenssjukdom.

Om lag kor mange gjennomfører ei periode med kvardagsrehabilitering per år?

- 0-9 personar.
- 10-29 personar.
- 30-49 personar.
- 50-79 personar.
- 80-99 personar.
- Over 100 personar.

4. Rehabilitering i heimen

Kor lenge har kommunen din hatt tilbodet rehabilitering i heimen?

- Før 2015.
- Etter 2015.

Kva aldersgruppe er mest representativ for rehabilitering i heimen?

- 20-49 år.
- 50-79 år.
- 80-99 år.

Vel inntil tre målgrupper som er mest representativ for brukarar av tilbodet rehabilitering i heimen.

- Brukarar med plutsleg funksjonsnedsetting grunna sjukdom eller skade.
- Brukarar med endra funksjon grunna alderdom.
- Brukarar med kroniske sjukdomar.
- Brukarar utskrivne frå sjukehus/spesialisthelsetenesta.

- Brukarar som er utskrivne frå kommunal korttidsavdeling.
- Brukarar som allereie har vedtak på pleietenester.
- Alle personar som søker helse- og omsorgstenester for første gong.
- Brukarar med utfordringar knytt til psykisk helse og rus.
- Brukarar med begynnande demenssjukdom.

Om lag kor mange gjennomfører ei periode med rehabilitering i heimen per år?

- 0-9 personar.
- 10-29 personar.
- 30-49 personar.
- 50-79 personar.
- 80-99 personar.
- Over 100 personar.

5. Rehabilitering i institusjon

Kor lenge har kommunen din hatt tilbodet rehabilitering i institusjon?

- Før 2015.
- Etter 2015.

Kva aldersgruppe er mest representativ for rehabilitering i institusjon?

- 20-49 år.
- 50-79 år.

- 80-99 år.

Vel inntil tre målgrupper som er mest representativ for brukarar av tilbodet rehabilitering i institusjon.

- Brukarar med plutsleg funksjonsnedsetting grunna sjukdom eller skade.
- Brukarar med endra funksjon grunna alderdom.
- Brukarar med kroniske sjukdomar.
- Brukarar utskrivne frå sjukehus/spesialisthelsetenesta.
- Brukarar som allereie har vedtak på pleietenester.
- Brukarar med utfordringar knytt til psykisk helse og rus.
- Brukarar med begynnande demenssjukdom.

Om lag kor mange gjennomfører ei periode med rehabilitering i institusjon per år?

- 0-9 personar.
- 10-29 personar.
- 30-49 personar.
- 50-79 personar.
- 80-99 personar.
- Over 100 personar.

6. Kva påstand er du mest samd i?

- Kvardagsrehabilitering har bidrege til å styrka det samla rehabiliteringstilbodet i kommunen.
- Kvardagsrehabilitering har bidrege til ei svekking av det samla rehabiliteringstilbodet i kommunen.

Kvardagsrehabilitering har verken styrka eller svekka det samla rehabiliteringstilbødet i kommunen.

7. Utfyllande opplysingar

Dersom du har noko du vil utdjupe eller tilføyte kan du skrive det her: