

Implementering av hverdagsrehabilitering i Kristiansand kommune

- Hvordan har Kristiansand kommune organisert hverdagsrehabilitering og hvordan har kommunen lykket med å integrere rehabilitering i hjemmesykepleien?

Camilla Hamre-Eriksen Robertsen

Veileder

Dag Olaf Torjesen

Masteroppgaven er gjennomført som ledd i utdanningen ved Universitetet i Agder og er godkjent som del av denne utdanningen. Denne godkjenningen innebærer ikke at universitetet inntår for de metoder som er anvendt og de konklusjoner som er trukket.

Universitetet i Agder, 2015

Fakultet for samfunnsvitenskap

Institutt for statsvitenskap og ledelsesfag

Forord

Min masteravhandling om organiseringen av hverdagsrehabilitering er siste del av studiet Master i ledelse ved Universitetet i Agder. Gjennom studiet har jeg fordypet meg i flere interessante temaer. Jeg har lært mye som har vært aktuelt for min stilling som soneleder i hjemmetjenesten i Kristiansand kommune. Det har vært en krevende tid, og da spesielt den siste delen med arbeidet med denne avhandlingen. Men jeg går ut av studiet med mye kunnskap og pågangsmot.

Jeg vil takke min veileder Dag Olaf Torjesen som ledet meg inn på dette temaet og all oppmuntring og veiledning underveis.

Takk til respondentene som tok seg til å svare på undersøkelsen. Det rettes også en stor takk til min leder og mine kollegaer som har gitt meg masse støtte, motivasjon og oppmuntring underveis. I tillegg ønsker jeg å takke soneledere i utvalgte soner som tok seg tid til å delta i diskusjon, distribuere og motivere ansatte til å svare på undersøkelsen i en travel hverdag.

Jeg vil til slutt takk mannen min som har støttet meg 100 % gjennom denne prosessen. Uten hans tålmodighet og styrke til å holde familien i gang, ville jeg ikke klart å gjennomføre denne avhandlingen.

Kristiansand, våren 2015

Camilla Hamre-Eriksen Robertsen

Sammendrag

Rekrutteringsutfordringer, sammensatte og komplekse sykdomsbilder, fragmenterte tjenester og lite fokus på forebygging, er årsaker til at man i Norge har blitt introdusert for en ny arbeidsmetode kalt hverdagsrehabilitering. Hverdagsrehabilitering ønsker å sette fokus på forebygging og rehabilitering. Ved at brukeren selv setter mål om det er som er viktig for han. Målet med tjenesten er at brukeren skal få leve lengst mulig i eget liv. I tillegg ønsker man å utsette høyere omsorgsnivå, øke medarbeidertilfredshet og oppnå økt kostnadseffektivitet. Svært mange av landets kommuner har satt i gang prosjekter for å finne ut hvordan de best mulig kan organisere hverdagsrehabilitering. Kristiansand kommune er en av dem, med prosjektstart år 2013. Det settes et mye større fokus på tverrfaglig samarbeid og integrering av forebyggende holdninger inn i helsetjenestene.

Gjennom denne oppgaven har jeg brukt kvantitativ og kvalitativ metode for å undersøke min problemstilling: *Implementering av hverdagsrehabilitering i Kristiansand kommune – Hvordan har Kristiansand kommune organisert hverdagsrehabilitering og hvordan har kommunen lyktes med å integrere rehabilitering i hjemmesykepleien?*

Med denne problemstillingen har jeg undersøkt ansatte og ledere i fire soner som har startet opp med tjenesten. Metodene som er benyttet i dette studiet er et spørreskjema som ble sendt ut til ansatte i hjemmesykepleien. Etter dette ble sonelederne i de utvalgte sonene samlet til et gruppeintervju for å få respons på funnene fra undersøkelsen. Data viser at utvalget er godt fornøyd med hverdagsrehabilitering, men møter en del utfordringer som må jobbes med videre.

Utfordringene som kommer frem gjennom spørreundersøkelsen er knyttet til tidspress, tverrfaglig samarbeid og oppfølging av brukeren. Respondentene peker på at de ikke har tilstrekkelig tid til å utføre planlagte oppgaver. Enkelte respondenter går også så langt at de svarer at de kunne tenke seg å gå bort fra hverdagsrehabilitering igjen. Lederne peker på at kultur er langt på vei en faktor som er medvirkende til disse utfordringene. Og at dette gir variasjoner for hvordan rehabilitering er integrert i de forskjellige sonene. Informantene ser at ansatte får en mer forebyggende holdning i tjenesten til de andre brukerne av hjemmetjenesten. Sonelederne opplever at det er ulikheter i sonene når det kommer til det tverrfaglige samarbeidet med motorteamet. Det kan virke som at dette er avhengig av hvordan teamet er satt sammen av ulike yrkesgrupper og hvor de er lokalisert. På bakgrunn av disse

utfordringene, kan man si at Kristiansand kommune har dannet et godt grunnlag for at hverdagsrehabilitering skal bli en integrert del av hjemmesykepleien. Men det er likevel et stykke igjen før man kan si at kommunen har lyktes. Det kan synes som endring av kultur og holdninger mot et mer forebyggende fokus og etablering av godt tverrfaglig samarbeid, er kommunens største utfordringer i arbeidet med å integrere rehabilitering i hjemmesykepleien.

Innholdsfortegnelse

Forord.....	2
Sammendrag	3
Liste over figurer og tabeller	7
1.0 Innledning.....	8
1.1 Tema.....	8
1.2 Problemstilling	10
1.3 Oppbygging av oppgaven	10
2.0 Casestudie: Kristiansand kommune	11
3.0 Teoretisk referanseramme.....	16
3.1 Tverrfaglig samarbeid	16
3.2 Hverdagsrehabilitering	17
3.2.1 Forskning innenfor hverdagsrehabilitering	19
3.3 Organisasjon	21
3.4 Kultur	24
4.0 Metode.....	26
4.1 Undersøkellesdesign	26
4.2 Kvantitativ metode	26
4.2.1 Care Process Self Evalualuation Tool.....	27
4.3 Kvalitativ metode	28
4.4 Reliabilitet og validitet.....	29
4.5 Om å forske på egen institusjon.....	30
5.0 Empiri	32
5.1 Spørreundersøkelse.....	32
5.1.1 Bakgrunnsvariabler.....	32
5.1.2 Brukerfokusert organisering.....	35
5.1.3 Koordinering av hverdagsrehabilitering.....	37
5.1.4 Kommunikasjon med bruker og pårørende	38
5.1.5 Samarbeid.....	40
5.1.6 Overvåking og oppfølging av hverdagsrehabilitering	42
5.1.7 Medarbeidertilfredshet.....	45
5.2 Gruppeintervju	47
5.2.1 Organisering	47
5.2.2 Koordinering.....	47

5.2.3 Tverrfaglig samarbeid.....	48
5.2.4 Kompetanse.....	49
5.2.5 Tid.....	50
6.0 Drøfting	51
6.1 Verken – eller	51
6.2 Tid.....	53
6.3 Kompetanse.....	56
6.4 Tverrfaglig samarbeid.....	57
6.5 Organisering	58
7.0 Konklusjon/veien videre.....	61
7.1 Forslag til videre forskningsprosjekter	63
Litteraturliste	64
Vedlegg 1: Godkjenning fra NSD	67
Vedlegg 2: Informasjonsskriv	69
Vedlegg 3: Spørreundersøkelse.....	70

Liste over figurer og tabeller

Figur 1: Organisasjonskart etter omorganiseringen (Kristiansand kommune, 2015b)	12
Figur 2: Rehabiliteringspyramiden (Kristiansand kommune, 2013a, p. 8)	19
Figur 3: Ulike organisasjonstyper (Strand, 2007, p. 261)	22
Figur 4: Hofstedes fremstilling av kultur (Strand, 2007, p. 186)	25
Figur 5: Kvaliteten på rehabilitering er prioritert på min arbeidsplass. Viser prosentvis fordeling innenfor arbeidsplass.	36
Figur 6: Det er tilstrekkelig tid til å motivere bruker i rehabiliteringsprosessen	38
Figur 7: Hjemmesykepleien er en likeverdig partner til hverdagsrehabiliteringsteamet	41
Figur 8: Tiltakene hjemmesykepleien skal utføre, er tydelig beskrevet	43
Figur 9: Hjemmesykepleien har tilstrekkelig tid til å gjennomføre tiltakene som er planlagt	43
Figur 10: Jeg kan ikke tenke meg å gå tilbake til tradisjonell «gjøre-for-omsorg». Viser prosentvis fordeling innenfor yrkesgruppene sykepleier og fagarbeider.	45
Tabell 1: Hvor jobber du?	32
Tabell 2: Hvilken yrkesgruppe tilhører du?	33
Tabell 3: Hva er din alder?	33
Tabell 4: Hvor stor er din stillingsprosent?	33
Tabell 5: Subskala 1. Viser prosentvis fordeling	35
Tabell 6: Subskala 2. Viser prosentvis fordeling	37
Tabell 7: Subskala 3. Viser prosentvis fordeling	38
Tabell 8: Subskala 4. Viser prosentvis fordeling	40
Tabell 9 Subskala 5. Viser prosentvis fordeling	42
Tabell 10: Subskala 6. Viser prosentvis fordeling	45
Tabell 11: Nøytrale utsagn	52

1.0 Innledning

1.1 Tema

Dagens velferdssamfunn står over store utfordringer i årene som kommer. Demografisk utvikling viser at befolkningen i Norge blir eldre og det blir flere pasienter med kroniske lidelser og sammensatte sykdomsbilder. Siden det er flere som går fra å være yrkesaktive til pleietrengende, blir det et spørsmål om vi får nok hender til å ta vare på dem. Tjenestene som tilbys er fragmenterte og lite koordinerte. Det er få eller ingen systemer som sikrer overganger mellom ulike tjenester og tjenestenivåer. Dette gjelder spesielt samhandlingen mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Samtidig er det også en utfordring at de ulike tjenestene har forskjellige mål. Til slutt ser man at omsorgstjenestene er mer opptatt av å pleie og å behandle, enn å fokusere på rehabilitering og forebygging (St. meld. nr. 47, 2008-2009).

Som et svar på nevnte utfordringer iverksettes en ny reform, Samhandlingsreformen, med tittelen:

«Rett behandling – på rett sted – til rett tid» (St. meld. nr. 47, 2008-2009).

Reformen implementeres gradvis fra 1.januar 2012. Bjarne Håkon Hanssen, daværende helse- og omsorgsminister mener at pengene ikke brukes riktig. Pengene må brukes til å bygge opp kommunene og ruste dem til å ta ansvar for en større del av pasientene som er i spesialisthelsetjenestene. Det er tre styringstiltak som spesielt kommer i fokus:

- Lovpålagte samarbeidsavtaler mellom sykehus og kommune.
- Kommunal medfinansiering for å bygge opp lokale tjenester og fokusere på rehabilitering.
- Kommunale dagbøter for utskrivningsklare pasienter (St. meld. nr. 47, 2008-2009).

1. januar 2015 blir kommunal medfinansiering avviklet. Det er fremdeles enighet i prinsippene som ligger til grunn for Samhandlingsreformen. Men man ser at kommunene ikke klarer å redusere innleggelser ved denne typen økonomisk insentiv. I Stortingsmelding 26 som kommer i mai 2015, legges fremtidens primærhelsetjeneste frem. I denne meldingen er

en forlengelse av Samhandlingsreformen, men den setter et enda større fokus på forebygging, brukermedvirkning, tverrfaglig samarbeid og klarere ansvarsfordeling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. Det legges stor vekt på rehabilitering og habilitering. I stortingsmeldingen innrømmes det at til tross for at det har vært fokus på rehabilitering siden slutten av 90-tallet, er det lite som er gjort på området (St. meld. nr. 26, 2014-2015).

På grunn av økt fokus på rehabilitering dukker det opp en ny arbeidsmetode i Norge. Hverdagsrehabilitering er en arbeidsmetode som har vært kjent allerede noen år i Sverige og Danmark, så når norske kommuner startet arbeidet med hverdagsrehabilitering har de kunnet hente inspirasjon og erfaringer fra dem. Det har kommet mye litteratur på kort tid vedrørende dette. Og det er flere rapporter som viser at det har en positiv effekt både på økonomi, livskvalitet hos bruker og trivsel blant medarbeidere på arbeidsplassen.

Jeg er selv utdannet sykepleier og har jobbet i kommunehelsetjenesten siden jeg var ferdig utdannet i 2008. I 2012 ble jeg leder for en sone i hjemmesykepleien i Kristiansand kommune. Her har jeg ansvar for kvalitet, økonomi og personal. Min interesse for temaet vokste når kommunen min bestemte seg for å satse på hverdagsrehabilitering. Gjennom sykepleieutdanningen var det mye fokus på det holistiske pasientperspektivet. Og selv om forebyggende arbeid er en del av det helhetlige tankesettet, så er det behandling, pleie og omsorg som er hovedfokus i generell utøvende sykepleie. Derfor vil jeg anta at det vil ligge en stor utfordring i endring av hvordan man yter tjenestene, og at vi samtidig må jobbe mye mer tverrfaglig. Dette krever mye både av ledelsen og av medarbeiderne.

Jeg synes derfor det ville være interessant å se nærmere på om kommunen gjennom omorganisering og etablering av nye arbeidsmetoder kan klare å integrere rehabilitering i tankesettet hos ansatte i hjemmetjenestene.

1.2 Problemstilling

Problemstillingen jeg har valgt er:

Implementering av hverdagsrehabilitering i Kristiansand kommune – Hvordan har Kristiansand kommune organisert hverdagsrehabilitering og hvordan har kommunen lyktes med å integrere rehabilitering i hjemmesykepleien?

I denne problemstillingen lurer jeg på om ansatte har klart å få et rehabiliteringsperspektiv, i stedet for kun omsorgs- og behandlingsperspektiv. Jeg søker også svar på hvordan ansatte opplever at hverdagsrehabilitering er organisert, og har leder den samme oppfatningen? Det vil være interessant å finne ut om det tverrfaglige samarbeidet som er nødvendig for å få til en slik tjeneste fungerer godt. For å få svar på denne problemstillingen har jeg tatt for meg Kristiansand kommune og de sonene som har startet med hverdagsrehabilitering.

1.3 Oppbygging av oppgaven

Oppbygging og utforming av oppgaven følger retningslinjene gitt av Universitetet i Agder. I første del av oppgaven har jeg beskrevet bakgrunn for valg av tema og problemstilling. I kapittel 2 vil jeg presentere caset mitt, som er Kristiansand kommune. Her vil jeg beskrive utviklingen av organiseringen av helse- og sosialsektoren, i tillegg til at jeg utdyper hva som er særpreget i hjemmetjenesten. Videre gjør jeg rede for den teoretiske referanserammen. Temaene jeg mener er nødvendig for å drøfte datasamlingen er tverrfaglig samarbeid, hverdagsrehabilitering og organisasjons- og kulturteorier. I kapittel 4 gjør jeg rede for valg av metode og hvordan jeg har hentet inn data. Fremstilling av datainnsamling legges frem i kapittel 5, før jeg i kapittel 6 vil vise mine analyser og drøftinger rundt funnene. I siste kapittel trekker jeg sammen trådene og oppsummerer drøftingen. Helt til slutt i avhandlingen er litteraturliste og vedlegg presentert.

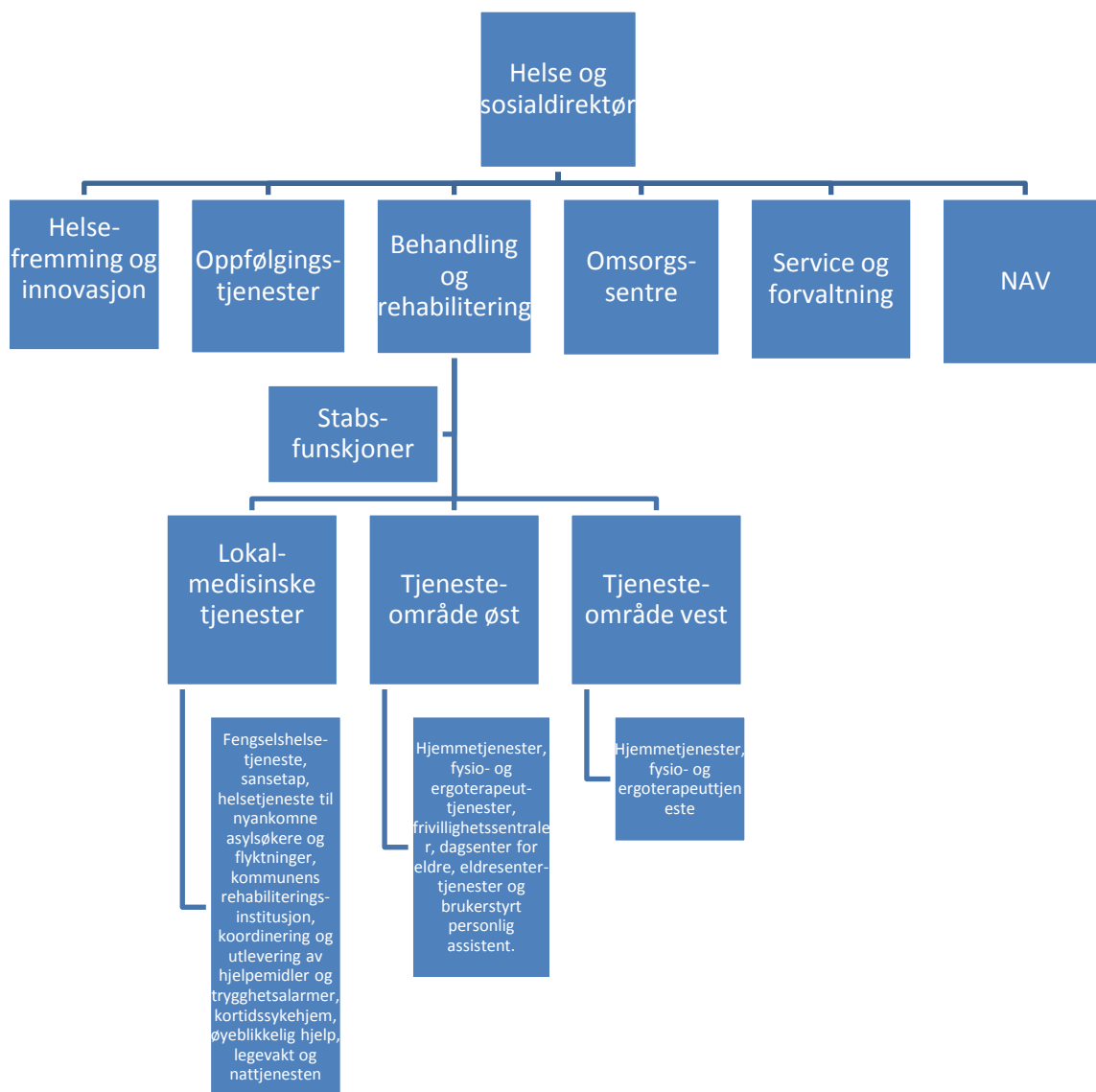
2.0 Casestudie: Kristiansand kommune

Kommunehelsetjenesten slik vi kjenner den i dag begynte å ta form på slutten av 1980-tallet. Da overtok kommunene ansvaret for sykehjemmene fra fylkeskommunen. Helse- og sosialstyret blir nedfelt i kommunehelsetjenesteloven i 1988. Og i tillegg kom HVPU-reformen i 1991 der kommunene overtar ansvaret for psykisk utviklingshemmede (Berg, 2006). Hjemmetjenesten tilhørte fra før kommunene, men før 80-tallet var tjenesten lite organisert og innholdet dreide seg først og fremst om praktisk og sosial bistand. Både på grunn av reformene på 80-tallet og endringer som kom i begynnelsen av 90-tallet, ble hjemmetjenesten en mer strukturert organisasjon (Vabø, 2007).

Fra 1. januar 1993 ble det gjennomført distriktsorganisering av helse- og sosialtjenestene i Kristiansand. Byen ble delt opp i fire distrikter og formålet med organiseringen var at brukerne¹ skulle få tjenester av mer helhetlig og samordnet art. Et annet mål med omorganiseringen var at arbeidet på sonenivå skulle fremstå som et tverrfaglig samarbeid (Hernes, 1993). Denne måten å organisere helsetjenestene på kan man også se i andre større norske kommuner. Ansvaret for tjenesten desentraliseres for å øke eierforholdet til arbeidet, men også for å skape fleksibilitet og bedre kvaliteten i tjenestene (Rasmussen & Vabø, 2014).

I 2012 startet Kristiansand kommune et stort omstillingsprosjekt i Helse- og sosialsektoren: «Omstilling og utvikling 2013». Bakgrunnen for omstillingen er de samme utfordringene Norge vil møte i fremtiden som skissert innledningsvis. I tillegg måtte kommunen tilpasse seg Samhandlingsreformen og ny lovgivning. Endringene resulterte i ny organisering. Dagens organisering i 2012 hadde eksistert siden 2003 da sektoren hadde endret seg fra distriktsorganisering til en flat struktur med ca. 35 resultatenheter. Enhetene i den flate strukturen var grovt delt inn i omsorgstjenester, rehabilitering, helsetjenester, psykisk helse og diverse andre mindre tjenester i egne enheter. Tjenestene ble deretter plassert etter geografisk tilhørighet. Nå blir sektoren delt opp i seks virksomhetsområder: Helsefremming og innovasjon, oppfølgingstjenester, behandling og rehabilitering, omsorgssentre, service og forvaltning og NAV. Her ser vi en mindre flatere struktur enn tidligere, der det er tre ledelsesnivåer under Helse- og sosialdirektøren (Helse- og sosialstyret Kristiansand kommune, 2012).

¹ Jeg velger i denne avhandlingen å benytte begrepet bruker og ikke pasient. «Som bruker for den hjelpetrengende en mer aktiv rolle enn som pasient»(Fjørtoft, 2012) side 15



Figur 1: Organisasjonskart etter omorganiseringen (Kristiansand kommune, 2015b)

Virksomhetsområdet Behandling og Rehabilitering ble en stor enhet. Målet er at tjenestene som samarbeider mest er organisert i samme virksomhet. Tjenestene i Behandling og rehabilitering blir igjen delt opp i tre tjenesteområder (Kristiansand kommune, 2013b).

Gjennom arbeidet i prosjektgruppa ble det vedtatt prinsipper som skulle ligge til grunn for omorganiseringen:

- *Helhetlige og sammenhengende tjenester.*
- *Venstreforskyvning - mer forebygging.*
- *Tverrfaglighet.*

- *Kompetansemobilisering.*
- *Ledelse.*

(Helse- og sosialstyret Kristiansand kommune, 2012, p. 5)

Helhetlige og sammenhengende tjenester handler om å kvalitetssikre overgangen av pasienter mellom både spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten, men også mellom tilbudene innad i kommunen. Dette prinsippet omhandler også at personalet som yter tjenestene til pasientene skal ha lik oppfatning av hvilke mål og tjenester som er riktig for bruker. Tidlig innsats og arbeid for at brukere blir funksjonsdyktige så lenge som mulig skal være et mål. Her blir det derfor viktig at tjenester som først møter brukeren (fastlege, dagsenter, hjemmesykepleie) har fokus på forebyggende tiltak. For å etablere forebygging og helhetlig tjenester blir tverrfaglig samarbeid en viktig faktor. Man ser ofte sammensatte problemstillinger som inneholder både rus/psykiatri, rehabilitering og behov for annen pleie og omsorg. Prinsippet kompetansemobilisering innebærer at kommunen skal ha fokus på rekruttering, samt beholde kompetanse, dette er for så vidt ikke noe nytt. Men i tillegg så må kommunen sørge for at den kompetansen som finnes utnyttes på tvers av tjenestene, spesielt for å oppnå de andre prinsippene. Det siste prinsippet omhandler ledelse. Her ønsker kommunen at det skal være hensiktsmessige størrelser på ledergrupper, og at bare et begrenset antall rapporterer til gitt leder (Helse- og sosialstyret Kristiansand kommune, 2012). Her kan man se at prinsippene speiler samhandlingsreformen.

Tidligere har rehabilitering i Kristiansand hovedsakelig hatt sitt virke i spesialisthelsetjenesten. Kommunen har stort sett fokusert på å gi omsorg i sine tjenester, og ikke hatt et forebyggende fokus. Det har heller ikke vært incentiver for å jobbe forebyggende i kommunen (Dagsvik, 2014). Rehabilitering i spesialisthelsetjenesten i Kristiansand er samlet i Avdeling for fysikalsk medisin og rehabilitering (AFR) ved SSHF. Mesteparten av arbeidet skjer ved Kongsgård sykehus (Sørlandet Sykehus HF, 2011). I kommunehelsetjenesten tilbys rehabilitering i døgnavdeling på Kløvertun og ved hjelp av fysioterapeuter og ergoterapeuter ute i kommunen, såkalte distriktsterapeuter (Kristiansand kommune, 2009).

Et sykehjem er organisert ved at fysisk bygg og antall pasientsenger begrenser tjenesten. Hjemmetjenesten er ulik fra sykehjem ved at de yter tjeneste i brukerens hjem og må forholde seg til at brukerne er geografisk spredt. Dette gjør at hjemmetjenesten er uforutsigbar og tjenestemengden kan variere. Arbeidsdagen er organisert slik at personalet treffes til morgenmøte. Oppdrag blir fordelt før de starter sine arbeidsoppgaver. De møtes deretter igjen

til lunsjmøte før de utfører resten av vaktens oppdrag. Oppgavene er svært varierte og medfører behov for bred kompetanse hos personalet. I motsetning til spesialiserte avdelinger på sykehus som krever høy kompetanse på smalere områder. Oppgavene varierer fra enkel hjelp til medikamenthåndtering, ernæring og personlig hygiene til mer avanserte oppgaver som sårstell, oksygenbehandling, injeksjoner og palliativ pleie. Organiseringen gjør at personalet jobber svært selvstendig, men samtidig kreves det gode samarbeidsrutiner for å møte alle utfordringene og uforutsette hendelser som dukker opp i løpet av en arbeidsdag (Fjørtoft, 2012). Hjemmetjenesten i Kristiansand kommune er delt opp i 11 forskjellige soner. Sonene er organisert etter geografi og yter hjemmesykepleie og hjemmehjelp. Hver sone har en soneleder² og personalet er hovedsakelig bygd opp av sykepleiere, fagarbeidere og assistenter.

Hjemmesykepleien i Kristiansand kommune finansieres etter prinsippet om stykkpris. Innsatsstyrtefinansiering (ISF) er en modell der pengene følger brukeren. Sonene tildeles midler ut fra faktisk aktivitet og ikke gjennom rammefinansiering som er en mer tradisjonell modell. Prisenivået på tjenesten blir regnet ut ved hjelp av Activity Based Costing-metoden. Det betyr at tjenestene deles opp i aktiviteter, deretter fordeles kostnadene på de forskjellige aktivitetene. ISF har blitt brukt i Kristiansand kommune siden 2003, samme år som kommunen opprettet et bestiller-utfører-kontor, da kalt EBT (enhet for bolig- og tjenestetildeling)³. Formålet med denne organiseringen er å synliggjøre, og skille mellom oppgavene til politikere og utfører. I stedet for at enhetene skal ha ansvar for å tildele og prioritere hvem som skal ha tjenester, så flyttes dette ansvaret ut til bestiller. Bestiller har da ansvar for å ha økonomisk dekning for vedtatte tjenester. I tillegg ønsker man å oppnå like og rettferdige tjenester på tvers av kommunen (Kristiansand kommune, 2004).

En av de største utfordringene for soneleder ved en slik organisering er at tjenestemengden i utgangspunktet er uten grenser. For lederen blir det da balansen mellom personal og tjenestemengde som er utfordringen. Plutselige hopp eller fall i tjenesten gjør at soneleder raskt må tilpasse antall ansatte. Studier viser at soneledere opplever flere oppgaver, høyere krav fra kommunalledelsen og et økende gap mellom innbyggernes forventninger og ressurser. De opplever mindre frihet til å lede (Rasmussen, 2011).

² Soneleder benyttes i denne avhandlingen om den administrative lederen som er nærmest pleiepersonalet.

³ I dagens organisering i Kristiansand kommune heter bestiller-utfører-kontoret Service & Forvaltning

Sammen med økt fokus på rehabilitering og forebygging i tjenester som allerede tilbys i Kristiansand kommune, starter kommunen opp med hverdagsrehabilitering. Kristiansand kommune har valgt å organisere hverdagsrehabilitering ut fra hjemmetjenesten, men med eget team bestående av sykepleier, ergoterapeut og fysioterapeut. Oppgavene for dette såkalte motorteamet er å drive systematisk kartlegging og utarbeide mål sammen med brukeren. Deretter skal motorteamet sammen med hjemmetjenesten jobbe for å oppnå målsettingen. Det iverksettes mye tid og ressurser for en kortere i periode, med et mål om at bruker trenger mindre eller ingen hjelp når fastsatt periode er over (Kristiansand kommune, 2014). Hjemmetjenesten involveres kun når brukeren har tjenester fra før eller hvis motorteamet ser at brukeren vil ha behov for hjemmetjenester etter at rehabiliteringsperioden er over.

Per februar 2015 har fire soner startet med hverdagsrehabilitering og to motorteam er etablert i kommunen. I løpet av 2015 rulles hverdagsrehabilitering ut i de resterende seks soner. Kongens sone og Posebyen sone startet opp i september 2013, mens St. Olavsvei sone og Kuholmen sone begynte i mars 2014. Brukerne får først innvilget tjenesten hverdagsrehabilitering for fire uker, som et utgangspunkt. I løpet av de fire ukene skal motorteamet sammen med ansatte i hjemmesykepleien og brukeren lage mål, iverksette tiltak og evaluere/justere tilnærmingen.

3.0 Teoretisk referanseramme

3.1 Tverrfaglig samarbeid

Utviklingen i helsesektoren går mot stadig mer spesialiserte tjenester og antall tjenesteaktører øker samtidig. Et svar på å møte denne utviklingen er etableringen av såkalte multidisiplinære team, eller tverrfaglig samarbeid. Tverrfaglig samarbeid kan defineres slik:

«Tverrfaglig samarbeid er en arbeidsform der flere yrkesgrupper, på tvers av faggrenser, arbeider sammen om en felles utfordring eller problem for å nå et mål. Samarbeid bygger på ulik men likeverdig kunnskap. De ulike fagpersonene er gjensidig avhengig av hverandre for å kunne møte utfordringene til brukers beste» (Kristiansand kommune, 2014, p. 9)

Men det er ikke bare for brukerens beste det er nødvendig med tverrfaglig samarbeid. Ved å unngå at enhetene jobber med de samme områdene for seg selv, får man bedre utnytting av ressurser ved å benytte tverrfaglig samarbeid. Det er utfordrende å etablere apparater på tvers av sektorer, fag- og profesjonsgrupper. Når det gjelder tverrfaglig samarbeid mellom ulike profesjoner viser teorien at man særlig kan støte på problemer. Profesjoner kjennetegnes av høy grad av kunnskap, autonomi og det kreves offentlig godkjenning for å utøve yrke. Profesjonen mener selv de har monopol på eget arbeidsområde og ønsker å verne om dette. Man ser også at utviklingen av ulikt språk og terminologier gjør det vanskelig for andre parter å forstå. Og det er også kanskje ønskelig for en profesjon å danne avstand for å vanskeliggjøre innblanding fra andre profesjoner. Det kan oppleves som frarøvet selvstendighet, men det er også nødvendig å gi avkall på autonomi for å få et fungerende tverrfaglig samarbeid (Lauvås & Lauvås, 2004).

Multidisiplinære team (MDT) kan man se i mange forskjellige sammenhenger: psykisk helsearbeid, eldreomsorg og rehabilitering for å nevne noen. MDT kjennetegnes ved at forskjellige yrkesgrupper kommer sammen for å arbeide mot et felles mål. Utfordringene med slike team kan være både strukturelle og kulturelle. Ulike yrkesgrupper kan ha ulike verdier, interesser og målsettinger. Strukturelle forskjeller kan være ulik organisering, ledelse, regler eller lover. Både strukturelle og kulturelle forskjeller stiller høyre krav til ledelsen. En organisasjon kan relativt enkelt endre de strukturelle forholdene, men det er vanskeligere å endre tankemåten hos medlemmene (Axelsson & Axelsson, 2006).

Axelsson og Axelsson viser til en teambuildingmodell som skal hjelpe medlemmene av MDT å bygge ned grenser. Den har fire faser: Forming, storming, norming og performing. Forming vil si rekruttering og etablering av tverrfaglige team. I neste fase som er kalt storming skal medlemmene bli kjent og jobbe seg gjennom uenigheter og konflikter. Normingfasen innebærer at medlemmene har erkjent ulikhetene, videre må de finne felles mål, verdier og interesser, og bygge og vedlikeholde tillit. Hvis denne fasen er vellykket beveger de seg over i performing, som er den siste fasen med arbeid mot felles mål (Axelsson & Axelsson, 2006).

3.2 Hverdagsrehabilitering

I 1998 kommer stortingsmelding 21 som handler om mer systematisert og effektivt arbeid med rehabilitering. I stortingsmeldingen defineres rehabilitering som:

«(...)tidsavgrensa, planlagde prosessar med klare mål og verkemiddel, der fleire aktørar samarbeider om å gi nødvendig assistanse til brukaren sin eigen innsats for å oppnå best mogleg funksjons- og meistringsevne, sjølvstende og deltaking sosialt og i samfunnet.»(St. meld. nr. 21, 1998-1999, p. 2)

Til tross for at viktigheten av rehabilitering har vært påpekt lenge, er det et område som har blitt nedprioritert. Regjeringen setter på nytt søkelys mot dette i feltet i Stortingsmelding 26. Et av de viktigste tiltakene som må iverksettes er overføring av oppgaver knyttet til rehabilitering over til primærhelsetjenesten. Det må sikres at kommunen har tilstrekkelig kapasitet og kompetanse for å klare håndteringen av nye oppgaver (St. meld. nr. 26, 2014-2015).

Som resultat av flere stortingsmeldinger, fokus på rehabilitering og et forsøk på å løse fremtidens utfordringer introduseres begrepet hverdagsrehabilitering. Det er vanskelig å gi en konkret definisjon på hva hverdagsrehabilitering er. Men i tillegg til definisjonen over, er det andre momenter som inkluderes når man snakker om hverdagsrehabilitering. For det første foregår rehabiliteringen i hjemmet eller i brukerens nærmiljø. Man bruker hverdagslige gjøremål som redskap og mål i opptreningen. Det er ingen nedre aldersgrense for hvem som mottar hverdagsrehabilitering, men den gis først og fremst til eldre. Det er viktig med tidlig innsats og tverrfaglig kartlegging før brukeren mister for mye funksjon. Og siden metoden har

fokus på å mestre hverdagslige aktiviteter kan man si at det er et forebyggende arbeid (Ness et al., 2012).

Hverdagsrehabilitering så man først i Sverige i år 2000. Da ble såkalt hjemmerehabilitering etablert i Østersund kommune av blant annet Maritha Månsson. På grunn av dårlig økonomi valgte de å satse på rehabilitering utenfor institusjon (Hagen, 2011). I Sverige skiller de mellom hjemmerehabilitering, hverdagsrehabilitering og spesifikk rehabilitering. Begrepet spesifikk rehabilitering handler om et høyere rehabiliteringsnivå med fysioterapeuter og ergoterapeuter, og innebærer mer kunnskap om sykdom og skade. Hjemmerehabilitering er en samlebetegnelse og kan innebære både hverdagsrehabilitering og spesifikk rehabilitering, eventuelt andre arbeidsmetoder (Ness et al., 2012).

I Danmark ser man på Fredricia som en av de store foregangskommunene når det gjelder innovasjon. Og her lagde de en modell som bygget på Østersund-modellen. Arbeidsmetoden ble en del av prosjektet «Længst Muligt i Eget Liv». Viktige elementer i Frederica-modellen er at brukeren skal sette egne mål som er viktige for seg selv, hjelpen skal ha fokus på at brukeren skal klare gjøremålene selv. Det settes inn mye hjelp med en gang for en kortere periode, og man evaluerer rehabiliteringen kontinuerlig. Rapporter viser gode erfaringer fra denne modellen både fra et bruker- medarbeider- og økonomiperspektiv (Kjellberg, Ibsen, & Kjellberg, 2011).

Knyttet til hverdagsrehabilitering er begrepet hverdagsmestring. Mens hverdagsrehabilitering er arbeidsmetoden, kan man si at hverdagsmestring er tankesettet. En rapport om hverdagsrehabilitering definerer hverdagsmestring slik:

«(...) et forebyggende og rehabiliterende tankesett som vektlegger den enkeltes mestring i hverdagen uansett funksjonsnivå.»(Ness et al., 2012, p. 17)

Tankesettet fokuserer på at brukeren selv skal styre og avgjøre hva som er viktig å mestre i eget liv. Hverdagsmestring forutsetter at alle hjelpere, uansett yrkesgruppe, har det samme tankesettet. Og dette kan være en stor utfordring i dagens arbeidsmetoder innen offentlig sektor (Ness et al., 2012).

Det er mange måter å organisere hverdagsrehabilitering på, men i Norge har man delt det opp i tre organisasjonsmodeller:

- Hverdagsrehabilitering som utgår fra hjemmetjenesten.

- Hverdagsrehabilitering som utgår fra rehabiliteringsjentesten, men i samarbeid med hjemmetjenesten.
- Hverdagsrehabilitering med egen spesialisert enhet.

Man ser i tillegg at det er variasjoner innen de forskjellige organisasjonsmodellene i ulike kommuner (Tuntland & Ness, 2014)

Kristiansand kommune har gjennom Helsefremmingsplanen skissert hvordan de ønsker at rehabilitering skal foregå.



Figur 2: Rehabiliteringspyramiden (Kristiansand kommune, 2013a, p. 8)

Pyramiden viser forholdet mellom hvilke tjenester som skal tilbys og antall brukere. Det betyr at bunnen skal inneholde mange brukere, men lite spesialiserte tjenester. Og toppen signaliserer få brukere til svært spesialisert behandling (Kristiansand kommune, 2013a).

3.2.1 Forskning innenfor hverdagsrehabilitering

De siste årene er det nedfelt mye litteratur og rapporter på området, men det finnes fremdeles lite evidensbasert forskning i Skandinavia. Man må derfor prøve å se utenfor disse landene.

Det eksisterer mange oppskrifter og tanker på hvordan man best kan organisere for å få de resultatene man ønsker. Fysiske avstander har blitt betraktelig redusert ved hjelp av teknologi. Vi ser at ideen om hverdagsrehabilitering sprer seg raskt i kommunene i Norge, og flere steder gjennomføres store endringer. Dette til tross for lite forskning. Man finner også former for hverdagsrehabilitering utenfor Skandinavia, der spesielt New Zealand, Australia, Storbritannia og USA framheves i litteraturen. Kjell Arne Røvik problematiserer overføringen av ideer fra en kontekst og over til en annen. Selv om forskning fra Storbritannia er positiv til effektene av hverdagsrehabilitering, vil det ikke nødvendigvis få de samme effektene i Norge. Hvordan kommunene, hjemmesykepleien og rehabilitering er organisert vil være ulikt fra de forskjellige landene. Kulturelle forskjeller i landene kan også ha en stor betydning (Røvik, 2007).

I Storbritannia ser man de samme utfordringene med aldrende befolkning, økende forventninger og teknologisk utvikling som gjør at man må begynne å tenke annerledes i helsetjenestene. «Re-ablement» er det vi kan sammenlikne med hverdagsrehabilitering i Storbritannia. En kvalitativ studie utført av Rabiee og Glendinning viser funn på enkelte suksesskriterier. Det første er hvilken brukergruppe som tilbys tjenesten. Brukere som har mest nytte av re-ablement er de som har falt eller fått et brudd. De som vil få minst ut av en slik arbeidsmetode er brukere med demens eller annen mental sykdom, men det betyr likevel ikke at det vil ha effekt, men det tar lengre tid og man må fokusere på mindre målsettinger. Man ser også at motivasjonen hos de ansatte har mye å si for om man lykkes eller ikke. Studiet undersøkte om alder hadde betydning for motivasjon, dette kunne de ikke konkludere med. Noen informanter mente likevel at yngre utførere kunne være mer motivert for oppgaven. Informanter i ledelsen opplevde utfordringer med å endre arbeidsmetoden hos ansatte fra pleie og omsorg til rehabilitering. Og jo lengre den ansatte hadde jobbet i det tradisjonelle omsorgsyirket desto vanskeligere var det å endre tankesettet og arbeidsmetoden. Undersøkelsen viser også at det var lettere å benytte re-ablement på nye brukere, enn på dem som allerede mottok omsorgstjenester. Den sistnevnte gruppen kunne føle at noe ble fratatt dem og at de fortjente å få hjelp. Pårørende kunne også vise motstand til arbeidsmetoden. De ønsket å bli forsikret om at deres eldre ble godt tatt vare på. Eksterne faktorer ble sett på som suksesskriterier. Samarbeid og felles målsetting med alle som jobbet rundt brukeren, både internt og eksternt, er essensielt. I tillegg var enkel tilgang til spesialister viktig (Rabiee & Glendinning, 2011).

Restorative care, active service model og home independence program er begreper man finner i litteraturen fra New Zealand og Australia som kan sammenliknes med hverdagsrehabilitering.. I Australia finner man en randomisert kontrollert studie som ønsket å se på om et tiltak kalt Home Independence Service (HIP) kunne redusere behovet for tjenester. Målet med HIP er å redusere helt eller delvis hjelpebehovet ved å bruke et team bestående av sykepleier, fysioterapeut og ergoterapeut. Brukeren er selv med på sette mål som skal fremme funksjonen og forebygge funksjonsfall. Tiltaket varer i maks tre måneder (Tuntland & Ness, 2014). Datainnsamlingen fant sted mellom 2005 og 2007 der 740 eldre som hadde behov for hjemmetjenester deltok. Noen mottok vanlige tjenester mens andre mottok HIP. Det ble deretter målt behov for videre tjenester etter tre og seks måneder i begge gruppene. Funnene viste at de eldre som mottok HIP hadde et signifikant mindre behov for videre hjemmetjenester, enn gruppen som mottok ordinære hjemmetjenester. Samtidig som studien viser at behovet for tjeneste blir redusert, finner man ikke data som viser bedret ADL (aktiviteter i dagliglivet). Årsaken til dette knyttes til metodiske svakheter i studien. Og en av svakhetene som poengteres er at ansatte som jobbet med eldre i kontrollgruppen allerede hadde inne tankesettet hverdagsmestring og ubevisst tenker forebyggende i tjenesten til alle de andre brukerne (Lewin et al., 2013).

I USA går utviklingen av restorative care senere sammenliknet med Storbritannia og Australia. Årsaken til dette er antakeligvis oppbyggingen av helsesystemet i USA. Mye av tjenestene ytes gjennom private aktører og er finansiert gjennom forsikringsselskaper og privatpersoner. Studier fra USA tar utgangspunkt i nonprofitleverandører. Her satser de på å øke kompetanse hos ansatte som allerede jobber i hjemmetjenesten. Tverrfaglig samarbeid beskrives, men målet er likevel at hjemmetjenesten og sykepleierne skal få verktøyet de trenger for å forebygge og fremme funksjon (Tuntland & Ness, 2014).

3.3 Organisasjon

Ifølge organisasjonsteorier henger organisasjonsform og ledelsesfunksjoner tett sammen. Torodd Strand deler organisasjoner opp i ulike former: Gruppeorganisasjon, entreprenørorganisasjon, byråkrati, ekspertorganisasjon og nettverksorganisasjon. Grunnlaget for oppdelingen ligger i hvordan organisasjonen er styrt av regler og prosedyrer. I tillegg ser man om organisasjonen er mest orientert innad eller utad mot omverdenen.

<p>GRUPPEORGANISASJON</p> <ul style="list-style-type: none"> • Skape og vedlikeholde relasjoner • Samstemmighet • Identitet og motiver <p>→ «Hvem er vi, hvordan, hvorfor?»</p>	<p>ENTREPRENØRORGANISASJON</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vurdere trusler og muligheter • Velge arbeidsfelt • Resultatskaping • Rettferdiggjøring <p>→ «Hvordan overlever vi, hva oppnår vi?»</p>
<p>BYRÅKRATI</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kjenne og håndheve regler • Tilpasse regler og systemer • Unngå feil og forstyrrelser <p>→ «Arbeider vi systematisk og riktig?»</p>	<p>EKSPERTORGANISASJON</p> <ul style="list-style-type: none"> • Etablere mål for prestasjoner og standard for atferd • Sørge for problemløsning og resultater for klient/kunde <p>→ «Greier vi å levere løsningene?»</p>
<p>NETTVERK</p> <ul style="list-style-type: none"> • Knytte sammen bidragsyttere til gjensidig nytte • Optimalisere den enkeltes muligheter til å utnytte sine fortrinn • Analysere delenes bidrag i verdikjeden <p>→ «Er vi sammensatt på en slik måte at vi enkeltvis og til sammen får fortrinn?»</p>	

Figur 3: Ulike organisasjonstyper (Strand, 2007, p. 261)

En gruppeorganisasjon er for eksempel en prosjektgruppe, ledergruppe eller sportslag. Vi kjenner igjen gruppeorganisasjonen på at det ofte er få medlemmer, lavt hierarki, de er uforutsigbare og innehar liten grad av formalisering. Vi ser dem alene, men kan også forekomme i større organisasjoner. Entreprenørorganisasjonen har en uformell og ukonvensjonell ledelse. Eksempler på denne typen organisasjoner er investeringsselskaper og reklamebyråer. Organisasjonstypen forholder seg i høy grad til omverdenen og må stadig vurdere trusler og muligheter. Den har en sterk ledelse, men liten grad av formalisering. Der det er høy grad av formalisering og mest orientering innad finner vi byråkrati. Organisasjonen preges av hierarki og autoritær ledelse. Det er mye skriftlige rutiner som styrer arbeidsprosessene. Man ser kjennetegn fra byråkrati i de fleste organisasjoner, men i ulik grad. Eksempler på byråkratier kan være bank og forsikringsselskap. Ekspertorganisasjonen

kjennetegnes av sterk tro på fag og kompetanse. Ledelse i denne typen organisasjon kan være spesielt vanskelig hvis ikke ledelsen bygger på faglig kunnskap. Medlemmene i organisasjonen har mye makt. Det er fokus på produktivitet. Sykehus, universiteter og advokatfirmaer er eksempler på ekspertorganisasjon. Til slutt presenterer Torodd Strand nettverksorganisasjonen. En organisasjon sammensatt av ulike aktører som ser at det kan være nyttig med et samarbeid. Organisasjonen er løst koblet og nettverket ser at de er sterke dersom de står sammen, men må da være villige til å gi fra seg autonomi (Strand, 2007).

På bakgrunn av dette kan man se at kommunehelsetjenesten vil ha likhetstrekk med flere forskjellige organisasjonstyper. For det første ser man en relativt høy grad av formalisering i kommunen. Medlemmene må forholde seg til mange skriftlige regler og rutiner. Det har vært tradisjon på lavt hierarki, men utviklingen går mot flere ledernivåer. Kompetansen i kommunen er å anse som lav i sammenlikning med for eksempel spesialisthelsetjenesten. Medlemmene innehar mer bred kompetanse, enn spesialiserte kunnskaper. Men samtidig ser man at det er mange fagsterke miljøer. Særlig etter Samhandlingsreformen får kommunen mer kompliserte og kompetansekrevede oppgaver. Kommunen har derfor opprettet spesialiserte avdelinger og økt fokuset på kompetanseheving. Man kan derfor se at kommunehelsetjenesten har mange av kjennetegnene til en ekspertorganisasjon. Kommunehelsetjenesten har også likhetstegn med en gruppeorganisasjon, spesielt etter hverdagsrehabilitering ble satt i gang. Tverrfaglige team må samarbeide for å løse oppgavene kommunen står ovenfor.

Primærhelsetjenesten er en svært kompleks organisasjon. Med pasienter som har sammensatte sykdomsbilder kreves det høy grad av samarbeid og koordinering for at pasienten skal få den hjelpen som er nødvendig. Integrated healthcare et begrep som har vokst frem de siste årene.

“Integration is at the heart of systems theory and, therefore, central to organisational design and performance. All organisations (and systems) are, to some extent, hierarchical structures that are comprised of separate, but interconnected components; these components are supposed to play complementary roles in order to accomplish their joint tasks” (Kodner & Spreeuwenberg, 2002) side 2

Integrert omsorg handler om å koordinere og samarbeide på et organisatorisk, administrerende og faglig nivå. Målet er å øke kvalitet i tjenesten og bli mer kostnadseffektive. Kodner og Spreeuwenberg skisserer flere mulige fallgruver på veien mot integrerte tjenester. Finansiering må være på plass, og man må forstå at reformer krever mer i

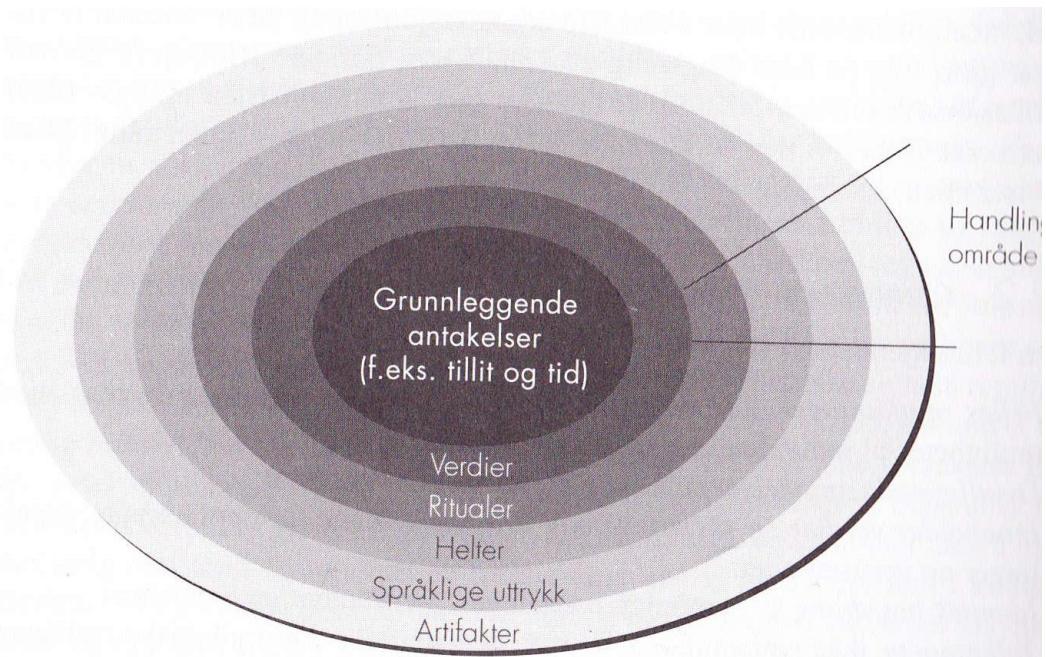
starten, selv om målet er økt kostnadseffektivitet på sikt. Strømlinjeformet administrasjon som har tydelig ansvarsfordeling og organisasjoner som har fokus på nettverkssamarbeid og sømløse tjenester kan lettere oppnå målet. Men det handler også om menneskene som skal yte tjenestene. Tilstrekkelig kompetanse, relasjon med brukeren og pårørende samt evnen til å samarbeide på tvers av yrkesgrupper er viktige faktorer. De ulike delene av tjenestene bør snakke det samme språket og også ha lik forståelse av hva som er målet (Kodner & Spreuwenberg, 2002).

3.4 Kultur

Siden 80-tallet har man forstått at en vellykket organisasjon er mer enn teknologi og økonomi. Spesielt i tjenesteytende organisasjoner er relasjoner og kommunikasjon mellom mennesker vesentlig for lyktes. Torodd Strand beskriver organisasjonskultur som:

«(...) det store fellesskapet, at det er en felles ramme for forståelse og verdsetting blant organisasjonens medlemmer og et uttrykk for hva organisasjonen står for, dens identitet og misjon» (Strand, 2007, p. 182)

Torodd Strand benytter Geert Hofstede`s fremstilling av kultur. Han beskriver det som en lagvis sammenheng der den indre kjernen inneholder de grunnleggende antakelsene, som for eksempel tillit og tilhørighet. Den indre kjernen er stabil og vanskelig å endre. Videre utover i modellen kommer verdier, ritualer, helter, språklige uttrykk og til slutt artifakter. Desto lengre bort fra kjernen vi kommer, jo enklere kan elementene forandres (Strand, 2007).



Figur 4: Hofstedes fremstilling av kultur (Strand, 2007, p. 186)

Kultur er som nevnt en del av de uformelle elementene ved en organisasjon. Disse elementene skiller seg fra de formelle elementene. Formelle elementer handler om struktur, strategier og systemer. For å endre en organisasjonskultur må man regne med en tidkrevende prosess. I endringsprosesser må endringsagenten være klar over at kultur ikke nødvendigvis endres av å forandre formelle elementer. Kultur ligger dypere og Jacobsen påpeker at kultur er en læringsprosess der man først og fremst må kartlegge hvilken kultur som råder i organisasjonen. Med særlig vekt på verdier og normer. Deretter må man se på hvordan kultur kommer til uttrykk gjennom menneskers atferd og fysiske forhold. Neste steg blir å definere hvordan ny kultur skal se ut og til slutt må dette formidles og gis et innhold som kan bety noe for medlemmene. Organisasjoner med sterke kulturer kan oppleve endring som et angrep og da gjøre motstand i prosessen (Jacobsen, 2004).

4.0 Metode

I dette kapitlet vil jeg presentere valget av undersøkelsesdesign og metode. Med denne oppgaven ønsker jeg å finne ut hvordan ansatte i Kristiansand kommune opplever at hverdagsrehabilitering er organisert og om ledelsen har den samme oppfatningen.

4.1 Undersøkelsesdesign

Jeg har valgt å utføre en casestudie. En slik studie vil si at forskeren ser nærmere på en bestemt enhet. En enhet kan ha forskjellige nivåer og mitt tilfelle er undersøkelsesenheten Kristiansand kommune. Casestudien kunne også vært på lavere nivå som for eksempel en enkelt hjemmesykepleiesone. Casestudier på enkeltmennesker blir sjeldent utført og dersom nivået på undersøkelsesenheten blir for høyt vil det bli vanskelig å håndtere.

Problemstillingen er beskrivende og undersøkelsen er en tverrsnittstudie. Jeg vil se et øyeblikksbilde av hvor hjemmetjenesten befinner seg med tanke på rehabilitering våren 2015 (Jacobsen, 2005).

I januar 2015 hadde fire av elleve soner startet opp med tjenesten hverdagsrehabilitering. Siden problemstillingen min omhandler organiseringen av hverdagsrehabilitering var det kun aktuelt å undersøke disse fire sonene. Jeg har valgt å bruke både kvalitativ og kvantitativ tilnærming for å få et mer nyansert bilde av problemstillingen.

4.2 Kvantitativ metode

Dette metodevalget passer best når man ønsker å spørre mange respondenter. Ulempen med denne metoden er at det kan gi en overfladisk vinkling på problemstillingen. Metoden kritiseres også for at undersøkeren selv kan velge ut hva som anses som relevant, og også at man kan styre spørsmålene i en retning for å få det svaret man forventer eller ønsker. Det forutsetter mer forarbeid der man er mindre fleksibel og må følge en bestemt prosess. Har man sendt ut undersøkelsen er det vanskelig å få svar på spørsmål som dukker opp i etterkant.

Det er derfor viktig at spørsmålene som brukes i undersøkelsen er godt forberedt og at man tar hensyn til at respondenter har forskjellig oppfatning av begreper og formuleringer (Jacobsen, 2005).

Utvalget avgrenset jeg til ansatte som jobbet i hjemmesykepleien, og ikke ansatte som kun jobbet med hjemmehjelp. Som kjent ellers i helsevesenet er sonene avhengige av ansatte som kun jobber helg eller som er tilkallingsvikarer. Jeg bestemte derfor at ansatte som skulle inkluderes måtte ha 40 % stillingsbrøk eller mer. Ansatte som har mindre stillinger har ikke blitt prioritert i kurs- og opplæringsfasen, og de tar ofte mindre del i behandlingsprosesser. Tidsaspektet var også avgjørende da svartiden på undersøkelsen måtte ha vært minimum 3 uker for å inkludere alle helgestillingene.

I studien vil jeg se på bakgrunnsvariabler som arbeidssted, yrkesgruppe, alder og stillingsprosent. Det vil være interessant å se om de har betydning for hvordan ansatte opplever hverdagsrehabilitering.

Jeg har valgt å levere ut spørreskjemaene fysisk til de ansatte og deretter registrere dataene i programmet SPSS når de var innhentet. I en hektisk hverdag der pleiepersonalet har mye å gjøre, kan dette bidra til å øke svarprosenten. Dersom jeg hadde valgt å bruke for eksempel surveyexact for å få svar på undersøkelsen, kunne jeg ha benyttet en funksjon som gjør at man ikke kan avslutte undersøkelsen før man har avgitt svar på alle spørsmål. Jeg har veid mulighetene opp mot hverandre og kommet frem til at det er viktigere å unngå frafall i respondenter enn frafall på spørsmål (Jacobsen, 2005).

4.2.1 Care Process Self Evaluation Tool

Å velge ut spørsmål til en slik undersøkelse er utfordrende. Som nevnt over er det viktig at spørsmålene som er utvalgt er hensiktsmessige, siden forsker ikke har mulighet til å gå tilbake til respondentene senere dersom noe er uklart.

For å finne spørsmål til undersøkelsen undersøkte jeg med Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten for å sjekke om det allerede eksisterte et spørreskjema som kunne brukes, noe det ikke gjorde. I tillegg tok jeg kontakt med sentrale kontaktpersoner innen hverdagsrehabilitering i flere kommune uten at det gav resultater. Jeg endte til slutt med å ta utgangspunkt i Care Process Self Evaluation Tool (CPSET). Dette er et verktøy som brukes

for å vurdere hvordan behandlingsprosesser i spesialisthelsetjenesten er organisert. CPSET ble utviklet i Belgia/Nederland som et verktøy i arbeidet med behandlingslinjer i 2007. Formålet med CPSET er å se nærmere på organiseringen av prosessene. Fordelen med det er at det er utviklet slik at det passer ulike kliniske områder, og ikke bare et bestemt. Undersøkelsen er laget slik at den passer tverrfaglige arbeidsområder. Spørreundersøkelsen er delt opp i fem subskalaer: Organisasjonens pasientfokus, koordinering av behandlings-/pleie prosessen, kommunikasjon med pasient og pårørende, samarbeid med primærhelsetjenesten og oppfølging av behandlings/pleie prosessen. Man svarer på en skala fra 1 til 10, der 1 er helt uenig og 10 er helt enig (Vanhaecht et al., 2007). I datasamlingen ble det i noen tilfeller få svar i hver kategori. Skalaen er derfor rekodet til fem svarkategorier.

Som resultat av pre-testing ble undersøkelsen tilpasset min problemstilling. Subskalen som tar for seg samarbeid med primærhelsetjenesten endret jeg til samarbeid mellom hjemmesykepleien og hverdagsrehabiliteringsteamet. Jeg tilførte også en ny subskala som jeg kalte medarbeidertilfredshet.

4.3 Kvalitativ metode

Ved å benytte seg av kvalitativ metode henter vi inn data i form av ord. Ved å bruke denne metoden kan forskeren få en dypere forståelse av et fenomen. Eksempler på ulike kvalitative metoder er individuelle intervju, gruppeintervju og observasjon. Forskeren får nyanserte svar og det er mindre rom for misforståelser. Det krever mindre forarbeid i den betydning at forsker enklere kan endre undersøkelsesprosessen underveis. Det er også mulig å vende tilbake til informanten i etterkant dersom noe var uklart. Men denne metoden er samtidig ressurskrevende. Det betyr at forskeren ikke kan klare å undersøke for mange enheter. Dette kan føre til at datasamlingen får mindre ekstern gyldighet og mulighet til å generalisere reduseres (Jacobsen, 2005).

I dette studiet har jeg valgt å foreta et gruppeintervju i etterkant av spørreundersøkelsen. Formålet med dette var at jeg ønsket å få feedback og forklaring på noen av funnene i spørreundersøkelsen. Utvalget er soneledere fra de fire undersøkte sonene. Utvalget består av kvinner og menn i alderen 48 til 58 år. Alle har bakgrunn som sykepleier og vært leder mellom 6 måneder til 27 år. Intervjuet foregikk på et nøytralt møterom og varigheten var 45 minutter. Lederne ble vist resultater fra undersøkelsen og subskalaene ble benyttet som

temaer til diskusjon. Lederne kjenner hverandre godt fra før og alle fikk anledning til å komme med synspunkt og erfaringer. Diskusjonen ble tatt opp ved hjelp av båndopptaker, for deretter renskrevet og kategorisert i temaer.

4.4 Reliabilitet og validitet

Når det gjelder validiteten i undersøkelsen må vi spør oss om vi får svar på det vi faktisk lurer på (intern gyldighet) og om vi kan overføre funnene til andre sammenhenger (ekstern gyldighet). Reliabilitet dreier seg om pålitelighet, kan vi stole på funnene våre? Begge begrepene henger tett sammen. Et verktøy må være reliabelt for å kunne være validert, men det trenger ikke være motsatt (Jacobsen, 2005).

Da CPSET ble utviklet i 2007 ble Cronbachs alfa⁴ gjennomført for å kvalitetssikre validitet og reliabilitet. Testen som ble gjennomførte i 2007 viste at undersøkelsen var både reliabel og valid. Det ble i 2013 gjennomført en ny Cronbach alfa for å evaluere verktøyet. Resultatet fra denne viste at alfaverdien i 2013 faktisk var noe høyere enn i 2007, og at den dermed fremdeles var reliabel (Seys et al., 2013).

Opprinnelig ble verktøyet utviklet for å brukes i spesialisthelsetjenesten. Jeg skal bruke skjemaet i primærhelsetjenesten og derfor i en annen kontekst. Da verktøyet ble evaluert i 2013 ble det også testet ut i primærhelsetjenesten. På grunnlag av endring i spørreskjemaet kan jeg ikke lenger si at undersøkelsen er reliabel og valid ut fra samme grunnlag som CPSET.

Svarprosent til slutt ble 67, anses som rimelig høy i denne typen undersøkelse. Tiden for undersøkelsen passet noe dårlig da den kom samtidig som kommunen gjennomførte medarbeiderundersøkelse. I tillegg opplyses det om at noe frafall i undersøkelsen var på grunn av sykdom, samt ferie/fridager siden undersøkelsen ble utført så tett opp til påske. Jeg vil likevel si at svarprosenten er god nok til å gi intern reliabilitet. Jeg pre-testet undersøkelsen to ganger i en sone hos noen få ansatte for å sjekke om skjemaet kunne misforstås. I

⁴ Cronbachs alpha er et verktøy som kan brukes for å måle reliabiliteten til en undersøkelse. Alpha måler konsekventheten i undersøkelsen på en skala fra 0 til 1, der 0 er svært lite konsekvent og 1 er fullt samsvar. Man sier at verdier mellom 0,7 til 0,95 er akseptable verdier i en slik test. En måte å finne alfaverdien er test-retest. Da sender man ut spørreskjemaet to ganger for å sjekke om svarene samsvarer i begge undersøkelsene (Mohsen & Reg, 2011).

undersøkelsen er det et spørsmål som synes å være vanskelig for respondentene å forstå. På spørsmålet om forløpet i rehabiliteringsprosessen har 7,7 % av respondentene har unnlat å svare. Dette spørsmålet må på bakgrunn av dette tolkes med forsiktighet.

Siden svarene fra spørreskjemaet ble lagt inn manuelt, var faren for å taste inn feil verdier stor. Jeg la derfor inn verdiene i spørreskjemaet to ganger uavhengig av hverandre, for deretter å sammenlikne dem.

Fordi jeg har hentet inn både kvalitative data og kvantitative funn har jeg økt troverdigheten ved drøfting. Informantene ga uttrykk for at svarene som kom frem i spørreundersøkelsen stemte med hvordan de opplever hverdagen, noe som også styrker påliteligheten i studien. Hensikten med den kvantitative undersøkelsen er ikke å generalisere funnene. Jeg kan kun si noe om sonene som er med i undersøkelsen. Her er det først og fremst variasjoner mellom ulike soner/enheter som kan anvendes til videre faglig utvikling i hverdagsrehabilitering som igjen muligens kan ha overføringsverdi til andre kommuners hjemmetjenester.

4.5 Om å forske på egen institusjon

Det er både fordeler og ulemper ved å undersøke egen organisasjon. Når man jobber i en organisasjon så blir man ofte engasjert og interessert i saker som rører seg. Dette kan både være positivt og negativt. Positivt fordi det kan gi forskeren mer drivkraft og motivasjon til å komme i gjennom opplegget. Men det kan også være en ulempe ved at man dreier resultatene i ønsket retning. Når man undersøker egen organisasjon så vil man kjenne den godt avhengig av hvor lenge man har vært tilknyttet den. Ved å kjenne organisasjonen avdekkes det hva som er aktuelt å undersøke nærmere. Forskeren vil kjenne til kultur og historie. En annen fordel kan være at forskeren bruker mindre tid og energi på å finne frem i informasjon, hvis man på forhånd vet hvor man skal lete. Det kan være ulemper ved å forske på egen organisasjon. Nærhet til situasjonen kan føre til at egne meninger påvirker resultatet av undersøkelsen. Man kan også komme i situasjoner der funn fra datainnsamling er negative for organisasjonen og dermed bli ubehagelige å skrive om (Nielsen & Repstad, 2004). Dette er viktige momenter man må ha med seg når man skal skrive om egen organisasjon. I min situasjon har jeg vært permisjon året da hverdagsrehabilitering ble innført. I tillegg er sonen jeg leder en av de

utvalgte som har begynt med tjenesten. Derfor har jeg mindre erfaring fra prosessene og mye av kunnskapen om hverdagsrehabilitering har jeg fått gjennom denne avhandlingen.

5.0 Empiri

Videre vil jeg presentere funnene fra undersøkelsene. I første del presenterer spørreundersøkelsen. I presentasjonen av spørreundersøkelsen legger jeg først frem frekvensfordelingen i bakgrunnsvariablene. Jeg viser funnene fordelt i tilhørende subskala. Jeg har valgt å se på svarene fra alle sonene under ett. Undersøkelsen er lagt inn og bearbeidet ved hjelp av SPSS. Jeg har også utført ANOVA-analyse. Dette er en metode som ser på om det finnes signifikante forskjeller mellom bakgrunnsvariablene. Deretter beskriver jeg hva som kom frem under gruppeintervjuet. Informasjonen som kom frem her er sortert etter tema.

5.1 Spørreundersøkelse

5.1.1 Bakgrunnsvariabler

Responser på undersøkelsen var av ulik grad i de forskjellige sonene. Svarprosenten fra hver enkelt sone representerer ikke sonens størrelse, men prosentvis fordeling av det totale antallet i utvalget.

Tabell 1: Hvor jobber du?

	n=	%
Valid		
Kuholmen sone	22	34,9
Posebyen sone	15	23,8
Kongens sone	11	17,5
St. Olavsvei sone	15	23,8
Total	63	100,0
Missing		
System	2	
Total	65	

Hvis vi ser videre på fordelingen mellom de ulike yrkesgruppene, er det hovedsakelig sykepleiere og fagarbeidere som er ansatt i hjemmesykepleien. Fordelingen mellom de ulike yrkesgruppene synes å være representativt i utvalget. Det er ansatt flere assistenter prosentvis enn det som kommer til syne i denne spørreundersøkelsen og i poulasjonen, men de er stort

sett ansatt i stillinger som har brøkdeler mindre enn 40 %. Ansatte med lavere stillingsprosent enn 40, ble ekskludert fra studien.

Tabell 2: Hvilken yrkesgruppe tilhører du?

	Populasjon	Utvalg		n=
Sykepleier	37,5 %	33,9 %		21
Fagarbeider	49,8 %	54,8 %		34
Assistent/pleiemedarbeider	6,9 %	8,1 %		5
Annet	5,8 %	3,2 %		2
			Total	62
			Missing	3
			Total	65

Det er en relativt jevn fordeling av aldersgruppen som deltok i studien. Men vi ser at det er noen flere i alderen 40-59 år. Forskjellene mellom utvalget og populasjonen er små, med unntak av spørreundersøkelsen har noe større oppslutning hos respondenter som er over 50 år.

Tabell 3: Hva er din alder?

	Populasjon	Utvalg		n=
20-29	16,1 %	13,3 %		8
30-39	24,3 %	18,3 %		11
40-49	24,8 %	21,7 %		13
50-59	24,3 %	31,7 %		19
>60	10,5 %	15 %		9
			Total	60
			Missing n	5
			Total	65

Det er noe mer forskjell mellom populasjon og utvalg når det kommer til stillingsstørrelse, enn i de andre bakgrunnsvariablene.

Tabell 4: Hvor stor er din stillingsprosent?

	Populasjon	Utvalg		n=
Mindre enn 50	16,1 %	11,7 %		7
51-75	33,9 %	42 %		11
76-100	50 %	60 %		42
			Total	60
			Missing	5
			Total	65

En av årsakene til dette er at de med større stillingsprosent oftere er på jobb, og ble mer eksponert for undersøkelsen. De har gjerne mer ansvarsfølelse og forpliktelse til arbeidet sitt, og vil da med større sannsynlighet svare på undersøkelsen.

Det vil kunne være ulikheter i fordelingen av bakgrunnsvariablene innenfor de forskjellige sonene. Og vi kan kun generalisere til hjemmesykepleien i Kristiansand kommune. Samtidig må vi også ha i tankene at tidsaspektet har betydning (Jacobsen, 2005). Men på bakgrunn av dette vil jeg si at utvalget er representativt for populasjonen.

5.1.2 Brukerfokusert organisering

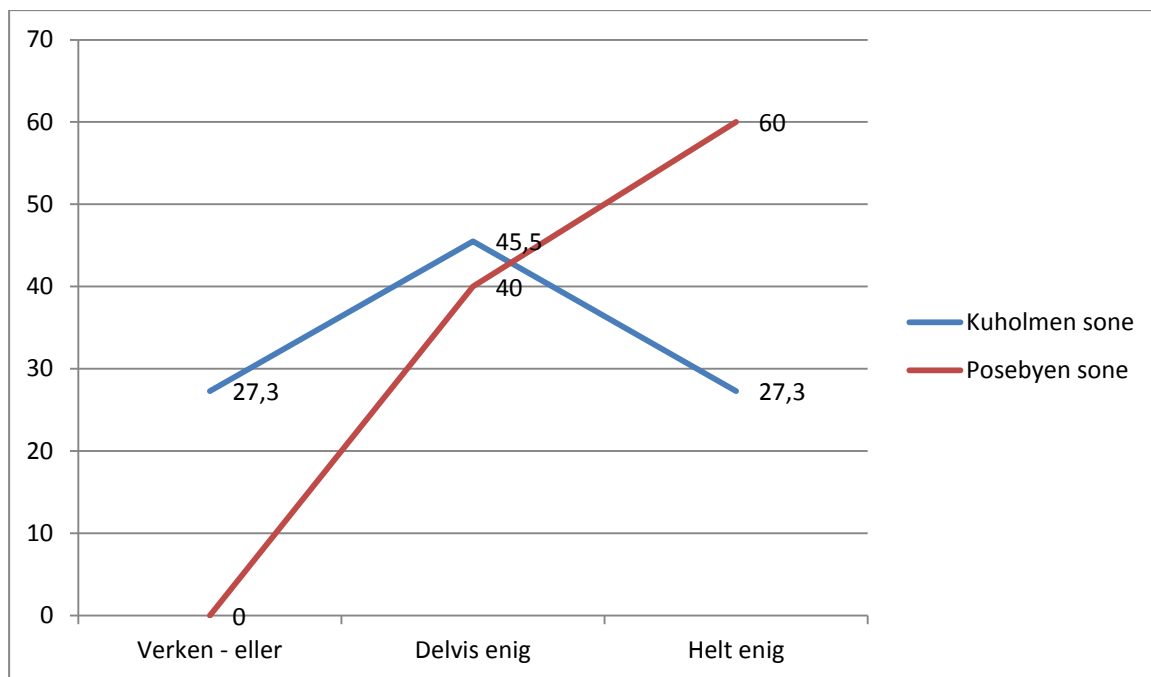
Tabell 5: Subskala 1. Viser prosentvis fordeling⁵

	Svært uenig	Delvis uenig	Verken - eller	Delvis enig	Helt enig	Missing n=
Det er fokus på brukeren på min arbeidsplass	0	0	4,6	36,9	58,5	0
Kvaliteten på rehabilitering er prioritert på min arbeidsplass	0	0	15,4	41,5	43,1	0
Kommunikasjon med bruker anses som viktig på min arbeidsplass	0	0	6,3	35,9	57,8	1
Organisasjonsstrukturen er brukerfokusert	0	3,1	6,3	46,9	43,8	1
Hverdagsrehabiliteringsteamet har fokus på brukeren	0	0	0	21,5	78,5	0
Der er en klar oppfatning om prinsippene for hverdagsrehabilitering gjennom hele organisasjonen	1,6	1,6	9,4	40,6	46,9	1
På min arbeidsplass jobber man for at brukeren selv skal mestre aktiviteter fremfor at hjemmesykepleien gir passiv hjelp	0	1,6	14,3	41,3	42,9	2

I første subskala blir respondentene spurt om organiseringen er brukerfokusert. Her er respondentene stort sett helt enig eller delvis enig. Det er noe spredning i svarene, likevel er hovedtyngden av respondentene enig i utsagnene. Spesielt i forhold til om hverdagsrehabiliteringsteamet har fokus på brukeren er absolutt alle som svarer enige, og sterkt flertall er helt enig. Hvis vi derimot ser på om arbeidsplassen har fokus på brukeren, er det en svakere enighet.

Man finner signifikante forskjeller dersom man ser på hvor respondenter jobber og om kvalitet på rehabiliteringen på arbeidsplassen er prioritert.

⁵ Ved å utføre ANOVA finner man signifikante forskjeller når man ser på aldersgruppe og prinsipper for hverdagsrehabilitering, men det blir for få case i hver svarkategori til å kunne analyseres.



Figur 5: Kvaliteten på rehabilitering er prioritert på min arbeidsplass. Viser prosentvis fordeling innenfor arbeidsplass.

I figur 5 viser data betydelig forskjeller mellom hva medarbeiderne i Kuholmen svarer versus medarbeiderne i Posebyen sone. I Posebyen sone er et stort flertall helt enig i at kvalitet i rehabilitering er prioritert. Kuholmen sone har jobbet med prosjektet i en kortere periode enn hva Posebyen sone har. Det kan derfor tenkes at Posebyen har hatt muligheten til å se flere positive effekter, og derfor prioritert rehabilitering i større grad på arbeidsplassen.

5.1.3 Koordinering av hverdagsrehabilitering

Tabell 6: Subskala 2. Viser prosentvis fordeling⁶

	Svært uenig	Delvis uenig	Verken - eller	Delvis enig	Helt enig	Missing n=
Det gjøres konkrete avtaler mellom hjemmesykepleien og hverdagsrehabiliteringsteamet	0	0	3,1	18,5	78,5	0
Ansatte i hjemmesykepleien kjenner de ulike trinnene i hverdagsrehabilitering	0	0	12,3	40,0	47,7	0
Ansatte i hjemmesykepleien oppfatter seg selv som engasjerte i organiseringen av hverdagsrehabilitering	0	0	15,6	34,4	50,0	1

Når man skal jobbe i tverrfaglige team sammen med mange andre medarbeidere, blir koordinering av arbeidet svært viktig. I subskala om koordinering av hverdagsrehabilitering er ingen respondenter uenig i utsagnene. Men det er flere som er nøytrale når det gjelder kompetanse i forhold til rehabiliteringsprosessen og engasjement. Spesielt når det gjelder engasjement er en relativt høy andel hverken enig eller uenig.

