

Kjetil Bjørlo

# Det finnes ingen hovedveg

Om ergoterapeuters plass i kommunenes  
rehabiliteringsarbeid



BYGGFORSK

Norges byggforskningsinstitutt

Kjetil Bjørlo

# **Det finnes ingen hovedveg**

Om ergoterapeuters plass i kommunenes  
rehabiliteringsarbeid

Prosjektrapport 197 – 1996

Prosjektrapport 197

Kjetil Bjørlo

**Det finnes ingen hovedveg**

Om ergoterapeuters plass i kommunenes  
rehabiliteringsarbeid

Emneord: medisinsk rehabilitering,  
ergoterapeuter, organisering, yrkesroller og  
arbeidsdeling, tilrettelegging av bolig

ISSN 0801-6461

ISBN 82-536-0518-8

100 eks. trykt av

S.E. Thoresen as

Cyclus resirkulert papir

Omslag 200 g, innmat 100 g

Illustrasjon, omslag: Oddrun Sæter, Byggforsk

© Norges byggforskningsinstitutt 1996

Adr.: Forskningsveien 3B  
Postboks 123 Blindern  
0314 OSLO

Tlf.: 22 96 55 00

Fax: 22 69 94 38 og 22 96 55 42

## Forord

Denne rapporten behandler hvordan rehabilitering av kronisk syke og funksjonshemmede iverksettes i to kommuner på Østlandet. Datainnsamlingen foregikk i mai og juni, 1995. Hovedfokuset er satt på ergoterapeutenes virksomhet og bidrag i arbeidet. Arbeidet har hatt et eksplorerende utgangspunkt, og ergoterapeutenes og delvis fysioterapeutenes egne opplevelser av fagfeltet er tillagt stor vekt.

Det foreligger ikke så mye kunnskap om ergoterapeutene yrkesinnhold i kommunehelse-tjenesten. Andre faggrupper har sterkere talerør ved universiteter, høyskoler og hos helse- og sosialmyndighetene. Dette har sannsynligvis også hatt virkninger for forskningen om velferdstatens yrker. Vi håper at denne rapporten kan gi økt kunnskap om ergoterapeuter som faggruppe i kommunene.

Undersøkelsen er gjennomført på oppdrag fra Norsk Ergoterapeutforbund og Sosial- og helsedepartementet. Den er videre gjennomført innenfor en ramme på om lag 15 ukeverk.

Sosiolog Kjetil Bjørlo har hatt ansvaret for gjennomføringen og skrevet rapporten. En stor takk går spesielt Lisbet Grut, SINTEF Rehab, som har lest gjennom flere manusutkast. Takk også til Professor Kari Wærness, Universitet i Bergen, og til stipendiat Marthe Feiring ved Sosiologisk institutt, Universitet i Oslo, som alle har bidratt med nyttige kommentarer. Normann Bjørlo har lest korrektur på sluttmanuset.

Oslo, april 1996.

Kirsten Arge  
forskningssjef

Kjetil Bjørlo  
prosjektleder

Sammendrag.....	4
1. Innledning.....	7
1.1 Bakgrunn for undersøkelsen .....	7
1.2 Nærmere om problemstillinger og perspektiv .....	8
1.2.1 Problemstillinger og mål.....	8
1.3 Nærmere om medisinsk rehabilitering som fag .....	9
1.3.1 Rehabiliteringsbegrepet .....	9
1.3.2 Rehabilitering som fagfelt.....	11
1.3.3 Medisinsk rehabilitering som prosess .....	11
1.3.4 Nærmere om ergoterapi og ergoterapeuter .....	12
1.4 Presentasjon av kommunene .....	13
1.4.1 Bygdekommunen .....	13
1.4.2 Bygdebyen .....	15
1.5 Metoder, data og innfallsvinkel.....	17
1.5.1 Vår innfallsvinkel .....	17
1.5.2 Data og metoder .....	17
2. Nærmere om innfallsvinkler og målgrupper .....	19
2.1 Innledning .....	19
2.2. Samforståelse mellom faggruppene.....	19
2.2.1 Bygdekommunen .....	20
2.2.2 Bygdebyen .....	22
2.2.3 Oppsummering og diskusjon .....	23
2.3 Prioritering mellom ulike grupper .....	24
2.3.1 Rehabilitering av eldre med pleiebehov .....	25
2.3.2 Prioritering av grupper utenfor hjemmetjenestene .....	25
2.3.3. Institusjonslignende tilbud .....	28
2.3.4 Muligheten for å nå grupper utenfor hjelpeapparatet ved forebyggende arbeid.....	29
2.3.5 Oppsummering og diskusjon .....	31
3. Samarbeid og arbeidsfordeling mellom yrkesgrupper.....	33
3.1 Innledning .....	33
3.2 Beskrivelse av møteplassene for tverrfaglig virksomhet.....	33
3.2.1 Bygdekommunen .....	33
3.2.2 Bygdebyen .....	34
3.3 Samarbeidet mellom ergo- og fysioterapeutene .....	35
3.3.1 Arbeidsdeling og felles oppgaver .....	35
3.3.2 Fleksibilitet eller stivhet.....	40
4. Ergoterapeutenes yrkesroller.....	43
4.1 Innledning .....	43
4.2 Autonomi og egenkontroll.....	44
4.2.1 Bygdekommunen .....	44
4.2.2 Bygdebyen .....	45
4.2.3 Begge kommuner .....	45
4.2.4 Oppsummering og diskusjon .....	45

4.3 Ergoterapeutrollen i forhold til nære samarbeidspartnere - .....	46
4.3.1 Bygdekommunen .....	47
4.3.2 Bygdebyen .....	47
4.3.3 Oppsummering og diskusjon .....	48
4.4 Generalist eller spesialist.....	49
4.4.1 Bygdekommunen .....	49
4.4.2 Bygdebyen .....	49
4.4.3 Oppsummering og diskusjon .....	51
5. Nærmere om tilrettelegging av bolig .....	52
5.1 Innledning .....	52
5.2 Omfang og satsing.....	53
5.2.1 Bygdebyen .....	53
5.2.2 Bygdekommunen .....	53
5.2.3 Oppsummering og diskusjon .....	54
5.3 Innfallsvinkler - strategier .....	55
5.3.1 Bygdekommunen .....	55
5.3.2 Bygdebyen .....	55
5.3.3 Oppsummering og diskusjon .....	56
5.4 Helhetlige vurderinger .....	57
5.4.1 Bygdebyen .....	57
5.4.2 Bygdekommunen .....	58
5.4.3 Oppsummering og diskusjon .....	58
6. Oppsummering .....	60
6.1 Rehabiliteringstjenestene - universelle eller selektive? .....	60
6.2 Organisasjonsformer .....	61
6.3 Videre forskning .....	62
VEDLEGG .....	67
Ergoterapeutene som pådrivere i boligtilretteleggingsaker .....	67

## Sammendrag

Hvordan kommunene ivaretar ansvaret og iverksetter rehabilitering av funksjonshemmede, har fått økt oppmerksomhet de senere årene. Denne studien belyser hvordan rehabiliteringsvirksomheten blir til gjennom ergoterapeutenes og delvis fysioterapeutenes bidrag, yrkesroller og samarbeid.

Et viktig spørsmål i studien har vært hvilke innfallsvinkler og prioriteringer som preger rehabiliteringsarbeidet. Hvordan opplever terapeutene skillet mellom pleie og rehabilitering i to forskjellige organisasjonsmodeller, hersker det samforståelse eller er faggruppenes innfallsvikler svært sprikende?

Konsensus rundt dette skillet manglet i begge kommunene. I kommunen der mye av ansvaret for rehabiliteringen var samlet i pleie- og omsorg (bygdekommunen), hersket det et press i retning av å vri ressursene mot eldre personer som mottok hjemmetjenester. Det hersket et ideologisk pleiefokus, og rehabiliteringsoppgaver tapte ofte i kampen mot pleie. Rehabiliteringsbegrepet var vidt ved at man understreket vedlikehold av funksjoner som et viktig element i rehabiliteringsarbeidet. I kommunen der virksomheten var integrert i egen avdeling i helseetaten (bygdebyen), hadde ergo- og fysioterapeutene større kontroll over hvilket innhold virksomheten skulle ha. Rehabiliteringsbegrepet var her smalere og man lot til å være mer opptatt av at brukerne hadde et potensiale for å oppnå større funksjonsevne før rehabiliteringstiltak ble iverksatt. Ressursene i bygdebyen ble fordelt mellom flere målgrupper. Tilbudet til barn og yngre funksjonshemmede var mer omfattende enn i bygdekommunen. Rehabiliteringstilbudet til barn og yngre funksjonshemmede utenfor hjemmetjenestene var institusjonalisert, mens innsatsen i større grad var avhengig av personlige prioriteringer i bygdekommunen. Disse forskjellene er i samsvar med hvordan rehabiliteringsbegrepet ble definert i kommunene (jfr. over).

Et annet viktig spørsmål i studien er hvordan samarbeidet og arbeidsdelingen er mellom fysio- og ergoterapeutene. Hva styrer arbeidsdelingen og hvor fleksibel er den?

I bygdekommunen var arbeidsdelingen diffus og noe flytende, mens den var klarere strukturert i bygdebyen. "Eiendomsretten" til bestemte virkemidler og metoder var også sterkere enn i bygdekommunen. Det var skiller mellom kommunene, eller arbeidsplassene, med hensyn til om arbeidsfordelingen lokalt bar preg av sentralt bestemte og profesjonsorienterte premisser. Lokale og situasjonsbestemte faktorer satte sitt preg på arbeidsdelingen mellom terapeutene; tallet på fagfolk og hvordan yrkesroller ble utformet av personene som innehadde dem. Stramme personalressurser og arbeidsbetingelser brøt opp profesjonaliserte normer og føringer om en klar og tydelig arbeidsdifferensiering mellom terapeutene. Dette er i samsvar med hvordan arbeidsdelingen er mellom sykepleiere og ergo/fysioterapeuter. Lokale forhold er styrende for hvilke former for arbeidsdeling som faggruppene "forhandler" seg fram til (Feiring, 1992).

Våre data tyder på at det heller er kvaliteten på dialogen mellom ergo- og fysioterapeutene enn organisasjonsmodellene som samarbeidet foregår i som er viktig for å få til et fleksibelt samarbeid. Organisasjonell integrering av terapeutgruppene førte ikke til at yrkesgruppens stive arbeidsmonopol ble brutt ned.

Hvordan yrkesrollen som ergoterapeut i kommunehelsetjenesten utformes, er en annen sentral problemstilling. Ergoterapeutene hadde sterk faglig selvstendighet over hvordan de ergoterapifaglige oppgavene skulle løses og prioriteres. Men dersom ergoterapeutene måtte målbære en faglig innfallsvinkel helt alene, så dette ut til å begrense deres faglig-teoretiske innflytelse over rehabiliteringsvirksomheten. Dersom skottene ble mindre til fysioterapeutene med hensyn til om disse ble sluppet inn på ergoterapeutenes "domenefelt", syntes det som om den praktiske autonomien og kontrollen over oppgaveutførelsen ble redusert.

Medisinsk rehabilitering er et relativt nytt virksomhetsområde for kommunehelsetjenesten. Selv om dette feltet preges av nyutvikling, opplever ergoterapeutene seg ikke som innovatører, men som pådrivere. Pådriverrollen var mer offensiv og utadrettet (f.eks. tverretatlig) i bygdebyen enn i bygdekommunen. I bygdekommunen var den preget av internt forsvar av ergoterapeutenes innfallsvinkel.

I utgangspunktet ser ergoterapeutene på seg selv som generalister i begge kommunene. I bygdebyen ønsket imidlertid ergoterapeutene også å forvalte spesialisert kompetanse og metodikk for at brukerne skal få et best mulig tilbud, ikke minst innenfor habilitering. Denne rollen ble klart avvist i bygdekommunen, særlig utfra den knapphet på ressurser som rådet, men også av prinsipielle hensyn. Dette funnet forsterker bildet av at profesjonsbevisstheten er svakere her enn i bygdebyen.

Vi har også belyst hvordan ergoterapeutene i kommunene har lagt opp arbeidet med individuell boligtilrettelegging for funksjonshemmede. Boligtilrettelegging var et viktigere virkemiddel i rehabiliteringsarbeidet i bygdebyen enn i bygdekommunen. Hvilke faglige normer ergoterapeutene var opptatt av syntes å være mest bestemmende for hvorvidt rehabiliteringsinnsatsen var boligpreget eller ikke. Stor innsats på funksjonshemmedes boligfelt var ikke styrt av overordnet målstyring. Selv om våre data ikke gir tilstrekkelig dokumentasjon, er det rimelig å tro at det ulike omfang av boligsaker i kommunene dels var en effekt av ergoterapeutenes utforming av strategi for boligarbeidet. Dersom man ønsket å komme tidlig inn i prosessene, slik som i bygdebyen, var det nødvendig for ergoterapeutene å motivere brukerne for denne type løsninger. I bygdekommunen avviste man en oppsøkende strategi. Etske hensyn styrte boligarbeidet og begrunnet den forsiktige rollen til ergoterapeuten. Brukerne hadde en fullstendig suveren innflytelse over hvorvidt tilpasning av bolig skulle forekomme eller ei. Strategien var avventende, noe som ikke ga rom for tidlig intervensjon og motivering overfor brukerne.

Når en vurderer fysiske tilpasninger av funksjonshemmedes boliger, bør dette virkemidlet vurderes helhetlig overfor andre løsninger, f.eks. personhjelp og montering av tekniske hjelpemidler. På grunn av økonomiske hensyn fikk som regel tekniske hjelpemidler ofte



forrang framfor andre virkemidler i analyse- og beslutningsituasjonen. Det lot ikke til at spesielle organisasjonsformer kunne løse opp de vridninger som finansieringsordningene skapte.

I begge kommunene definerte man muligheten for å få til et godt samarbeid mellom sykepleierne og terapeutene heller som spørsmål om innstilling (om hvor samarbeidsorientert man var), enn som et spørsmål om organisasjonsform. Dette er i samsvar med resultatene av en studie av samarbeidet mellom terapeuter og sykepleiere i tre andre kommuner. Den formelle strukturen var av liten betydning med hensyn til hvor samarbeidsorienterte faggruppene var (Larsen& Johnsen&Moldenæs, 1994).