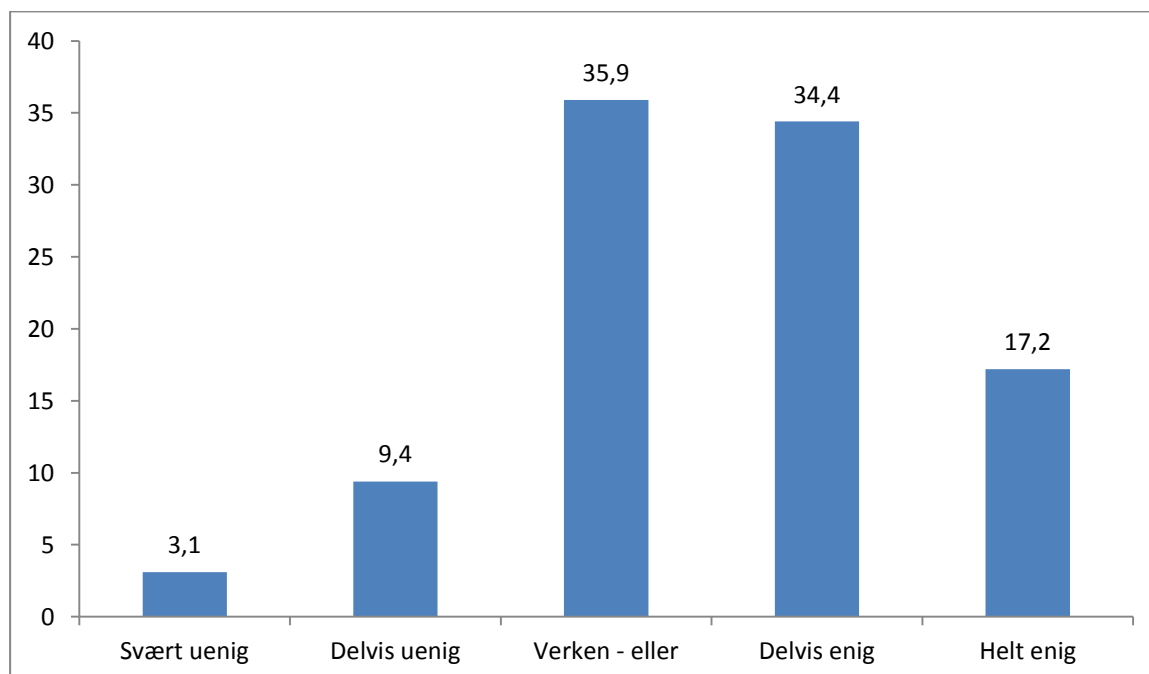
⁶ ANOVA finner ingen signifikante forskjeller hos respondentene basert på bakgrunnsvariablene

5.1.4 Kommunikasjon med bruker og pårørende

Tabell 7: Subskala 3. Viser prosentvis fordeling⁷

	Svært uenig	Delvis uenig	Verken - eller	Delvis enig	Helt enig	Missing n=
Det er tilstrekkelig tid til å lytte/formidle informasjon til brukeren og pårørende i rehabiliteringsprosessen	0	7,8	31,3	42,2	18,8	1
Hjemmesykepleien har god dialog med bruker og pårørende	0	1,5	16,9	46,2	35,4	0
Det er tilstrekkelig tid til å motivere bruker i rehabiliteringsprosessen	3,1	9,4	35,9	34,4	17,2	1

I subskala 3 er det større usikkerhet i svarene på alle tre spørsmålene. Ansatte synes å være mer kritiske til seg og relasjonen de har til bruker og pårørende. Figur 6 viser fordelingen når det gjelder å ha tilstrekkelig tid til å motivere bruker.



Figur 6: Det er tilstrekkelig tid til å motivere bruker i rehabiliteringsprosessen

⁷ ANOVA finner ingen signifikante forskjeller hos respondentene basert på bakgrunnsvariablene

Flertallet totalt er enig, men mer enn en tredjedel av respondentene svarer midt på skalaen. Hverdagsrehabilitering er fremdeles en forholdsvis ny tjeneste, og man kan spørre seg om det har i disse tilfellene blitt satt av nok tid til den enkelte bruker.

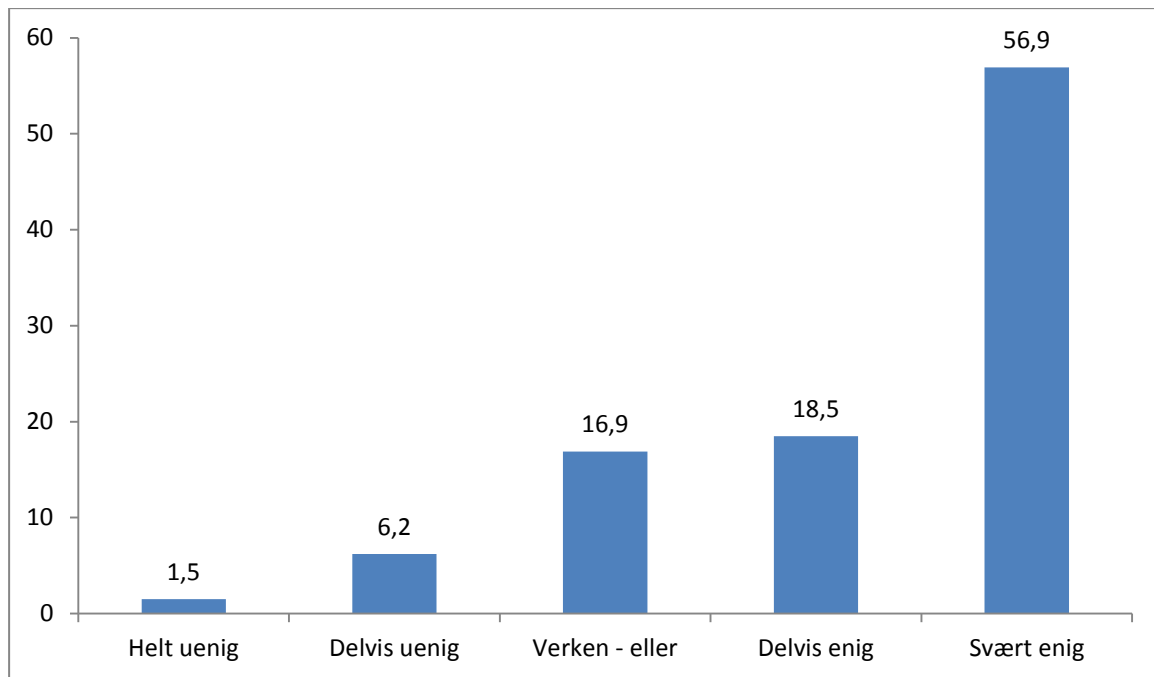
5.1.5 Samarbeid

Tabell 8: Subskala 4. Viser prosentvis fordeling⁸

	Svært uenig	Delvis uenig	Verken - eller	Delvis enig	Helt enig	Missing n=
Hjemmesykepleien er en likeverdig partner til hverdagsrehabiliteringsteamet	1,5	6,2	16,9	18,5	56,9	0
Det er et godt samarbeid mellom hjemmesykepleien og hverdagsrehabiliteringsteamet	0	0	9,2	23,1	67,7	0
Alle som jobber rundt brukeren har felles mål og verdier	0	1,5	16,9	21,5	60,0	0
Det er tilstrekkelig tid til informasjonsutveksling mellom hjemmesykepleien og hverdagsrehabiliteringsteamet	0	0	18,5	26,2	55,4	0
Det er respekt for hverandres kompetanse og kunnskap i det tverrfaglige samarbeidet mellom hjemmesykepleien og hverdagsrehabiliteringsteamet	0	1,5	3,1	20,0	75,4	0

Vedrørende samarbeid mellom hjemmesykepleien og hverdagsrehabiliteringsteamet er de for det mest enige i de forskjellige utsagnene. Men det knyttes noe usikkerhet til noen av spørsmålene. Det kan synes som det tverrfaglige samarbeidet er noe utfordrende for personalet i hjemmesykepleien. Dette kommer til uttrykk ved at flere respondenter svarer midt på skalaen. Et av spørsmålene som bemerker seg er om ansatte i hjemmesykepleien opplever at de er en likeverdig partner til hverdagsrehabiliteringsteamet. Dette fremstilles i figur 7. Her er flertallet enig i at de er likeverdig til teamet, men 16,9 % er hverken enig eller uenig, og 7,7 er uenig.

⁸ ANOVA finner ingen signifikante forskjeller hos respondentene basert på bakgrunnsvariablene



Figur 7: Hjemmesykepleien er en likeverdig partner til hverdagsrehabiliteringsteamet

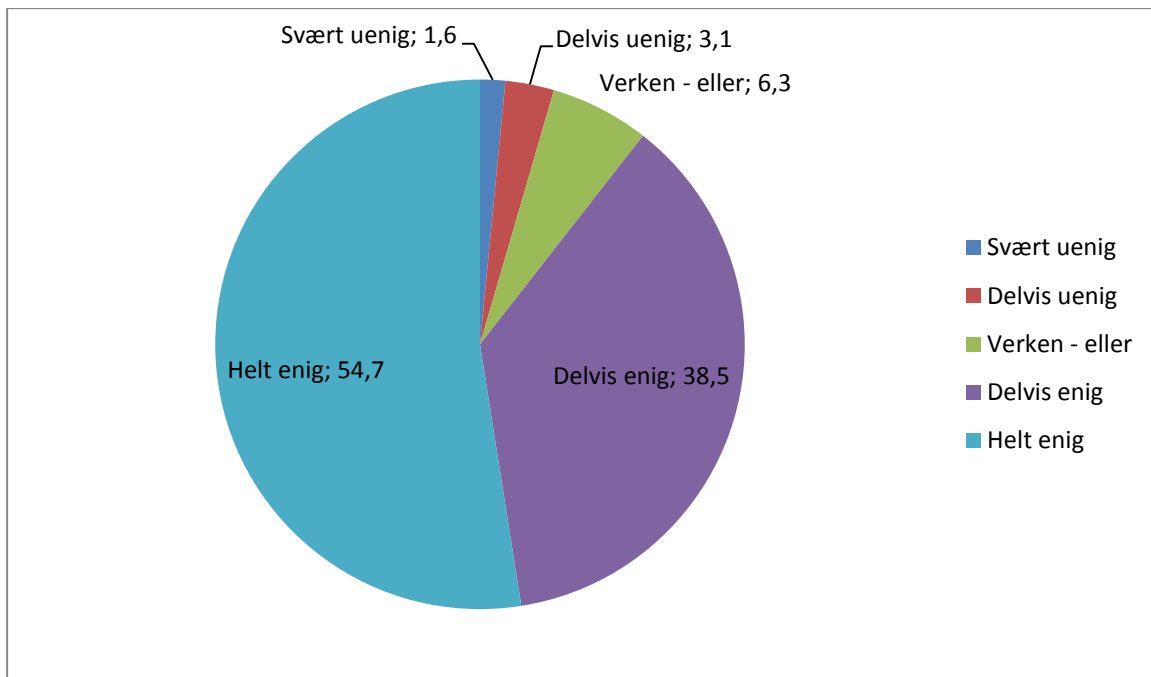
5.1.6 Overvåkning og oppfølging av hverdagsrehabilitering

Tabell 9 Subskala 5. Viser prosentvis fordeling⁹

	Svært uenig	Delvis uenig	Verken - eller	Delvis enig	Helt enig	Missing n=
Forløpet i rehabiliteringsprosessen overvåkes/følges opp og justeres fortløpende	0	5,0	10,0	36,7	48,3	5
Hjemmesykepleien er delaktig i evaluering/justering av mål	3,1	7,7	13,8	38,5	36,9	0
Hjemmesykepleien er delaktig i evaluering/justering av tiltak	1,5	6,2	15,4	35,4	41,5	0
Hjemmesykepleien er delaktig i evaluering av resultater	4,6	9,2	16,9	35,4	33,8	0
Målene med rehabiliteringsprosessen er tydelig beskrevet	0	1,5	9,2	38,5	50,8	0
Tiltakene hjemmesykepleien skal utføre, er tydelig beskrevet	1,6	3,1	6,3	34,4	54,7	1
Det dokumenteres hvorvidt planlagte tiltak i rehabiliteringsprosessen faktisk gjennomføres	0	3,2	12,7	52,4	31,7	2
Variasjoner (avvik) i rehabiliteringsprosessen rettes opp	0	4,7	20,3	35,9	39,1	1
Hjemmesykepleien har tilstrekkelig tid til å gjennomføre tiltakene som er planlagt	6,2	12,3	32,3	35,4	13,8	0

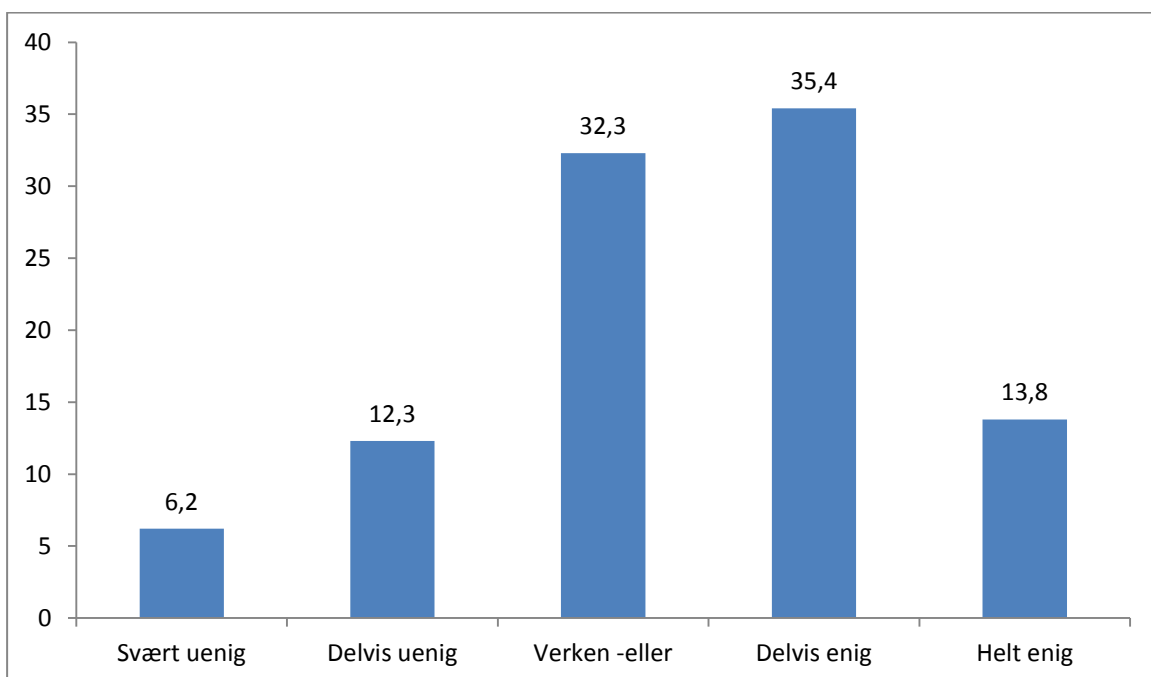
Overvåkning og oppfølging av hverdagsrehabilitering er et tema i undersøkelsen med klar uenighet hos respondentene. Her kan det virke som om det er stor usikkerhet hos respondentene på hvem som skal være delaktig i oppfølgingen og hvordan rehabiliteringsprosessen følges opp.

⁹ ANOVA finner ingen signifikante forskjeller hos respondentene basert på bakgrunnsvariablene



Figur 8: Tiltakene hjemmesykepleien skal utføre, er tydelig beskrevet

Avklarte ansvarsområder er viktig for å få til integrert omsorg i helsetjenestene. Over halvparten er helt enig i at tiltakene som lages er tydelig beskrevet. Dette tyder på at organiseringen og det tverrfaglige arbeidet fungerer godt på dette området.



Figur 9: Hjemmesykepleien har tilstrekkelig tid til å gjennomføre tiltakene som er planlagt

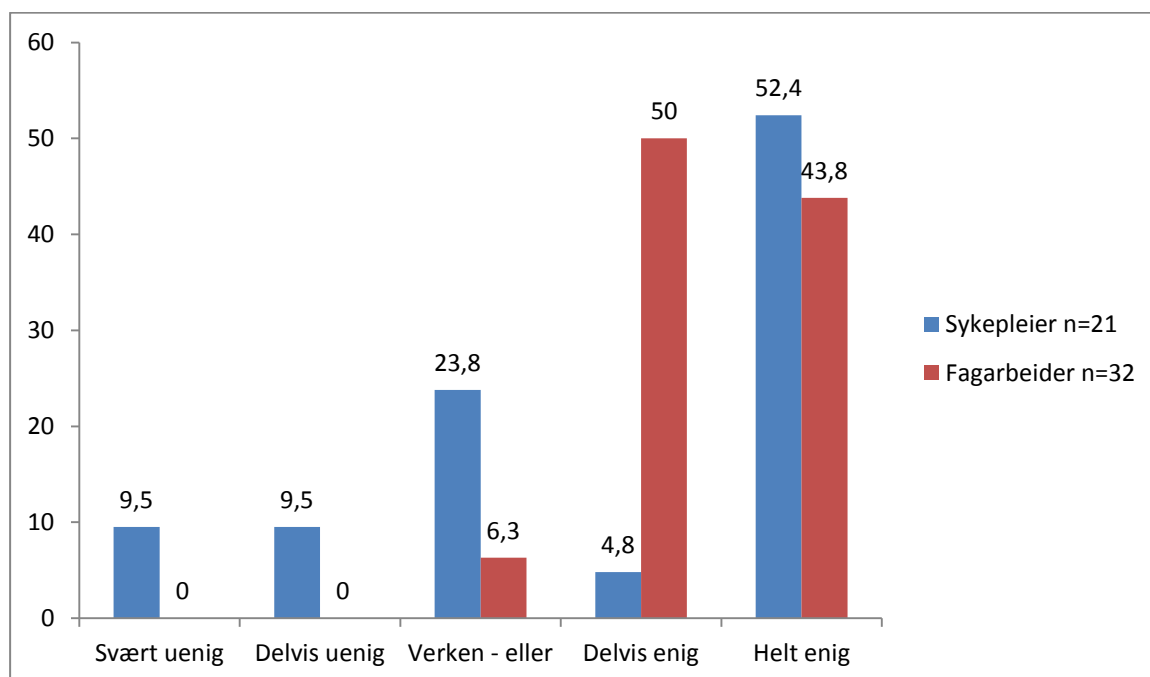
Gjennomgående i spørreundersøkelsen er en høy grad av uenighet når det kommer til spørsmål om tid. I figur 9 ser vi om respondentene opplever at de har nok tid til å gjennomføre planlagte tiltak. Respondentene viser misnøye med at de ikke får den tiden de trenger.

5.1.7 Medarbeidertilfredshet

Tabell 10: Subskala 6. Viser prosentvis fordeling¹⁰

	Svært uenig	Delvis uenig	Verken - eller	Delvis enig	Helt enig	Missing n=
Jeg kan ikke tenke meg å gå tilbake til tradisjonell «gjøre-for-omsorg»	3,2	3,2	12,7	28,6	52,4	2
Hjemmesykepleien gir et tilbud til brukerne som jeg er stolt av	0	1,5	12,3	36,9	49,2	0
Hverdagsrehabilitering har ført til økt kompetanse og tverrfaglig samarbeid	0	0	6,3	23,4	70,3	1

Selv om litt mer enn halvparten er helt enig i at de ikke ønsker å gå tilbake til slik man arbeidet før hverdagsrehabilitering ble implementert, er det noen respondenter som svarer på den andre siden av skalaen.



Figur 10: Jeg kan ikke tenke meg å gå tilbake til tradisjonell «gjøre-for-omsorg». Viser prosentvis fordeling innenfor yrkesgruppene sykepleier og fagarbeider.

¹⁰ ANOVA finner ingen signifikante forskjeller hos respondentene basert på bakgrunnsvariablene

Dersom dette spørsmålet kobles opp mot bakgrunnsvariablene er det ikke store forskjeller mellom aldersgrupper og arbeidsplass. Men dersom man ser på fordelingen av svar hos sykepleierne og fagarbeiderne er det større ulikheter. Av sykepleierne som har svart er det over 40 % som ikke er enige i utsagnet. Gruppen med fagarbeidere er stort sett enige i at de ønsker å fortsette.

Undersøkelsen viser at ansatte totalt sett er fornøyde med den tjenesten hjemmesykepleien gir. Men samtidig knyttes det noe usikkerhet til spørsmålet da 12,3 % er hverken enig eller uenig.

Respondentene viser høy grad av enighet i at innføringen av hverdagsrehabilitering har ført til ett kompetanseløft og økt fokus på tverrfaglig samarbeid.

5.2 Gruppeintervju

5.2.1 Organisering

Informantene er enige vedrørende måten Kristiansand kommune har valgt å organisere hverdagsrehabilitering på. De mener det er nødvendig å organisere det på denne måten for å få integrert tanken om hverdagsmestring. To av sonene opplevde å være en periode uten sykepleier i teamet. Årsaken til dette er at prosjektet hadde en sykepleier i 75 % stilling som skulle deles på begge team. Dette opplevde informantene ga tydelig utslag i samarbeidet mellom motorteamet og hjemmesykepleien.

Det er ulikheter mellom sonene når det gjelder hvor fornøyd ansatte er med hverdagsrehabilitering. Informantene forteller at motorteamet er stort sett godt tatt imot av personalet i hjemmetjenesten. En av sonene er samlokalisert med motorteamet og mener dette er en stor fordel. Hjemmetjenesten kan enkelt oppsøke teamet og ha en uformell dialog.

Det oppleves at ansatte stort sett er fornøyd med organiseringen av hverdagsrehabilitering. Men de ser også at det er denne delen av tjenesten som blir nedprioritert dersom de har lite tid eller det oppstår uforutsette hendelser.

Informantene er enige i at hverdagsrehabilitering er bra. Men det påpekes også at om tankesettet hverdagsmestring må spres ut i hele organisasjonen slik at det ikke bare er en indre kjerne som får masse tjenester. *«I den ideelle verden, og den tid håper i kommer, er fysioterapeut og ergoterapeut ansatt ut i sona som en del av personalet»*, alle er enige.

5.2.2 Koordinering

Det er ikke bestemt på forhånd hvem som skal utføre hva hos bruker. Hos de brukerne som har hjemmetjenester fra før, blir det diskutert hvilke oppgaver motorteamet skal ta seg av og hva som blir hjemmetjenestens oppgaver. Treffpunktet for hjemmesykepleien og motorteamet er i lunsjmøtet på sonekontoret. En av informantene sier: *»Målet er mest mulig og tidligst mulig involvering av hjemmetjenesten»*.

Hjemmetjenesten skal være med å bidra til diskusjon rundt evaluering, men teamet har ansvaret for å gjennomføre evaluering av mål, tiltak og resultater. Informantene har inntrykk av at hjemmesykepleien blir hørt når de kommer med innspill.

5.2.3 Tverrfaglig samarbeid

Informantene ga tydelig uttrykk for at viktigheten av at motorteamet inneholder både sykepleier, fysioterapeut og ergoterapeut. Når to av sonene samarbeidet med et team som kun besto av ergoterapeut og fysioterapeut ble arbeidet mer krevende. Sykepleieren i motorteamet snakket samme språk som de ansatte i hjemmesykepleien og hun forsto seg også godt på organiseringen fordi hun hadde mye erfaring fra hjemmetjenesten fra tidligere. Når det kun var terapeuter på møtene ble det fort veldig rettet mot eget fagfelt, samtidig som de benyttet seg av et fagspråk som kunne være vanskelig for hjemmesykepleien å forstå.

To av sonene som deler et motorteam har ulik oppfatning på hvordan teamet er tatt imot av personalet. I den ene sonen fungerer det veldig godt og teamet er blitt en del av miljøet. Mens i den andre sonen fungerer det ikke like godt. En av mulighetene som diskuteres er organiseringen av distriktsterapeutene. Før implementeringen av hverdagsrehabilitering fungerte ikke ordningen med distriktsterapeuter i den ene sonen, mens i den andre sonen fungerte dette godt. Informantene tror derfor at personalet ikke så behovet, i like stor grad som sonen der fungerende samarbeid med fysioterapeut og ergoterapeut var tilstede. En annen mulig årsak som drøftes er mengden intern undervisning som foretas i de ulike sonene. En leder opplever at det gjennomføres svært mye undervisning i lunsjmøtene, og når da hverdagsrehabilitering også kom inn i bildet, forsvant det sammen med annen undervisning. I motsetning til den andre sonen som hadde mindre fokus på intern undervisning, ble det veldig positivt når motorteamet underviste. Informantene konkluderer med at det er svært ulik kultur i de to forskjellige sonene.

Lederne er enig i at hjemmetjenesten ikke er en likeverdig partner til motorteamet i den grad at de har ulike arbeidsoppgaver og at det på en måte er motorteamet som eier tjenesten hverdagsrehabilitering. Det er enighet om at dette kan føre til friksjon. Ansatte i hjemmetjenesten ser at teamet har kapasitet til å bruke mer tid og det kan føles urettferdig. En av lederne mener at teamet bør sette opp tempoet og at det brukes veldig mye tid på planlegging, møtevirksomhet og oppfølging. En annen leder er enig i at det brukes mye tid,

men at dette er nødvendig for å finne den riktige organiseringen. Det jobbes da mye med struktur og rutiner. Det poengteres også at motorteamet og hjemmetjenesten ikke jobber under samme betingelser, og det er det viktig at soneledere jobber for at personalgruppen har forståelse for dette. Samtidig mener de at hjemmetjenesten må styrkes økonomisk for å klare å få til hverdagsmestring som en grunnleggende tankegang.

En informant opplevde også at det kunne være utfordringer med samarbeidet mellom motorteamet og distriktsterapeutene. De hadde fått tilbakemeldinger om at distriktsterapeutene følte at motorteamet overtok en del av deres oppgaver, og at de ble sittende igjen med mindre spennende oppgaver. Det var derfor viktig at leder sørget for strukturert samarbeid.

En av informantene sier at alle medlemmene i teamet har et eierforhold til hverdagsrehabilitering. Man er avhengig av alle yrkesgruppene og bruke deres ressurser på tvers for å få til god hverdagsrehabilitering. Dette er en erfaring kommunen har tatt med seg. Når hverdagsrehabilitering skal implementeres i resten av Kristiansand kommune høsten 2015, så har alle teamene en sykepleier, en fysioterapeut og en ergoterapeut.

5.2.4 Kompetanse

Det ses en helt klar endring i hvordan personalgruppen arbeider. De tenker mer forebyggende også i de vanlige tjenestene. Det synes at hverdagsrehabilitering har vært spesielt positivt for fagarbeidere/assistenter. Sykepleierne visste fra før at dette var viktig. Informantene tror kanskje at det er mer nytt for resten av personalgruppen. En informant forteller at når ansatte så at bruker klarte å mestre noe selv, ga dette økt selvfølelse for den ansatte. Informanten forteller videre at de ofte sa «*Jeg bare hjelper jeg, de er jo så gamle og trenger litt hjelp.*» Men at denne holdningen har endret seg hos fagarbeidere, og noe av årsaken til dette kan være at arbeidsmetoden og tankesettet er en større endring for dem og blir da som en «aha-opplevelse».

En leder mener at fokuset på gode sykepleieprosesser forsvant ved innføring av Profil¹¹. Gjennom utdanning og praksis ble sykepleiere gode til å skrive pleieplaner, men mistet dette fordi datasystemet ikke var tilpasset behovet, man drev kun med rapportering. Programmet

¹¹ Profil er dataprogrammet for føring av pasientjournal

har etter hvert fått muligheten til å lage mål, ressurser tiltak og evaluering. Men sonene kjenner ikke til funksjonene, og opplever heller ikke at det er tilstrekkelig tid til å utnytte det.

5.2.5 Tid

Informantene ser at det er forskjell i engasjement i forhold til størrelsen på stillingsprosenten. Det de ikke ser store forskjeller på er mellom yrkesgruppe. Fagarbeider/assistenter er minst like engasjerte som sykepleiere, og forskjellen på engasjementet er mer avhengig av personlig interesse.

I forhold til resultatene på subskalaen om medarbeidertilfredshet er informantene noe usikre på om respondentene har forstått spørsmålet om de kunne tenke seg å gå tilbake til tradisjonell «gjøre-for-omsorg». De har ikke inntrykk av at noen ønsker å gå tilbake til slik det var før. Når det legges frem at det er sykepleiere som ligger til venstre på skalaen er alle enige i mulig årsak til dette. Informantene opplever at sykepleierne har fått mange flere oppgaver, spesielt etter omorganiseringen. De tror sykepleierne opplever hverdagsrehabilitering som enda en ny oppgave de skal forholde seg til i tillegg til alt det andre. De får en negativ holdning til det selv om de vet av hverdagsrehabilitering er bra og viktig. Dette synes informantene ikke er bra siden sykepleiergruppen går frem som rollemodell for fagarbeiderne.

Informantene er helt enige i at de ikke forstår hvorfor det alltid meldes tilbake om lite tid. Lederne ser bort i fra sykepleiergruppa fordi de som regel alltid har administrative oppgaver som må utføres. En leder melder om at selv om de er mer enn nok personale på jobb, så kommer det likevel reaksjoner på ekstra oppgaver: *»Organisering av tid er like viktig som å ha nok tid. Det handler om hvordan de organiserer dagen sin. Hvor gode de er til å organisere tida si».*

6.0 Drøfting

I kommende kapittel vil jeg drøfte funnene fra datainnsamlingen. Jeg har valgt å tematisere drøftingen. Det var lite signifikante forskjeller å finne i datainnsamlingen. Jeg fokuserer derfor hovedsakelig på undersøkelsen som en enhet, men trekker frem noen deler der man ser ulikheter på bakgrunn av variablene.

6.1 Verken - eller

Spørsmålene i undersøkelsen er lagt opp slik at respondenten skal rangere hvor enig man er i et utsagn. Det er ikke lagt inn et alternativ for vet ikke, respondenten tvinges derfor til å ta stilling til utsagnet. I flere deler av spørreundersøkelsen er det relativt høy svarprosent på midten av skalaen. Dette kan tolkes i flere retninger. For det første kan det være et svar på hva det faktisk er, respondenten er verken enig eller uenig. Siden undersøkelsen ikke har et alternativ for vet ikke kan det også være at respondenten faktisk ikke vet eller ikke har en mening om spørsmålet. Ofte kan dette oppstå dersom respondenten ikke har så mye bakgrunnskunnskaper om temaet. Respondenten kan føle at spørreskjemaet er for komplekst og vanskelig å svare på, og derfor svarer uten at det har mening. Men det kan også være et tegn på at respondenten ikke ønsker eller våger å ta stilling til utsagnet (Jacobsen, 2005).

I første omgang må den som har ansvar for undersøkelsen sørge for at respondenten får tilstrekkelig informasjon om anonymitet. I denne studien fikk hver respondent utlevert et informasjonsskriv sammen med undersøkelsen som forklarte hvordan dataene ble samlet inn og hvordan de deretter skulle behandles. Men det er klart når antall respondenter fra hver arbeidsplass ikke er så høyt, sammen med at bakgrunnsvariablene yrkesgruppe, aldersgruppe og stillingsstørrelse skulle oppgis, dermed kan den enkelte respondent føle at det ikke er vanskelig å spore opp hvem som har svart. Det ble ikke forklart i informasjonsskrivet at jeg jobber som leder fra før i kommunen. Flere av respondentene visste dette fra før, og kunne også av den grunn oppleve det vanskelig å svare ærlig siden jeg er en del av ledelsen. Undersøkelsene ble besvart fysisk og innlevert, noe som også kan svekke tillitsforholdet. Dette kunne vært unngått ved å bruke spørreskjema gjennom internett. Jeg mener likevel at

frafallsprosenten ville vært mye høyere ved denne metoden, og at det var viktigere å unngå frafall.

Kjersti Lien Holte har skrevet en doktoravhandling som tar for seg hvor det er vanskelig å melde i fra om forhold på arbeidsplassen som kan forbedres. Hun legger frem funn som viser at ansatte er redd for å støte nærmeste leder og dermed gi dem en dårlig relasjon ved å si ifra om kritikkverdige forhold. I tillegg kan ansatte være redd for å miste muligheter for personlige goder eller mulighet for bedre arbeidsvilkår. Ansatte kan føle at de går bak ryggen på kollegaer og dermed setter dem i vanskelige posisjoner. Det kan også oppleves vanskelig å melde dersom man er indirekte eller direkte delaktig i problemene. Dersom en ansatt opplever at de selv må være helt uten feil for å være ærlig, vil det være vanskelig å oppdage forhold som burde rettes opp i. Mange blir også lei av å melde ifra fordi det opplever at tilbakemeldinger og avvik ikke gjøres noe videre med (Holter, 2009).

Åtte utsagn gjenstår dersom vi trekker frem de spørsmålene der 15 % eller flere har svart midt på skalaen. I tillegg ser vi bort i fra spørsmålene som dreier seg om tidsaspektet siden dette er drøftes senere i kapittelet.

Tabell 11: Nøytrale utsagn

Utsagn	Verken – eller
Kvaliteten på rehabilitering er prioritert på min arbeidsplass	15,4 %
Ansatte i hjemmesykepleien oppfatter seg selv som engasjerte i organiseringen av hverdagsrehabilitering	15,6 %
Hjemmesykepleien har god dialog med bruker og pårørende	16,9 %
Hjemmesykepleien er en likeverdig partner til hverdagsrehabiliteringsteamet	16,9 %
Alle som jobber rundt brukeren har felles mål og verdier	16,9 %
Hjemmesykepleien er delaktig i evaluering/justering av tiltak	15,4 %
Hjemmesykepleien er delaktig i evaluering av resultater	16,9 %
Variasjoner (avvik) i rehabiliteringsprosessen rettes opp	20,3 %

I utsagnet om variasjoner eller avvik i prosessen rettes opp så har hele 1/5 av respondentene lagt seg på en nøytral linje. Og dette er et ansvarsområde som ligger hos nærmeste leder. Kun 4,7 % svarte at de var delvis uenige i det blir arbeidet med avvik.

Gjenværende spørsmål dreier seg om egen og kollegas innsats. Når det gjelder om arbeidsplassen prioriterer kvalitet på rehabilitering og at brukeren selv skal mestre aktiviteter. Dette utmerker seg spesielt i Kuholmen sone der hele 27,3 % svarer at de er hverken enig eller uenig i påstanden. Informantene kunne bekrefte at Kuholmen sone hadde en annen holdning til hverdagsrehabilitering. Dette ble begrunnet med at det var ulik kultur i sonene og at innføringen av hverdagsrehabilitering forsvant i annen kompetanseheving. Kuholmen sone hadde også fra før disktriktsterapeuter som fungerte godt. Informantene klarer ikke helt å si hvorfor kulturen er så ulik på de forskjellige sonene. Dette viser også at selv om kommunen er en organisasjon, så kan vi si at hver sone også er en organisasjon som har utviklet en egen kultur. Det er derfor helt nødvendig at hver soneleder kartlegger hvilken kultur som eksisterer i sin enhet. Det vil ikke være nok for den kommunale ledelsen å kartlegge muligheter og trusler ut fra sektoren, det må også gjøres på enhetsnivå.

6.2 Tid

I studien er det fire spørsmål knyttet til tid.

- Har hjemmesykepleien tid til å lytte/formidle informasjon.
- Tid til å motivere bruker
- Det er tilstrekkelig tid til informasjonsutveksling mellom hjemmesykepleien og hverdagsrehabiliteringsteamet
- Tid til å gjennomføre planlagte tiltak.

Gjennomgående for nevnte spørsmålene er at det er stor spredning i svarene. Flere ansatte i hjemmesykepleien opplever at de ikke har tid til å utføre oppgavene. I tillegg er ikke respondentene like enige når det kommer til å gå tilbake til hjemmesykepleie slik det var før kommunen startet med hverdagsrehabilitering. Når man ser nærmere på bakgrunnsvariablene kan vi se at det er sykepleierne som er mest delte når det kommer til dette. Over 40 % var enten uenige eller nøytrale.

En rapport utført av Fürst og Høverstad ANS har legger vekt på at medarbeidertilfredshet er et av målene til hverdagsrehabilitering. Evalueringsrapporter de har sett på fra Danmark viser et helt annet bilde enn min undersøkelse. Medarbeidere ønsker stort sett ikke å gå tilbake til «gjøre-for-omsorg», hverdagsrehabilitering gir en mulighet til å utfolde seg og oppnå

tilfredsstillelse ved å se at brukere selv kan klare oppgaver de ikke fikk til tidligere (Fürst og Høverstad ANS, 2014). Informantene lurer på om noen har mistolket spørsmålet. Når det løftes frem at det er sykepleiere som svarer at de er uenige, mener informantene at tidspress kan ligge til grunn for dette.

Dette er også en gjenganger i media der «stoppeklokkebesøkene» stadig er gjenstand for diskusjon. Kristiansand kommune benytter seg som nevnt av innsatsstyrt finansiering. Forenklet er tidsbruken hos den enkelte bruker, antall brukere og antall besøk grunnlaget for inntekten til hjemmetjenesten. Et av formålene med denne finansieringen er nettopp at ansvaret for å fordele tjenester innenfor en ramme ikke skal ligge hos soneleder og ansatte, men hos et bestiller-utfører-kontor. Informantene klarer derfor heller ikke å forstå hvorfor det stadig meldes tilbake om tidspress. Dersom antall timer på arbeidslistene overstiger tilgjengelig kapasitet, er det soneleders ansvar å sørge for nok personal. Informantene lurer derfor på om personalet har tilstrekkelig kunnskap om hvordan finansieringsmodellen fungerer. Dersom det er for lite vedtatt tid, er det personalet som har ansvar for å melde dette skriftlig til leder.