Under dette arbeidet har det ligget et ønske om å se rehabiliteringsvirksomheten og rolleadferden til ergoterapeutene som effekt av hvordan kommunene former ut organisasjonsmodellene sine. Men datamaterialet har ikke tillatt å belyse dette problemet på en tilstrekkelig måte.

Men noe fragmentert og implisitt har denne studien langt på veg vist at det kan være vanskelig å unngå et pleierettet fokus på arbeidet når rehabiliteringsvirksomheten forankres i pleie- og omsorgsetaten. Videre kan en slik organisasjonsform vri rehabiliteringstilbudet til å prioritere eldre personer, eller personer som alt er "innenfor" pleie- og omsorgssystemet. Dette er i samsvar med hva tidligere funn har indikert (Alm Andreassen& Sæterdal&Jagmann, 1993). Mye tyder også på at ergoterapeuter, som ofte arbeider alene og i et klart mindretall sammen med andre faggrupper, lett kan havne i en ideologisk "forsvarsrolle" når de integreres sammen med sykepleiere i hjemmetjenesten.

Det finnes ikke entydige og enkle løsninger på hvordan en bør organisere og iverksette rehabiliteringsvirksomheten i kommunene. *Det finnes ingen hovedveg.* Kommunene står svært fritt i hvordan de vil organisere helse- og sosialtjenestene sine. Av denne grunn bør man være forsiktig med å trekke for sterke vekslers på denne studien vedrørende hvordan kommunene organiserer virksomheten sin.

Diskusjonen omkring skillet mellom pleie og rehabilitering er i prinsippet en diskusjon om hvem som skal nyte godt av de tjenester som inkluderes i rehabiliteringen, bl.a. ergo- og fysioterapitjenestene. Dette er et viktig spørsmål siden ressursrammene til rehabiliteringsfeltet er små. Stigende antall eldre i årene som kommer vil sannsynligvis ikke bare medføre økt press på pleietjenestene, men også på rehabiliteringsvirksomheten. I denne sammenheng er det heller ikke usannsynlig at sterke faggrupper vil kunne forsterke sin argumentasjon for at rehabiliteringstilbudet i kommunene bør prioritere pleietrengende eldre. Hvordan prioritere knappe ressurser mellom ulike grupper er i første rekke et politisk spørsmål som ikke bør overlates til profesjonsgruppene. Rehabiliteringsvirksomheten i mange kommuner står overfor et dilemma. Hvordan skal vi sikre at rehabiliteringstjenestene kan nå alle grupper, at hele kommunebefolkningen er med i tjenestenes personkrets, uten at dette bl.a. går utover hjemmeboende, pleietrengende eldre?

# 1. Innledning

Hvordan iverksetter to kommuner ansvaret for medisinsk rehabilitering gjennom ergoterapeutenes og fysioterapeutenes bidrag? Hvordan er innholdet i rehabiliteringsvirksomheten, slik ergo- og fysioterapeuten ser og forstår den? Hvordan forstår og opplever ergoterapeutene sin rolle og sine bidrag i rehabiliteringsarbeidet, og hvordan er arbeidsdelingen i forhold til nære samarbeidspartnere? Denne lille studien vil forsøke å belyse disse spørsmålene. Arbeidsfeltet vi har i fokus er medisinsk rehabilitering; men det handler i stor grad om hvordan ergoterapeutene posisjonerer seg i kommunehelsetjenesten som helhet. Spørsmålene er svært aktuelle ettersom Sosial- og helsedepartementet nå bla. tar sikte på å klargjøre det faglige innholdet i rehabiliteringsarbeidet.<sup>1</sup>

## 1.1 Bakgrunn for undersøkelsen

Rehabilitering, eller medisinsk rehabilitering som enkelte foretrekker som benevnelse, er ikke et nytt fagfelt i Norge. Det nye er den oppmerksomhet som fagfeltet har fått løpet av 1980- og 1990-tallet. I over 10 år har medisinsk rehabilitering (atføring) vært en lovpålagt oppgave for kommunehelsetjenesten. Forskrift til loven er nettopp utarbeidet av Sosial- og helsedepartementet i samarbeid med Helstetilsynet. Sentrale politiske dokumenter som Nasjonal helseplan, Atføringsmeldingen og Velferdsmeldingen peker også på at rehabilitering er et prioritert område i første- og andrelinjetjenesten. I Velferdsmeldingen, om nylig er behandlet i Stortinget, melder Regjeringen at det skal utarbeides en nasjonal strategi for medisinsk rehabilitering, noe som også har fått Stortingets tilslutning. I dette arbeidet tas det bl.a. sikte på å klargjøre det faglige innholdet innenfor medisinsk rehabilitering.

Den økende politiske interessen for feltet er inntil nylig ikke fulgt tilstrekkelig opp med samfunnsfaglig forskning. Størstedelen av forskningsinnsatsen har vært av medisinsk/fysikalsk karakter. På oppdrag av Norsk Ergoterapeutforbund gjennomførte Byggforsk i 1994 en kvantitativ undersøkelse av hvilke arbeidsoppgaver, samarbeidsrelasjoner og organisasjonstilknytning ergoterapitjenestene i åpen omsorg har i kommunesektoren (Ytrehus, 1994). Denne rapporten er en mindre oppfølgingsstudie til denne undersøkelsen. Ved hjelp av kvalitative data er problemstillinger rundt organisasjonstilknytning og innhold i rehabiliteringstjenestene nærmere belyst.

Vi har særlig konsentrert oss om de faggrupper som ofte benevnes som rehabiliteringspersonellet i primærhelsetjenesten, i hovedsak ergoterapeuter, men også fysioterapeuter. I følge en studie av samarbeidet mellom vernepleiere, sykepleiere, fysioterapeuter og ergoterapeuter i kommunehelsetjenesten, er relasjonen mellom ergoterapeuter og fysioterapeuter kjerne- relasjonen i dette samarbeidet. Større deler av denne studien går dypere ned i hvordan relasjonen mellom terapeutgruppene virker.

---

<sup>1</sup> Kilde: Stortingsmedling nr. 35 1994-95 Velferdsmeldingen.

Vi kan selvsagt ikke sette likhetstegn mellom ergoterapi og rehabilitering. Det er umulig å få en fullstendig forståelse av hvordan fagfeltet iverksettes uten at også forståelsen og oppgavene til andre faggrupper legges til grunn, f.eks. sykepleiere, legene og spesialpedagogene. Legene står i et særskilt lys, ettersom det øverste medisinske fagansvaret for hvordan kommunene følger opp kommunehelseloven vil være lagt til øverste helsemyndighet i kommuneadministrasjonen, f.eks. kommunelege 1 eller helse- og sosialsjef. Ofte vil også brukerne, spesielt i forhold til de mer spesialiserte og institusjonspregede rehabiliterings-tjenestene på fylkesplan, oppfatte sin behandlende lege som sin viktigste kontaktperson i førstelinjetjenesten (Grut, 1995). Men studien er ikke et forsøk å skape en total og altomfattende forståelse av hvordan medisinsk rehabilitering foregår i kommunene. Vi studerer bare en begrenset, men viktig bit.