En spørreundersøkelse utført av tidsskriftet Sykepleien i 2014 tar for seg tidstyver. Over 3500 sykepleiere ble spurt, og 59 % av sykepleiere som jobbet i hjemmesykepleien svare at de ikke har nok tid til pasientnære oppgaver. Undersøkelsen viser også at tidstyvene som opptar mest tid bort fra pasienten er dokumentasjon/journalføring, møter/telefonsamtaler, koordinering mellom tjenester og rapport (Tidsskriftet Sykepleien, 2014). Det er klart at dersom denne typen oppgaver øker i omfang, vil det ta over tiden medarbeideren har sammen med brukeren.

Det er Service & Forvaltning som i første gang vedtar en tjeneste og nivå på tjenesten. Men etter at brukeren har fått tildelt en tjeneste så er det hjemmesykepleien i samarbeid med Service & Forvaltning som vurderer behovet for økt og eller redusert tjeneste. En side av opplevelsen av for lite tid kan henge sammen med hvilke behov kommunen har ansvar for å dekke, og hvilke behov brukeren har. På Kristiansand kommune sine hjemmesider så heter det at hjemmesykepleie gis når det er behov for hjelp til:

- *Grunnleggende egenomsorg i forhold til mat, ernæring og personlig hygiene*
- *Rehabilitering/habilitering i samarbeid med rehabiliteringsteam*
- *Medisinering, sårbehandling med mer i samarbeid med leger*
- *Psykiatrisk oppfølging, ofte i samarbeid med psykiatrisk sykepleier (Kristiansand kommune, 2015a)*

Dette bygger på Lov om pasient- og brukerrettigheter som etter § 2-1 a sier at bruker har rett til nødvendige helse- og omsorgstjenester fra kommunen (Lovdata). Det er likevel ganske uklart hva som er nødvendig helsehjelp. Det synes også å være en avstand mellom hva bestiller mener er nødvendig helsehjelp og hva utfører opplever at bruker har av behov. Studier viser at spesielt det åndelige og psykososiale behovet ikke er en del av hjemmesykepleiens tjenester. Det oppleves vanskelig for ansatte å avvise en brukers behov for samtale eller sosialt samvær. Gjennom sykepleiers utdanning legges det mye vekt på grunnleggende behov og helhetlig omsorg. Når åndelig og eksistensielle behov er en del av den helhetlige behandlingen så er det vanskelig for sykepleier å forholde seg til et system som har en annen oppfatning av nødvendig helsehjelp her (Tønnessen & Nørtvedt, 2012).

En mulig årsak til at sykepleiere i undersøkte soner opplever dette, kan være timingen med innføring av hverdagsrehabilitering. Timing i endringsprosesser er av betydning fordi selv om noe har fungert et sted vil det ikke automatisk få like resultater et annet sted, fordi de kontekstuelle forutsetningene er ulike. Spesielt siden 90-tallet har kommunesektoren gjennomgått mange store organisatoriske endringer. Samhandlingsreformen med påfølgende omorganisering i kommunen er de siste store endringene som ansatte har måtte forholde seg til. Endringsprosesser krever en viss ekstrainsats (Jacobsen, 2004). Omorganiseringen i 2012 førte til en helt ny struktur og inndeling av tjenester og områder. Noen soner ble slått sammen og ansatte fikk nye kollegaer, nytt arbeidssted og ny leder.

I forhold til Samhandlingsreformen kreves det at ansatte følger opp utskrivningsklare pasienter på en annen måte enn tidligere, det krever skriftlig dokumentasjon og elektronisk samhandling med sykehusene. Kommunen har også satt i gang nye tjenester og tilbud som øyeblikkelig døgnhjelp og hverdagsrehabilitering. I forbindelse med hverdagsrehabilitering har ansatte gjennomgått kurs for å øke kunnskap og ferdigheter. Innføringen av hverdagsrehabilitering kan derfor ha kommet på et dårlig tidspunkt. Jacobsen poengterer:

«...viktig å time tiltak slik at perioder med større endring følges opp med perioder med relativ stabilitet. Stabiliteten kan være en slags «hvileperiode» for organisasjonen, som kan gjøre det mulig for organisasjonens medlemmer å bygge opp igjen sosiale relasjoner, stabile arbeidsforhold og kjennskap til nye oppgaver» (Jacobsen, 2005, p. 127)

Spesielt krevende er det når tankesettet hverdagsmestring fordrer at den ansatte ikke bare skal lære en ny tankemåte, men skal avlære seg en gammel. Alt dette foregår samtidig som ansatte

skal gjøre den vanlige jobben sin. Informantene er alle enige at økning i ekstra oppgaver etter omorganiseringen, men at dette berører mest sykepleier.

En svakhet i bruk av spørreundersøkelse er at respondentene ikke skal forsvare egne svar, og kan derfor svare strategisk for å oppnå egen vinning. Dersom det stadig snakkes om at hjemmesykepleien har for lite tid, både ansatte, brukere, pårørende og media, kan dette bli en sannhet, selv om virkeligheten faktisk ikke er slik (Jacobsen, 2005).

6.3 Kompetanse

I min undersøkelse er respondentene svært enige i at hverdagsrehabilitering har ført til et kompetanseløft. Dette bekrefter også informantene i aller høyeste grad.

Når vi ser på kompetanseløft opp mot bakgrunnsvariablene er det helt klart at fagarbeiderne er mest positive. Informantene ser også dette i sine personalgrupper. Årsaken begrunnes med at sykepleiere tradisjonelt har mer om rehabilitering i sin utdanning. Samtidig påpeker informantene at rehabiliteringsfokuset forsvant på et tidspunkt, og knytter dette opp mot innføringen av datasystem for journalføring som ikke var tilstrekkelig tilpasset behovet.

Dette kan også ha en sammenheng med fordelingen av oppgaver mellom sykepleiere og fagarbeidere i hjemmesykepleien. En kvalitativ studie utført i regi av tidsskriftet Sykepleien har sett på kompetanse i hjemmesykepleien etter at Samhandlingsreformen ble satt i gang. En sykepleier i en av fokusgruppene i studien forteller: *«En får liksom ikke følelsen av å gjøre en veldig god jobb, fordi at selv om noen har satt i gang et godt tiltak så blir det ikke fulgt opp. (Alle nikket.) Vet ikke om det er fordi vi er så mange eller om det er fordi det er for lite kompetanse, at man burde vært flere fagfolk da, at det er det som gjør at man ikke forstår viktigheten av tiltakene [...] ikke så mye assistenter og vikarer»* (Norheim & Thoresen, 2015)

Det kommer frem at sykepleierne synes at de selv har tilstrekkelig kompetanse, men at det trengs mer kollektiv kompetanse. Personalet er avhengig av hverandre for å følge opp brukerne på best mulig måte. Fokusgruppen er enig i at kompetansen kommunen har, ikke benyttes riktig. Arbeidsoppgavene som kun sykepleiere kan utføre, øker i omfang. Men sykepleierne må fremdeles utføre oppgaver som matlaging og ivaretagelse av personlig hygiene. Sykepleierne etterlyser en kompetanseheving i alle ledd og ytterligere spesialisering av sykepleietjenesten i kommunene. Ledelsen derimot har en annen oppfatning av hva det vil

si å heve kompetansen. Kommunalsjefen som intervjues i studien mener at det ikke kun er tekniske ferdigheter som utgjør problemet. Kommunalsjefen mener at personalet ofte overtar oppgaver som bruker kan gjøre selv. Det er forståelsen som må økes og kultur endres for at helsetjenestene skal klare møtet med fremtidens utfordringer (Norheim & Thoresen, 2015). Dette kjenner også mine informanter seg igjen i. De mener at kompetansebygging må skje på alle nivåer. Økt kompetanse hos fagarbeidene kan bidra til en oppgaveglidning, slik at sykepleierne får bedre tid til å utføre oppgaver som ligger i sykepleietjenesten.

6.4 Tverrfaglig samarbeid

Vedrørende studiens spørsmål om samarbeid er over 50 % eller flere av respondentene helt enige i utsagnene. Som nevnt tidligere bemerker spesielt spørsmålet om likeverdighet mellom hjemmesykepleien og hverdagsrehabilitering seg. En fjerdedel av respondentene svarer nøytralt eller negativt. Kristiansand kommune har valgt å organisere hverdagsrehabilitering ved et eget team er ansvarlig for rehabiliteringen, men at samtidig hjemmesykepleien er delaktig. Ett av de største suksesskriteriene for hverdagsrehabilitering er nettopp tverrfaglig samarbeid (Ness et al., 2012; Tuntland & Ness, 2014). Informantene understreker at partene ikke er likeverdige på den måten at de har ulike oppgaver. Her er det viktig å huske på, at det i utgangspunktet er behov for tverrfaglig samarbeid fordi oppgavene er komplekse og krevende. Vi vil derfor ikke kunne klare å løse utfordringene hvis alle enheter og faggrupper skal styrkes med lik kompetanse. Man må derfor se på hva den enkelte yrkesgruppe kan bidra med. Hva er deres styrker og hva gjør dem ulike fra andre faggrupper. Ledelsen må sammen med personalet finne ut hvor grensene går. Hva alle skal kunne og hva som ligger utenfor deres kompetanseområde. En måte å gjøre dette på er at den enkelte faggruppe reflekterer over hva som gjør dem særegne. Samtidig må den enkelte faggruppe kjenne godt til styrkene hos andre faggrupper, slik at man får kontinuitet på tvers av nivå og tjenester (Tuntland & Ness, 2014). Ekspertorganisasjonen kjennetegnes av en sterk fagautonomi, der status henger høyt. Man vil derfor kunne møte utfordringer når ulike yrkesgrupper som ikke har tradisjon for å samarbeide organiseres sammen. Det skapes særlig et spenningsfelt når det skjer en oppgaveglidning mellom profesjonene. Den enkelte profesjonsgruppe kan oppleve det som en trussel mot deres identitet (Strand, 2007). Dette er kanskje en av de største utfordringene når man skal etablere godt tverrfaglig samarbeid mellom ulike profesjoner. Profesjonene ønsker å beholde sine ansvarsområder og mener også at de er de beste til å utføre oppgavene.

Informantene støtter at dette kan være et vanskelig spørsmål å svare på. Hva det vil si å være likeverdig kan oppfattes ulikt hos respondentene. Og at det derfor er viktig å ha en tydelig leder som kan forklare hvorfor disse forskjellene er nødvendige.

Respondentene sier, med unntak av noen få, at de opplever respekt i samarbeidet. Respekt og tillit er grunnlaget for å få til et godt samarbeid. Det er også en svakere enighet når det gjelder mål og verdier. Forskjellige yrkesgrupper har ulike mål, verdier og arbeidsmetoder. Og en viktig oppgave for ledelsen er å bygge ned grenser og sørge for et trygt klima slik at de ulike medlemmene av teamet kan lære av hverandre (Axelsson & Axelsson, 2006).

I henhold til Axelsson & Axelsson sin faseinndeling kan det se ut som det tverrfaglige samarbeidet fremdeles er i *stormingfasen*, men begynner å bevege seg over i *normingfasen* for alle sonene, med unntak av Kuholmen sone. Både gjennom spørreundersøkelsen og gruppeintervjuet kommer det frem at hverdagsrehabiliteringsteamet ikke er like godt integrert her som i de andre sonene. Informantene begrunner dette med ulik kultur, siden det er det samme teamet også jobber opp mot andre soner. For å komme videre må Kuholmen sone jobbe sammen med hverdagsrehabiliteringsteamet for å bli enige om felles målsetting, verdier og finne ut hvordan de kan ha tillit til hverandre. Axelsson & Axelsson mener at det er mulig og nødvendig å gå tilbake til foregående fase dersom man ikke klarer å komme videre. I dette tilfelle ville det bety at man gikk tilbake til en formingfase der man rekrutterer og setter sammen team. Det ville ikke være mulig å løse opp hele personalet i hjemmetjenesten, men man måtte muligens sett om Kuholmen sone burde kobles opp mot et nytt motorteam (Axelsson & Axelsson, 2006).

6.5 Organisering

Et av hovedmålene med Samhandlingsreformen og omorganiseringen i Kristiansand kommune er sømløse tjenester og koordinerte tjenester for pasienter med sammensatte behov. Den nye organiseringen og opprettelsen av hverdagsrehabilitering søker nettopp dette. Samarbeidet mellom hjemmetjenesten og rehabiliteringstjenesten settes i fokus, og yrkesgruppene tvinges til å samarbeide om de samme brukerne.

I funnene fra spørreundersøkelsen ser vi stor spredning i svarene som handler om hjemmesykepleien er delaktig i evaluering av mål, resultater og tiltak. Informantene opplyser

om at det er hovedsakelig motorteamet som har ansvar for arbeid med dette, men at hjemmesykepleien kommer med innspill til diskusjon på lunsjmøtene. Informantene opplever at hjemmesykepleien blir hørt.

Informantene problematiserte konsekvensene av at strukturen for samarbeidet og koordineringen mellom distriktsterapeutene og motorteamet ikke var fastsatt. Distriktsterapeutene, særskilt fysioterapeutene følte seg tilsidesatt av motorteamet. Den uformelle makten distriktsterapeutene har hatt i forhold til rehabilitering i den gamle organisasjonen kommer i ubalanse. De mister status til en den nye tjenesten og identiteten deres blir truet. Dette vil antakeligvis føre til motstand hos distriktsterapeutene (Jacobsen, 2004).

Det kan virke som om respondentene er enig i at organiseringen i kommunen er brukerfokuset. Hverdagsrehabilitering legger trykk på at brukeren skal være sentrum og selv sette mål som de anser som viktige for seg selv. Det er ingen tvil om at ansatte i hjemmetjenesten erkjenner at hverdagsrehabiliteringsteamet har fokus på brukeren, men de er noe mer usikre på om egen arbeidsplass har brukerfokus. Det er heller ingen som svarer at de er uenige i at kvalitet i rehabilitering blir prioritert på arbeidsplassen, men hele 15 % er heller ikke enige. Det var også stor forskjell hvis vi så på hva de ulike sonene har svart. Hele 27 % er hverken enig eller uenig på Kuholmen sone, mens alle i Posebyen sone var helt eller delvis enige. Årsaken til denne forskjellen kan ligge ulik organisering av motorteamet knyttet til den enkelte sone. Motorteamet som tilhørte Kuholmen sone manglet en periode sykepleier, og dette fikk konsekvenser for samarbeidet med personalgruppen. Men Posebyen sone har et motorteam som inneholder alle tre faggruppene, samtidig som de er samlokalisert. Samlokalisering kan være med på å fremme integrert omsorg. Ved å plassere de ulike partene i samme område blir det enklere å få til sømløse tjenester (Kodner & Spreeuwenberg, 2002). Partene har flere uformelle treffpunkt og kan enklere danne allianser som kan gi tillit og respekt.

Det er noe overraskende at ikke flere respondenter er mer enige i at det er fokus på at brukeren skal mestre egne aktiviteter fremfor å gi passiv hjelp. Egenmestring er et av de mest sentrale byggesteinene i hverdagsrehabilitering. En av målsettingene er nettopp at dette tankesettet skal ligge som et grunnlag for hjemmesykepleien. Mange av dem som ikke har kriteriene for hverdagsrehabilitering kan også ha nytte av at pleiepersonalet tenker mestring i motsetning til å yte passiv hjelp. Forskning tyder på at denne måten å drive forebyggende

arbeid på, vil smitte over på resten av personalet (Lewin et al., 2013; Tuntland & Ness, 2014). Dette vitner om at det fremdeles er arbeid med kulturendring som gjenstår. Det er vanskelig å si hvor lang tid man skal forvente at en slik endring skjer. Endring av holdninger og verdier er som nevnt tidligere mer tidkrevende og faren for mislykkes er større, enn ved strukturelle endringer. Det er viktig at ledelsen holder trykket oppe og sørger for at personalet forstår viktigheten av endringene (Jacobsen, 2004).

7.0 Konklusjon/veien videre

Hverdagsrehabilitering er en ny og spennende arbeidsmetode i Norge. Tjenesten organiseres på ulike måter, avhengig av hvordan kommunen organiserer sin helsetjeneste fra før. Måten Kristiansand kommune har valgt å legge opp Hverdagsrehabilitering er med eget team som arbeider sammen med hjemmetjenesten. På denne måten har kommunen en større mulighet til å skape holdningsendring til forebyggende arbeid gjennom hele sektoren.

Hverdagsrehabilitering har i første omgang vært et prosjekt siden høsten 2013, som implementeres i alle byens 11 soner innen 2015/2016.

Funnene i dette studiet viser mye positivitet rundt hverdagsmestring og hverdagsrehabilitering. Gjennomgående i spørreundersøkelsen ser vi at *ansatte i stor grad er fornøyd med organiseringen av hverdagsrehabilitering*. Men samtidig ser vi også at på enkelte av spørsmålene så er det flere av respondentene som svarer midt på skalaen. Årsakene til dette kan være mange, men det viser seg at ansatte i mange sammenhenger frykter å melde ifra, fordi de er bekymret for konfrontasjonen det kan medføre.

Ansatte er *svært fornøyd med kompetansehevingen*, og de ser behovet for å tilegne seg denne kompetansen. Soneledere ser også at økt kompetanse har ført til høyere medarbeidertilfredshet, spesielt hos fagarbeidere og assistenter. Ansatte erkjenner eget fokus på bruker, og mener også at motorteamet har fokus på kvaliteten i tjenesten.

Gjennom undersøkelsen kommer også utfordringene til syne. Ansatte *opplever for lite tid til å utføre oppgavene som kreves av dem*. Sykepleiere gir sterkt uttrykk for travel hverdag med mye tidspress. Informantene kan si seg delvis enig i dette. De ser helt klart at andel administrative oppgaver har økt de siste årene, og dette er oppgaver som i aller høyeste grad ligger til sykepleier. Samtidig er de ikke enige at personalet har for lite tid til å utføre tiltak som ligger nedfelt i vedtak, så lenge hjemmesykepleien har innsatsstyrt finansiering.

Informantene gir uttrykk for måten Kristiansand har valgt å organisere hverdagsrehabilitering på, er riktig og god, men den har noen forutsetninger. Motorteamet må være sammensatt av alle tre yrkesgruppene. Dette støtter også funn fra spørreundersøkelsen. De tre yrkesgruppene vektet likt i teamet, og ved å miste et av medlemmene oppstår ubalanse. Ved mangel på fysio- eller ergoterapeut kan hjemmesykepleien risikere å få dårligere kunnskap om rehabilitering og forebygging. Som funnene fra undersøkelsen viser, så *mistet hjemmesykepleien et bindeledd*

til teamet når sykepleieren forsvant. Sykepleieren hadde forståelse for tankemåten hos personalet i hjemmesykepleien og hun snakket et språk de kunne forstå. Det kommer også frem av gruppeintervjuet at samlokalisering med motorteamet ga en svært positiv effekt for å integrere rehabilitering i hjemmesykepleien.

Målet med integrerte helsetjenester er å få ulike sektorer, enheter og profesjoner til å samarbeide om de komplekse og sammensatte sykdomsbildene vi kommer til å møte i fremtiden. Samhandlingsreformen, nytt lovverk og flere ulike stortingsmeldinger er pådrivere for at kommunene skal ha fokus på akkurat dette. Kristiansand kommune har kommet langt på vei når det gjelder å få hverdagsrehabilitering som en integrert del av hjemmesykepleien, men det er fremdeles en del arbeid som gjenstår. Funn fra denne studien viser at kultur kan ha mye å si for hvordan sonene har klart å integrere hverdagsrehabilitering på sine arbeidsplasser, og etablere godt tverrfaglige samarbeid. Det som også kommer frem av litteraturen og gruppeintervjuene, er at hverdagsmestring er ny måte å tenke forebyggende på. Ansatte som jobber i helsetjenestene må avlære seg gamle arbeidsmetoder, og tilegne seg nye. Det har tidligere ikke vært nok fokus på å samarbeide tverrfaglig, og undersøkelsen viser at det kan være problematisk å vende seg til samhandling med profesjoner som har andre verdier, mål og kompetanse. Dette krever en kultur- og holdningsendring hos ansatte i hjemmesykepleien. Dersom arbeid med kulturendring ikke følges godt nok opp, kan kommunen risikere at det blir en strukturendring uten atferdsendring.

7.1 Forslag til videre forskningsprosjekter

- Foreta tidsserieundersøkelse
- Validitet- og reliabilitetsteste CPSET i primærhelsetjenesten
- Sammenlikne organisasjonsformen Kristiansand kommune har valgt, med andre liknende kommuner

Litteraturliste

- Axelsson, R., & Axelsson, S. B. (2006). Integration and collaboration in public health - a conceptual framework. *Int. J. Health Plan. Manag.*, 21(1), 75-88. doi: 10.1002/hpm.826
- Berg, O. (2006). *Fra politikk til økonomikk: den norske helsepolitikks utvikling det siste sekel*. Oslo: Den norske lægeforening.
- Dagsvik, G. (2014). Rehabilitering i et pasientforløpsperspektiv. Retrieved 14. februar, 2015, from <http://www.kristiansand.kommune.no/PageFiles/47126/05%20Rehabilitering%20i%20et%20pasientfor%C3%B8psperspektiv.pdf?epslanguage=no>
- Fjørtoft, A.-K. (2012). *Hjemmesykepleie : ansvar, utfordringer og muligheter* (2. utg. ed.). Bergen: Fagbokforl.
- Fürst og Høverstad ANS. (2014). Fra passiv mottaker til aktiv deltaker. Hverdagsrehabilitering i norske kommuner. KS FoU-prosjekt nr. 134027.
- Hagen, K. (2011). *Innovasjon i omsorg: utredning fra utvalg oppnevnt ved kongelig resolusjon av 26. juni 2009 : avgitt til Helse- og omsorgsdepartementet 16. juni 2011* (Vol. NOU 2011:11). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Helse- og sosialstyret Kristiansand kommune. (2012). Orientering - Omstilling og utvikling 2013 helse- og sosialsektoren Retrieved 21. januar, 2015, from http://www.kristiansand.kommune.no/Documents/_HS/Omstillingsprosessen/Helse-%20og%20sosialstyret%208.10.12.pdf
- Hernes, H. (1993). *Evaluering av distriktsorganisering av helse- og sosialtjenestene i Kristiansand kommune* (Vol. 130). Kristiansand: Agderforskning.
- Holter, K. L. (2009). *Hysj : En kritisk didaktisk relasjonsanalyse av Curriculum Silentium; den skjulte policyen for taushet om arbeidsrelatert kritikk hos ansatte*. Karlstad University Studies. Karlstad University. Karlstad.
- Jacobsen, D. I. (2004). *Organisasjonsendringer og endringsledelse* (2. utgave 2012 ed.). Bergen: Fagbokforl.
- Jacobsen, D. I. (2005). *Hvordan gjennomføre undersøkelser? : innføring i samfunnsvitenskapelig metode* (2. utg. ed.). Kristiansand: Høyskoleforl.
- Kjellberg, P. K., Ibsen, R., & Kjellberg, J. (2011). *Fra pleje og omsorg: viden og anbefalinger*. København: Dansk Sundhedsinstitut.
- Kodner, D. L., & Spreeuwenberg, C. (2002). Integrated care: meaning, logic, applications, and implications – a discussion paper.
- Kristiansand kommune. (2004). Innsatsstyrt finansiering for pleie- og omsorgstjenester.

- Kristiansand kommune. (2009). Rehabilitering og habilitering. Retrieved 15. februar, 2015, from <http://www.kristiansand.kommune.no/ressurser/TMCore/emneord/Habilitering-og-rehabilitering/>
- Kristiansand kommune. (2013a). *Plan for folkehelse, forebygging og rehabilitering. HELSEFREMINGSPLANEN* Retrieved from http://www.kristiansand.kommune.no/Documents/Planer%20og%20prosjekter/Planer%20a%20til%20%C3%85/Vedtatt%20Helsefremmingsplan_net-13.pdf
- Kristiansand kommune. (2013b). Virksomhet behandling og rehabilitering. Retrieved 15. februar, 2015, from <http://www.kristiansand.kommune.no/no/Administrasjon/Helse-og-sosialektoren/Behandling-og-rehabilitering/>
- Kristiansand kommune. (2014). *Mestring gir muligheter. Hverdagsrehabilitering i hjemmetjenesten.* Retrieved from http://www.kristiansand.kommune.no/PageFiles/31770/hverdagsrehabilitering_net.pdf
- Kristiansand kommune. (2015a). Hjemmesykepleie og hjemmehjelp. Retrieved 2. mai, 2015, from <https://www.kristiansand.kommune.no/helse-og-omsorg/omsorg/helsetjenester-i-hjemmet/>
- Kristiansand kommune. (2015b). Organisasjonskart. Retrieved 13.mai, 2015, from <https://www.kristiansand.kommune.no/generelt/organisasjonskart/>
- Lauvås, K., & Lauvås, P. (2004). *Tverrfaglig samarbeid : perspektiv og strategi* (2. utg. ed.). Oslo: Universitetsforl.
- Lewin, G., Kristen De San, M., Knuiman, M., Alan, J., Boldy, D., Hendrie, D., & Vandermeulen, S. (2013). A randomised controlled trial of the Home Independence Program, an Australian restorative home-care programme for older adults.(Report). *Health and Social Care in the Community*, 21, 69.
- Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven).
- Mohsen, T., & Reg, D. (2011). Making sense of Cronbach's alpha. *International Journal of Medical Education*, 2, 53.
- Ness, N. E., Laberg, T., Haneborg, M., Granbo, R., Færevaa, L., & Butli, H. (2012). *Hverdagsmestring og hverdagsrehabilitering*. Oslo: Ergoterapeutene, Norsk sykepleierforbund, Norsk fysioterapeutforbund.
- Nielsen, J. C. R., & Repstad, P. (2004). Fra nærhet til distanse og tilbake igjen In P. Repstad (Ed.), *Dugnadsånd og forsvarsverker – tverretatlig samarbeid i teori og praksis*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Norheim, K. H., & Thoresen, L. (2015). Sykepleiekompetanse i hjemmesykepleien – på rett sted til rett tid? *Sykepleien Forskning*, 10, 14-22.
- Rabiee, P., & Glendinning, C. (2011). Organisation and delivery of home care re-ablement: what makes a difference? *Health Soc. Care Community*, 19(5), 495-503. doi: 10.1111/j.1365-2524.2011.01010.x

- Rasmussen, B. (2011). Med frihet til å lede? Styring og ledelse i kommunal omsorg. *Magma*, 2011(1), 65-72.
- Rasmussen, B., & Vabø, M. (2014). Inneklemte ledelse. In S. I. Vabø & M. Vabø (Eds.), *Velferdens organisering* (pp. 94-107). Oslo: Universitetsforl.
- Røvik, K. A. (2007). *Trender og translasjoner : ideer som former det 21. århundrets organisasjon*. Oslo: Universitetsforl.
- Seys, D., Deneckere, S., Sermeus, W., Van Gerven, E., Panella, M., Bruyneel, L., . . . Vanhaecht, K. (2013). The Care Process Self-Evaluation Tool: a valid and reliable instrument for measuring care process organization of health care teams. *BMC Health Serv. Res.*, 13. doi: 10.1186/1472-6963-13-325
- St. meld. nr. 21. (1998-1999). *Ansvar og meistring* Sosial- og helsedepartementet Retrieved from <https://www.regjeringen.no/nb/dokumenter/stmeld-nr-21-1998-99-/id431037/>.
- St. meld. nr. 26. (2014-2015). *Fremtidens primærhelsetjeneste - nærhet og helhet*. Helse- og omsorgsdepartementet Retrieved from <https://www.regjeringen.no/contentassets/d30685b2829b41bf99edf3e3a7e95d97/no/pdfs/stm201420150026000dddpdfs.pdf>.
- St. meld. nr. 47. (2008-2009). *Samhandlingsreformen : rett behandling - på rett sted - til rett tid*. Helse- og omsorgsdepartementet Retrieved from <https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm200820090047000dddpdfs.pdf>.
- Strand, T. (2007). *Ledelse, organisasjon og kultur* (2. utg. ed.). Bergen: Fagbokforl.
- Sørlandet Sykehus HF. (2011). Fysikalsk medisin og rehabilitering, Avdeling for Retrieved 15. februar, 2015, from http://www.sshf.no/omoss_/avdelinger_/fysikalsk-medisin-og-rehabilitering
- Tidsskriftet Sykepleien. (2014). Sykepleiens tidstyvundersøkelse. Retrieved 2. mai, 2015, from <https://sykepleien.no/2014/10/sykepleiens-tidstyv-undersokelse>
- Tuntland, H., & Ness, N. E. (2014). *Hverdagsrehabilitering*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Tønnessen, S., & Nortvedt, P. (2012). Hva er faglig ansvarlig hjemmesykepleie? *Sykepleien Forskning*, 7, 280-285.
- Vabø, M. (2007). *Organisering for velferd: hjemmetjenesten i en styringsideologisk brytningstid*. (22/07), Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring, Oslo.
- Vanhaecht, K., Witte, K. D., Depreitere, R., Zelm, R. v., Bleser, L. D., K, K. P., & et al. (2007). Development and validation of a care process self-evaluation tool. *Health Services Management Research*, 20, 189-202.

Vedlegg 1: Godkjenning fra NSD

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Harald Hårfagres gate 29
N-5007 Bergen
Norway
Tel: +47-55 58 21 17
Fax: +47-55 58 96 50
nsd@nsd.uib.no
www.nsd.uib.no
Org.nr. 985 321 884

Dag Olaf Torjesen
Institutt for statsvitenskap og ledelsesfag Universitetet i Agder
Serviceboks 422
4604 KRISTIANSAND S

Vår dato: 12.03.2015

Vår ref: 42147 / 3 / AGL

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 09.02.2015. All nødvendig informasjon om prosjektet forelå i sin helhet 25.02.2015. Meldingen gjelder prosjektet:

42147	<i>Ledelse av multidisiplinære team</i>
<i>Behandlingsansvarlig</i>	<i>Universitetet i Agder, ved institusjonens øverste leder</i>
<i>Daglig ansvarlig</i>	<i>Dag Olaf Torjesen</i>
<i>Student</i>	<i>Camilla Robertsen</i>

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

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

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

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

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 01.06.2015, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Katrine Utaaker Segadal

Audun Lovlie

Kontaktperson: Audun Lovlie tlf: 55 58 23 07

Vedlegg: Prosjektvurdering

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

Avdelingskontorer / District Offices:

OSLO: NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11. nsd@uio.no

TRONDHEIM: NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 59 19 07. kyrre.svarva@svt.ntnu.no

TROMSØ: NSD, SVF, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36. nsdmaa@svt.uit.no

Personvernombudet for forskning



Prosjektvurdering - Kommentar

Prosjektnr: 42147

Utvalget informeres skriftlig om prosjektet og samtykker til deltakelse. Informasjonsskrivet er godt utformet.

Personvernombudet legger til grunn at forsker etterfølger Universitetet i Agder sine interne rutiner for datasikkerhet. Dersom personopplysninger skal lagres på privat pc/mobile enheter, bør opplysningene krypteres tilstrekkelig.

Forventet prosjektslutt er 01.06.2015. Ifølge prosjektmeldingen skal innsamlede opplysninger da anonymiseres. Anonymisering innebærer å bearbeide datamaterialet slik at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes. Det gjøres ved å:

- slette direkte personopplysninger (som navn/koblingsnøkkel)
- slette/omskrive indirekte personopplysninger (identifiserende sammenstilling av bakgrunnsopplysninger som f.eks. bosted/arbeidssted, alder og kjønn)
- slette lydopptak

Vedlegg 2: Informasjonsskriv



Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

"Hverdagsrehabilitering"

Denne undersøkelsen er en del av min masteravhandling der jeg ønsker å se nærmere på organiseringen av hverdagsrehabilitering i Kristiansand kommune. Du er bedt om å delta i denne undersøkelsen fordi du er ansatt i mer enn 40 % stilling og jobber i en del av kommunen som har startet opp med hverdagsrehabilitering. Det er ca 100 ansatte som blir bedt å svare på undersøkelsen. For å se på forskjellige sider av hvordan hverdagsrehabilitering er organisert i Kristiansand kommune håper jeg at du kan besvare dette spørreskjemaet. Spørsmålene handler om hvordan du opplever at hverdagsrehabilitering fungerer. For å teste påliteligheten av testen vil du svare på samme undersøkelse to ganger, med noen ukers mellomrom.

Alle personopplysninger vil bli behandlet konfidensielt og datamaterialet vil bli makulert ved studiets slutt, som antas å være 1. juni 2015. Dine svar vil anonymiseres og du vil ikke kunne kjennes igjen i den ferdige oppgaven.

Jeg har fått tillatelse av din leder og av virksomhetsleder for Behandling og Rehabilitering vest til å utføre denne studien på ditt arbeidssted. Det er frivillig å delta, men jeg håper du vil velge å svare på spørsmålene i denne studien. For at jeg skal kunne analysere datainnsamlingen er det viktig at du svarer på alle spørsmålene.

Dersom du har spørsmål, ta gjerne kontakt

Camilla Robertsen
Telefon: 41437717
Mail: camilla_robertsen@hotmail.com

Min veileder ved Universitetet i Agder er

Dag Olaf Torjesen
Telefon: 38141553
Mail: dag.o.torjesen@uia.no

Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS.

På forhånd takk.

Med vennlig hilsen

Camilla Robertsen

Vedlegg 3: Spørreundersøkelse

Hvor jobber du?																	
1. Kuhlolmen sone <input type="checkbox"/> 2. Posebyen sone <input type="checkbox"/> 3. Kongens sone <input type="checkbox"/> 4. St. Olavsvei sone <input type="checkbox"/>																	
Hvilken yrkesgruppe tilhører du?																	
1. Sykepleier <input type="checkbox"/> 2. Fagarbeider <input type="checkbox"/> 3. Assistent/pleiemedarbeider <input type="checkbox"/> 4. Annet <input type="checkbox"/>																	
Hva er din alder?																	
1. 20-29 <input type="checkbox"/> 2. 30-39 <input type="checkbox"/> 3. 40-49 <input type="checkbox"/> 4. 50-59 <input type="checkbox"/> 5. >60 <input type="checkbox"/>																	
Hvor stor er din stillingstørrelse?																	
1. <50 <input type="checkbox"/> 2. 51-75 <input type="checkbox"/> 3. 76-100 <input type="checkbox"/>																	
Hvor enig er du i følgende utsagn							Helt uenig		Helt enig								
Brukerfokuset organisering							1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
PO1	Det er fokus på brukeren på min arbeidsplass																
PO2	Kvaliteten på rehabilitering er prioritert på min arbeidsplass																
PO3	Kommunikasjon med bruker anses som viktig på min arbeidsplass																
PO4	Organisasjonsstrukturen er brukerfokuset																
PO5	Hverdagsrehabiliteringsteamet har fokus på brukeren																
PO6	Der er en klar oppfatning om prinsippene for hverdagsrehabilitering gjennom hele organisasjonen																
PO7	På min arbeidsplass jobber man for at brukeren selv skal mestre aktiviteter fremfor at hjemmesykepleien gir passiv hjelp																
Koordinering av hverdagsrehabilitering							1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
COR1	Det gjøres konkrete avtaler mellom hjemmesykepleien og hverdagsrehabiliteringsteamet																
COR2	Ansatte i hjemmesykepleien kjenner de ulike trinnene i hverdagsrehabilitering																
COR3	Ansatte i hjemmesykepleien oppfatter seg selv som engasjerte i organiseringen av hverdagsrehabilitering																
Kommunikasjon med bruker og pårørende							1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
COM1	Det er tilstrekkelig tid til å lytte/formidle informasjon til brukeren og pårørende i rehabiliteringsprosessen																
COM2	Hjemmesykepleien har god dialog med bruker og pårørende																
COM3	Det er tilstrekkelig tid til å motivere bruker i rehabiliteringsprosessen																
Samarbeid							1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
SE1	Hjemmesykepleien er en likeverdig partner til hverdagsrehabiliteringsteamet																
SE2	Det er et godt samarbeid mellom hjemmesykepleien og hverdagsrehabiliteringsteamet																
SE3	Alle som jobber rundt brukeren har felles mål og verdier																
SE4	Det er tilstrekkelig tid til informasjonsutveksling mellom hjemmesykepleien og hverdagsrehabiliteringsteamet																
SE5	Det er respekt for hverandres kompetanse og kunnskap i det tverrfaglige samarbeidet mellom hjemmesykepleien og hverdagsrehabiliteringsteamet																
Overvåkning og oppfølging av hverdagsrehabilitering							1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
OP1	Forløpet i rehabiliteringsprosessen overvåkes/følges opp og justeres fortløpende																
OP2	Hjemmesykepleien er delaktig i evaluering/justering av mål																
OP3	Hjemmesykepleien er delaktig i evaluering/justering av tiltak																
OP4	Hjemmesykepleien er delaktig i evaluering av resultater																
OP5	Målene med rehabiliteringsprosessen er tydelig beskrevet																
OP6	Tiltakene hjemmesykepleien skal utføre, er tydelig beskrevet																
OP7	Det dokumenteres hvorvidt planlagte tiltak i rehabiliteringsprosessen faktisk gjennomføres																
OP8	Variasjoner(avvik) i rehabiliteringsprosessen rettes opp																
OP9	Hjemmesykepleien har tilstrekkelig tid til å gjennomføre tiltakene som er planlagt																
Medarbeidertilfredshet							1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
ST1	Jeg kan ikke tenke meg å gå tilbake til tradisjonell «gjøre-for-omsorg»																
ST2	Hjemmesykepleien gir et tilbud til brukerne som jeg er stolt av																
ST3	Hverdagsrehabilitering har ført til økt kompetanse og tverrfaglig samarbeid																