Ergoterapi er ikke en "skal-tjeneste" i kommunene, hverken i institusjon eller i åpen omsorg. Faget ergoterapi har heller ikke så mange profesjonelle talerør hos sentrale helsemyndigheter og på universitetene som f.eks. sykepleien. De arbeidsoppgaver og den organisasjonelle kontekst ergoterapeutene er omgitt av i kommunene, har dermed fått lite oppmerksomhet. Kanskje kan denne lille studien være et lite bidrag til kunnskapsutvikling i så måte.

Sosial- og helsedepartementet og Norsk Ergoterapeutforbund står som oppdragsgivere for denne studien.

## **1.2 Nærmere om problemstillinger og perspektiv**

### **1.2.1 Problemstillinger og mål**

Kapittel 2 vil prøve å belyse hvilke innfallsvinkler og prioriteringer som preger rehabiliteringsarbeidet. Hvordan opplever terapeutene skillet mellom pleie og rehabilitering i to forskjellige organisasjonsmodeller? Flere undersøkelser tyder på at dersom rehabiliteringsvirksomheten er forankret i pleie- og omsorgsetaten har ergo- og fysioterapeutene vanskeligere for å iverksette rehabilitering for personer som ikke får annen hjelp fra hjemmetjenestene, f.eks. hjemmesykepleie (Alm Andreassen&Sæterdal&Jagmann, 1992, Pihl, 1995). Vi vil også forsøke å belyse om det er samforståelse mellom faggruppene som er involvert i rehabiliteringen, og om ergoterapeutene lar seg prege av bestemte innfallsvinkler, holdt oppe av yrkesgruppene som er i flertall; sykepleiere.

Kapittel 3 omfatter arbeidsdelingen og samarbeidet mellom ergo- og fysioterapeutene, og til en viss grad andre samhandlingspartnere. Vi konsentrerer oss særlig om ergoterapeutenes unike bidrag, og bidrag som utføres i samarbeid med fysioterapeutene. Fleksibiliteten i arbeidsfordelingen mellom terapeutgruppene, og hva som synes å være styrende for den, er en viktig problemstilling. Om arbeidsfordelingen lokalt bærer preg av profesjonsorienterte premisser og arbeidsmonopol som ellers er viktig på sentralt nivå (Feiring, 1992) blir også satt noe i fokus.

Kapittel 4 vil nærmere belyse om selve ergoterapeutrollen er ulikt utformet i kommunene. Hvordan ergoterapeutene opplever sin egen faglige selvstendighet (autonomi), og det å arbeide alene/i mindretall i forhold til andre faggrupper blir deretter belyst. Om en betrakter seg som- eller ønsker å være generalist eller spesialist er et annet viktig spørsmål. Siden ergoterapeuter er en forholdsvis ny faggruppe i mange kommuner, er det også interessant om ergoterapeutene ser på seg selv som innovatører, representanter for "annerledes-tenking" i virksomheten.

Kapittel 5 tar nærmere opp hvordan kommunene har lagt opp arbeidet med individuell boligtilrettelegging for funksjonshemmede. Hva som synes å bestemme at kommunene er ulike med hensyn til satsing på dette virkemidlet blir belyst, ved siden av hvilke innfallsvinkler som preger boligarbeidet. Omfattende boligtilrettelegging må ofte ta hensyn til at funksjonsforbedringer realiseres med et bredt spekter av virkemidler, f.eks. hjelpemidler, personhjelp eller fysikalsk trening. I hvilken grad kommunene vurderer ulike virkemidler i sammenheng med hverandre blir derfor også belyst.

### ***Perspektiv - komparativ kasusstikk***

Analysene og framstillingen i denne studien bærer preg av å være komparative. Rehabiliteringsvirksomheten i to case, to kommuner, er sammenlignet med hverandre. Ved å sammenligne er det mulig å sette interessante aspekter i kontrast. Vi har valgt to kommuner som er svært ulike både med hensyn til organisering av virksomheten, ressurser og bemanning. Den ene kommunen er betegnet som en foregangskommune innenfor medisinsk rehabilitering i fylket, og har kommet lenger mht. å institusjonalisere og formalisere medisinsk rehabilitering som virksomhet - som arbeidsfelt - enn den andre kommunen.

Ved å sammenligne to ulike case oppnår vi å tydeliggjøre viktige skilnader i et sosialt fenomen. Resultatene kan ikke generaliseres direkte til andre kommuner. Forskjellene mellom kommunene er snarere eksempler på sentrale forskjeller i innholdet i rehabiliteringsvirksomheten. Resultatene kan i prinsippet generaliseres på det teoretiske plan. Med andre ord kan de være gyldige, under visse betingelser, også i andre kommuner (Yin, 1994).

## **1.3 Nærmere om medisinsk rehabilitering som fag**

### **1.3.1 Rehabiliteringsbegrepet**

I løpet av de siste 15 til 20 år har det vært brukt ulike betegnelser på feltet medisinsk rehabilitering. Rehabiliteringsbegrepet kan gjenfinnes i klassiske språk som latin og fransk. I disse språkene betyr det å rehabiliterer å gjenvinne tapt ære, gjeninnsette individet i tidligere stilling eller verdighet. (Aaserud Nordborg, 1994).

Begrepet medisinsk attføring ble tatt i bruk i 1950-årene, og ble så sent som i 1982 brukt i kommunehelsetjenesteloven. I St. melding nr. 36 (1989-90) Røynsler med lova om helsetjeneste i kommunane, gikk Sosial- og helsedepartementet inn for å endre begrepet til medisinsk rehabilitering. Det synes som om dette begrepet er etablert blant de disipliner som er involvert på dette fagfeltet.

Aaserud Norborg (1994) setter fram følgende definisjon av begrepet rehabilitering:

"Rehabiliteringens innhold og mål består i å gjenopprette eller gjeninnsette en person i tidligere stilling og verdighet gjennom å gjøre vedkommende dyktig til noe, dyktig til igjen å kunne håndtere, ikke bare sin fysiske situasjon, men sin totale situasjon på en ønsket og hensiktsmessig måte. Rehabiliteringens oppdrag blir derfor å sette mennesker med funksjonssvekkelse i stand til å bli så aktive livsdeltakere som de selv ønsker og har mulighet for, slik at hver enkelt kan nå sine vesentlige mål innenfor familieliv, yrkesarbeid og fritid."

Statens helsetilsyn har i sin veileder om medisinsk rehabilitering<sup>2</sup> vektlagt at begrepet både har et faglig og organisatorisk innhold. Den autoriserte definisjonen lyder:

"Medisinsk rehabilitering er helsetjenestens planmessige arbeid for at den som er funksjonshemmet på grunn av sykdom, skade eller medfødt lyte skal gjenvinne, bevare eller utvikle funksjonsevnen og/eller mestringsevnen med sikte på en størst mulig grad av selvstendighet og livskvalitet på egne premisser"

Det er noe uklart hvordan den autoriserte definisjonen fungerer i den kommunale hverdagen. I en evaluering av Aust-Agder forsøket går det fram at kommunene oppfatter definisjonen som et teoretisk ytterpunkt i forhold til andre måter å forstå rehabilitering på (Grut 1993). På det teoretiske planet, med hensyn til verdier og målsettinger, synes den likevel å bidra til felles forståelse, mens det er mer uklart om definisjonen bidrar til enighet når definisjonen skal overføres til praktisk handling.

Hensikten med rehabilitering er ikke først og fremst å støtte og gi omsorg, men å bidra til at klientene selv kan gjenvinne tapte ferdigheter og funksjonsevne. Likevel er det flytende grenser mellom pleiebasert omsorg og rehabilitering. All rehabilitering forutsetter et element av omsorg. Og i enhver pleiesituasjon kan det ligge en bedring av klientens livskvalitet og funksjonsevne. I den moderne måten å forstå pleie på er hensikten med denne at pasienten gjenoppretter eller opprettholder egenomsorg og selvhjulpenhet (Feiring, 1992). Det springende punktet knytter seg kanskje til hva som egentlig ligger i egenomsorg og selvhjulpenhet. Feiring (op. cit.) framholder at grensene mellom pleie og rehabilitering i praksis er vage og diffuse, og avhengig av avtaler om arbeidsfordeling mellom

---

<sup>2</sup> Kilde: Medisinsk rehabilitering - planlegging og organisering. Helsetilsynets veiledningsserie 3-91.

yrkesgrupper på hver enkelt arbeidsplass. De sentrale spørsmålene er hvem som er kompetent til å gjøre hva, og hvem som er kompetent til å lede hvem.

### **1.3.2 Rehabilitering som fagfelt**

Ivar Lie har gitt en gjennomgang av rehabilitering som fagfelt. Etter krigen stod modellen med særomsorg og institusjonstilbud for funksjonshemmede sterkt. Intensjonen var at segregering av funksjonshemmede var den beste måten å sikre at funksjonshemmede ble gitt opplæring og livsbetingelser i samsvar med deres forutsetninger, uten at dette gikk på bekostning av utviklingen til ikke-funksjonshemmede. Særomsorgmodellen skapte behov bl.a for spesialpedagogisk kompetanse. Spesialpedagogikk ble tema ved de pedagogiske universitetsstudiene på 1950-tallet, og i 1960 ble Statens spesiallærerskole opprettet.

På 1950-tallet skjedde det en omfattende utvikling innen attføringen med opprettelse av attføringsinstitutter, og styrking av medisinsk attføring innen institusjonshelsetjenesten. Innen institusjonshelsetjenesten har medisinsk rehabilitering i hovedsak dreidd seg om fysisk trening og etterbehandling av muskel-skjelett plager og hodeskader. Utvikling av fysikalsk-medisinske treningsmetoder og utdanning av ergo- og fysioterapeuter har vært sentralt innenfor kompetanseoppbyggingen på dette feltet (Lie, 1989).

Innenfor eldreomsorgen er rehabilitering en forholdsvis ny oppgave. I likhet med pleieoppgaver fikk de først fotfeste i institusjonstjenesten, deretter i hjemmetjenestene. Fra 1950-tallet er det blitt ansatt ergo- og fysioterapeuter i institusjonshelsetjenesten. Det er ansatt ergoterapeuter i åpen omsorg, i tilknytning til hjemmesykepleien, siden 1970-tallet. Det var på dette tidspunktet rehabilitering av eldre kom på den politiske dagsorden (Feiring, 1992).

I følge Lie (1989) har utviklingen innenfor medisinsk attføring, i tilknytning til særomsorgen i skolevesenet og attføringsvirksomheten, vært ensidig konsentrert om såkalte individrettede tiltak. Disse tiltakene har lagt vekt på trening og opplæring for den enkelte. Det er den enkeltes funksjonsbetingelser som skal endres, og ikke miljøet rundt som skal gjøres mindre funksjonshemmende. Dette er viktige bestandeler i rehabilitering av funksjonshemmede. Lie mener imidlertid at det er åpenbart at dagens modell, med vekt på rehabilitering med sosial integrering og deltakelse fra den enkeltes side, vil forutsette en helt annen innsikt i å tilpasse miljøet og omgivelsene slik at de høver for funksjonshemmede.

### **1.3.3 Medisinsk rehabilitering som prosess**

Helsetilsynets veileder vektlegger at rehabilitering er en dynamisk rekke av flere tiltak over tid. Prosessen omfatter både den enkeltes mestringsevne i forhold til de konkrete funksjonsvekkende forhold i miljøet, i tillegg til hans eller hennes totale livsvilkår. For å oppnå samordning i tid og innhold må flere etater, nivåer og faggrupper i samfunnet bidra aktivt. Veilederen peker ellers på at prosessen må ta utgangspunkt i en nøyaktig beskrivelse av den enkeltes funksjon (fysisk, psykisk, sosial). Helhetlig tilnærming til problemer og virkemidler er også vektlagt, for å oppnå samordning og tverrfaglighet, og for å unngå fragmenterte

løsninger som ofte er av liten hjelp. Viktigheten av å fokusere på den enkeltes ressurser i stedet for mangler blir også trukket fram.

Veilederen trekker fram følgende sentrale "milepelsfaser" i prosessen:

- Erkjennelse av behov →
  - Kartlegging av funksjonsnivå →
    - Vurdering av rehabiliteringspotensialet →
      - Fastsetting av mål →
        - Utarbeiding av rehabiliteringsplan →
          - Iverksetting av tiltak →
            - Oppfølging/evaluering.

### 1.3.4 Nærmere om ergoterapi og ergoterapeuter

Tradisjonelt har ergoterapeutenes arbeidsoppgaver bestått i aktivisering av pasienter. I USA hadde faget ergoterapi sin framvekst i forbindelse med rehabiliteringsprogrammer for krigsskadde etter første verdenskrig. I Norge hadde utdanningen av ergoterapeuter bakgrunn i aktiviseringstiltak i institusjonspsykiatrien, og betegnelsen arbeisterapeut ble brukt. Fra 1974 fikk ergoterapeutene beskyttet tittel, og faget ble en trårig høyskoleutdannelse (Ytrehus, 1994).

Ergoterapeuter arbeider med personer som har, eller står i fare for å få problemer med å mestre aktiviteter som er selvsagte i dagliglivet. En sentral ide i faget er at menneskelig aktivitet, utvikling og selvhjulpenhet er avgjørende for velvære, personlig identitet og gir livet mening. Når daglige aktiviteter ikke lenger er en selvfølge kan ergoterapeutene bl.a. bidra med:

- Kartlegging av situasjonen, - bl.a. hvilke aktiviteter som er viktige å mestre (ADL-analyse);
- Trening av daglige aktiviteter (ADL), - trening for å mestre lek, arbeid og selvhjulpenhet;
- Ferdighetstrening, - muskelstyrke, sansemotorikk og initiativ;
- Tilpassing av aktiviteter, - nye arbeidsvaner og teknikker/stillinger;
- Kompensering for tapt funksjon, - bl.a. funksjonsheving gjennom tekniske hjelpemidler;
- Tilpasning av miljø og bolig, - i barnehagen og skolen, på arbeidsplassen og i egen bolig;
- Veiledning, informasjon og undervisning.

Ergoterapeuter arbeider på alle nivåer i helse- og sosialtjenesten. I kommunen er de enten knyttet til hjemmetjenester (åpen omsorg), sykehjem, barnehager eller til andre institusjoner. I fylkeskommunen arbeider ergoterapeutene i fylkeshelsetjenesten (sykehusene) eller ved atferdingsinstitusjoner. I staten er ergoterapeuter ansatt i hjelpemiddelsentraler, i fylkeslegeetaten eller ved ulike kompetansesentra. Det arbeider ergoterapeuter også i private foretak, f.eks. i hjelpemiddelfirmaer eller i bedriftshelsetjenesten.<sup>3</sup>

---

<sup>3</sup> Kilde: Norsk Ergoterapeutforbund. Diverse infomateriell om ergoterapi og ergoterapeuter.

## 1.4 Presentasjon av kommunene

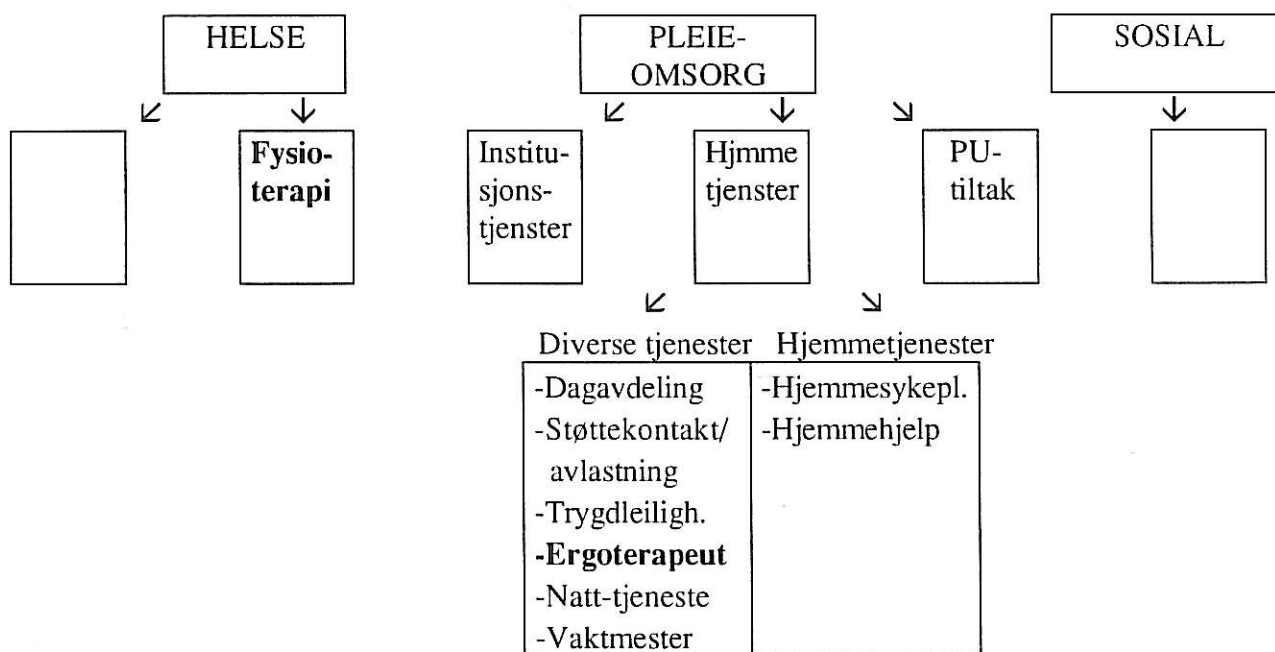
Av hensyn til behovet for å anonymisere deler av datamaterialet, har vi sett det som mest hensiktsmessig å operere med to "kallenavn" på kommunene; "bygdekommunen" og "bygdebyen".

### 1.4.1 Bygdekommunen

I bygdekommunen bor det vel 8000 innbyggere. Hele 70 pst. av arbeidsstyrken i kommunen har sin arbeidsplass utenfor kommunen. Innenfor kommunegrensene er jord- og skogbruk hovednæringen. Helse- og sosialsektorens driftsutgifter utgjorde om lag 38 pst. av totale driftsutgifter i 1993. Sektorens utgifter pr. innbygger var om lag 6000 kr. Kommunenes areal er stort i forhold til innbyggertallet, og befolkningen er spredd jevnt utover, uten større sentra. Store reiseavstander medfører at den åpne omsorgen og helsetjenestene er tyngre å drive enn i mer tettbeboede kommuner. Kommuneøkonomien har utviklet seg svært dårlig de siste årene, og kommunen er regnet som en typisk ressurs svak kommune.

### Organisering

Figur 1 (under) skisserer organisasjonsstrukturen i kommunen, og i pleie- og omsorgs-avdelingen, slik den så ut i juni 1995<sup>4</sup>.



Figur 1 Organisasjonsstruktur for helse- og sosialsektoren i bygdekommunen

<sup>4</sup> Det er noe uklart om alle aspektene ved denne organisasjonsstrukturen er gjeldende for virksomheten. Pr. juni 1995 var den ennå ikke politisk vedtatt.



I mai/juni 1995, da data ble samlet inn, bestod tilbudene i pleie- og omsorgstjenestene av et kombinert alders- og sykehjem (42 plasser) og hjemmetjenester (bl.a. hjemmehjelp og hjemmesykepleie og ambulering vaktmester). Hjemmetjenestene hadde nettopp blitt omorganisert, slik at tjenestene skulle gis med utgangspunkt i to distrikter, der hjemmesykepleien og hjemmehjelpsordningen skulle arbeide sammen i team. Hvorvidt denne modellen er overført i praktisk handling er noe uklart. Hjemmesykepleien var et døgnkontinuerlig tilbud, mens vaktmester og hjemmehjelpstjenesten var tilgjengelige på dagtid. Kommunen hadde tilrettelagte botilbud for eldre (trygdeboliger) og psykisk utviklingshemmede (bokollektiver).

Det er noe uklart hvilken avdeling som hadde hovedansvaret for rehabiliteringsvirksomheten. Ergoterapi og fysioterapitjenestene var delt mellom etatene. Men det ble opplyst at leder av pleie- og omsorgsavdelingen i *praksis* hadde påtatt seg det overordnede ansvaret for rehabiliteringsvirksomheten. Leder av helseavdelingen, kommunelegen, var svært lite involvert som faglig leder for fysioterapitjenestene, selv om han formelt har fagansvaret for medisinsk rehabilitering i forhold til kommunehelseloven.

Fysioterapitjenestene bestod av 2 1/2 stilling, hvorav 1 stilling hadde tittelen sjefsfysioterapeut. En av stillingene var i praksis plassert i pleie- og omsorgsetaten med ansvar for institusjonstjenester.<sup>5</sup> Ergoterapitjenestene bestod kun av én stilling, som var plassert i pleie- og omsorgsavdelingen. Ergoterapeut var bl.a. faglig ansvarlig for dagsenteret, der aktivtør og miljøassistent var ansatt på deltid. Ergoterapeut kunne dessuten gjøre seg nytte av støttekontakter og ambulering vaktmester i sammenheng med rehabiliteringstiltak. I tilknytning til institusjonstjenestene var det en aktivitetsavdeling, men denne var ikke tiltenkt rehabiliteringstiltak i den åpne omsorgen. Tiltak for psykisk utviklingshemmede var også plassert i pleie- og omsorgsavdelingen. I praksis fungerte denne enheten svært autonomt i forhold til resten av avdelingen, og i forhold til hjemmebaserte omsorgstjenester.

Ergoterapeut var samlokalisert med hjemmetjenestenes kontor. Dette kontoret var igjen nært plassert alders- og sykehjemmet, der pleie- og omsorgsjefen var lokalisert. To av fysioterapeutene var samlokalisert på kommunens fysikalske klinikk, deriblant sjefsfysioterapeut. Klinikken var lokalisert i kommunens sentrum, - omlag 5 kilometer unna hjemmetjenestene/ergoterapeut. Klinikken hadde treningsapparater o.a., som i tillegg til klinikkens enkelt-pasienter også ble benyttet i sammenheng med ulike gruppetreningstiltak.<sup>6</sup> En av fysioterapeutene hadde kontor/klinikk på sykehjemmet (jfr. over).<sup>2</sup>

Organiseringen av rehabiliteringsvirksomheten var altså noe uklar og flytende. Det er ikke riktig å si at rehabiliteringstjenestene var integrert i pleie- og omsorgstjenestene. Men hovedansvaret for virksomheten i praksis syntes altså å ligge i pleie- og omsorgssektoren.

---

<sup>5</sup> Når data ble innsamlet hadde stillingen vært vakant siden over en lengre periode på grunn av langvarig symelding.

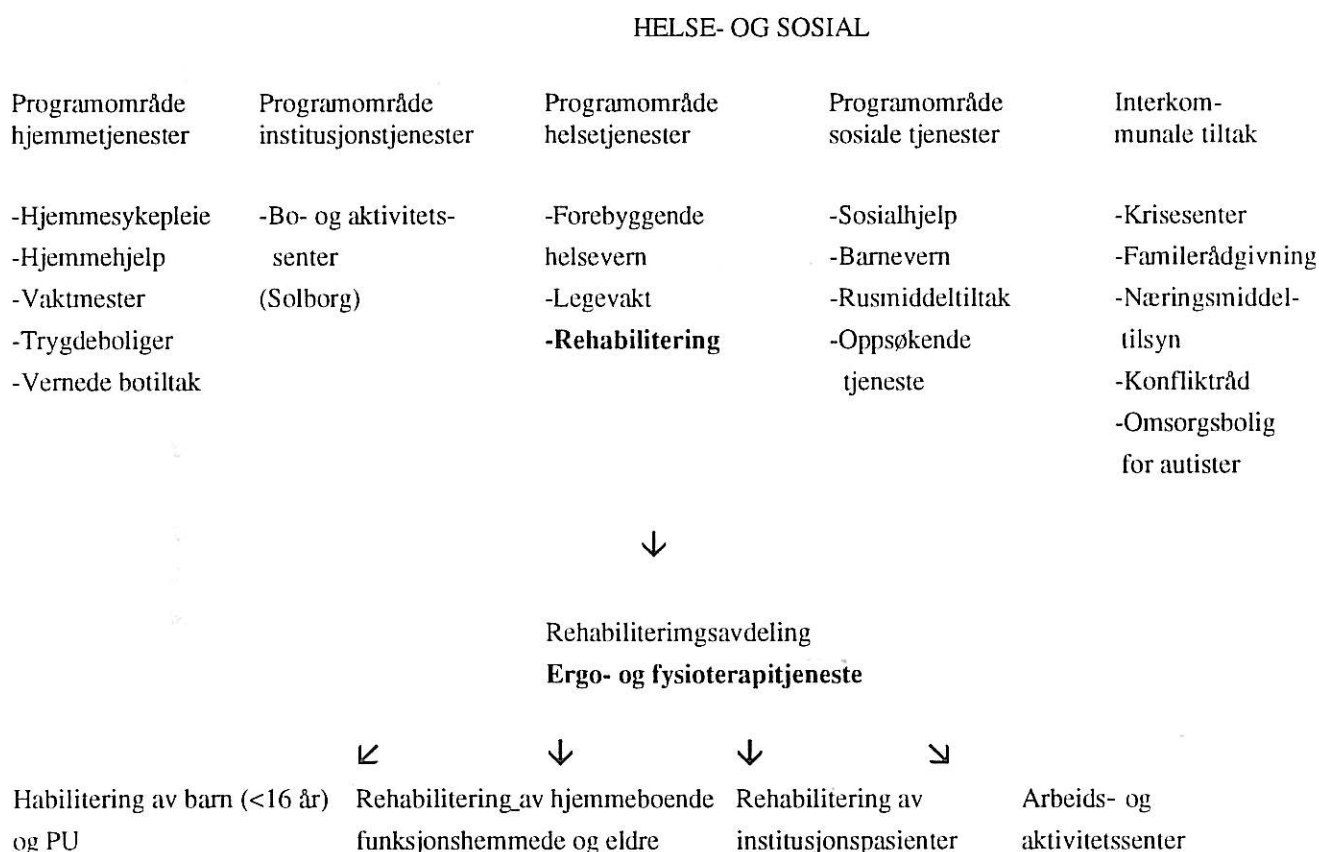
<sup>6</sup> B.a. fysikalsk gruppetrening for slagrammede

## 1.4.2 Bygdebyen

Bygdebyen hadde vel 23 600 innbyggere, hvorav mange dagpendlet til arbeid utenfor kommunen. Kommunen ble regnet som den sentrale kommunen i sin del av fylket. Hovednæringen var arbeidsplasser i servicenæringene. Helse- og sosialsektorens driftsutgifter utgjorde om lag 29,5 pst. av totale driftsutgifter i 1993. Sektorens utgifter pr. innbygger var om lag 5 200 kr. Også i denne kommunen var avstandene store, men i forhold til bygdekommunen var større deler av bebyggelsen konsentrert i sentra. I forhold til innbyggertallet var kommunen dessuten langt mindre i utstrekning enn bygdekommunen. Kommunens økonomi var dessuten langt bedre enn i bygdekommunen.

### Organisering

Figur 2 (under) viser organisasjonsstrukturen til helse- og sosialtjenestene i kommunen slik den så ut i juni 1995.



**Figur 2 Organisasjonsstruktur for helse- og sosialsektoren i bygdebyen**

De sentrale pleie- og omsorgstjenestene bestod av institusjonstjenester på kommunens bo- og aktiviseringscenter. Senteret hadde 83 døgnplasser, samt en dagenhet med 6 plasser. 4 av døgnplassene var reservert for rehabiliteringsformål.<sup>7</sup> Hjemmetjenestene hadde et noe mer variert tilbud enn i bygdekommunen. Bl.a. var det opprettet to eldresentre med dagtilbud og psykiatrisk hjemmesykepleie med operativt ansvar for alle brukere av hjemmetjenestene. Hjemmehjelps- og hjemmesykepleietjenestene var desentralisert til tre distrikter, og arbeidet begge i team med døgnkontinuerlige tilbud. Kommunen hadde et omfattende og forholdsvis variert tilbud av spesialboliger for eldre og fysisk funksjonshemmede. Det var 36 boenheter<sup>4</sup> med bistand, der de fleste beboerne har fått tilbud gjennom omsorgsreformen for psykisk utviklingshemmede.

I kommunen er det egen rehabiliteringsavdeling, som formelt og i praksis hadde hovedansvaret for rehabiliteringsvirksomheten i kommunen. Men en stor del av virksomheten hadde forgreninger ut av avdelingen og var avhengig av et nært samarbeid med andre etater. Det overordnede ansvaret for rehabilitering var tillagt helsesjef (kommunelege I). Avdelingen var plassert som egen enhet i helsetaten. Avdelingen ble ledet av sjefsfysioterapeut som også hadde faglig ansvar for fysioterapitjenestene, mens kommuneergoterapeut hadde det faglige ansvaret for ergoterapitjenestene. I den etterfølgende teksten bruker vi uttrykket rehabiliteringsleder om sjefsfysioterapeut i bygdebyen.

Ergoterapi og fysioterapitjenestene var samorganisert i rehabiliteringsavdelingen. I sin nåværende form ble avdelingen opprettet 1. januar 1993.

Medregnet faglig ledere var det ansatt 5 ergoterapeuter (4,6 årsverk) i avdelingen og 6 fysioterapeuter. Noen av fysioterapeutene arbeidet redusert tid. Rehabiliteringsleder var operativ i 1/2 stilling. Det var i alt 4,8 årsverk i den kommunale fysioterapitjenesten. Andre faggrupper var vernepleiere og miljøarbeidere. En viss del av fysioterapitjenestene ble dessuten utført av privatpraktiserende fysioterapeuter med avtale med kommunen. Avdelingen var delt i fire underenheter som hver var innrettet mot en målgruppe.

- Habilitering av barn under 16 år og psykisk utviklingshemmede, -ansvar for skolehelsetjenesten, barnehager og helsestasjoner;
- Rehabilitering av hjemmeboende funksjonshemmede og eldre, -ansvar for brukere av hjemmebaserte omsorgstjenester, -ansvar for forebyggende arbeid;
- Rehabilitering av funksjonshemmede og eldre med varig eller midlertidig institusjons-tilbud, eller som på andre måter er brukere av arbeids- og aktivitetssenteret i kommunen (f.eks. brukere av dagplassene).
- Arbeids- og aktivitetssenter for funksjonshemmede og psykisk utviklingshemmede over 20 år med behov for bistand og tilrettelegging i forbindelse med opplæring, arbeid og aktivitet. Brukerne av senteret er ikke bare psykisk utviklingshemmede, men også personer med andre funksjonshemminger.

---

<sup>7</sup> Senteret er kommunens kombinerte alders- og sykehjem. Døgnplassene er stort sett besatt av beboere med en eller flere kroniske sykdommer.

På arbeids- og aktivitetssenteret var det tilbud som flere grupper funksjonshemmede kan benytte seg av, svømmehall, opptreningsapparater o.a. Etter planen skulle alle enheter samlokaliseres i løpet av 1995.

## 1.5 Metoder, data og innfallsvinkel

### 1.5.1 Vår innfallsvinkel

Samfunnsvitenskaplig virksomhet inntar, enten eksplisitt eller implisitt, en forstående eller en forklarende innfallsvinkel til de sosiale fenomener som observeres. En forklarende innfallsvinkel vektlegger objektivitet framfor subjektivitet. Det sosiale system som skal studeres er positivt gitt. Det bør av forskeren betraktes utenfra bl.a. med formål å finne årsakssammenhenger.

Den forstående sosiologien vil derimot forsøke å betrakte sosiale systemer innenfra. Det er verken mulig eller ønskelig å skille subjektive vurderinger fra "objektive" fakta. For å forstå sosial handling og samhandling innenfor et system eller organisasjon, må adferd betraktes som intensjonal (Martinussen 1984). Å vise meningene bak handlingene og hvordan handlende aktører opplever og fortolker konteksten rundt dem er her viktig. M.a.o: Ergo- og fysioterapeutenes egne opplevelser av fagfeltet rehabilitering, deres tolkninger av samspillet med andre yrkesgrupper, egne synspunkter, subjektive ønskemål og vurderinger er viktige data i dette arbeidet. Dersom forhold som dette ikke beskrives eksplisitt, blir det umulig å forstå hvorfor terapeutene handler og former ut sitt yrkesfelt som de gjør.

Vår innfallsvinkel i dette arbeidet er både forstående og forklarende. I hovedsak er den forstående. Datamaterialet er samlet inn for å gjøre det mulig å forstå perspektivene til nøkkelpersonellet i virksomheten. Men vi har også prøvd å forklare. Vi har pekt på muligheten av at det eksisterer sammenhenger som informantene selv ikke har pekt på. Når vi har fortolket empiriske resultater, har dette gjort det nødvendig å distansere seg noe fra de vurderinger som nøkkelpersonellet har gjort. Den nærheten som hovedinformantene har hatt til forskningsfeltet, har vi prøvd å utnytte ved å komme i tilstrekkelig distanse i de mer analytiske delene av arbeidet.

### 1.5.2 Data og metoder

De viktigste data i materialet er kvalitative data, i hovedsak innsamlet gjennom halv-strukturerte og åpne intervjuer med informantene. Til en viss grad består datamaterialet også av skriftlige dokumenter og påstander som informantene ble bedt om å ta stilling til.

De viktigste informantene i begge kommuner har vært ergoterapeutene. I bygdebyen ble det gjennomført to større intervjuer med kommuneergoterapeut, hvorav det ene gjennom telefon. Det ble også gjennomført et større intervju med rehabiliteringsleder som ble innledet gjennom et kort telefonintervju. Disse informantene er i det påfølgende enkelte steder

betegnet som "hovedinformanter". Dessuten ble det gjennomført et mindre intervju med administrativ leder for hjemmetjenestene og et kortere telefonintervju med en ansatt ergoterapeut.

I bygdekommunen ble det gjennomført to større og et mindre intervju med kommuneergoterapeut, hvorav to over telefon.<sup>8</sup> Sjefsfysioterapeut er intervjuet på tilsvarende måte. Hun utgjorde sammen med kommuneergoterapeut hovedinformantene i bygdekommunen. Det ble dessuten gjennomført en kortere samtale med en ansatt i den hjemmebaserte omsorgen.

I tillegg til intervjuene har årsmeldinger, rehabiliteringsplan og plan for omorganisering av rehabiliteringstjenestene vært tilgjengelige i den ene av kommunene. I den andre kommunen har dokumenter av denne art ikke blitt utformet, eller bare i liten grad vært tilgjengelige. Sammen med hovedinformantene har utvalgte distriktsledere i hjemmesykepleien (og pleie- og omsorgssjef i den ene kommunen) tatt skriftlig stilling til enkelte påstander/spørsmål.

---

<sup>8</sup> Som regel er kommuneergoterapeut i rapporten benevnt kun som ergoterapeut, siden det bare er ansatt en ergoterapeut i kommunen.

## 2. Nærmere om innfallsvinkler og målgrupper

### 2.1 Innledning

Mellom pleie og rehabilitering er det flytende grenser, som kan variere fra arbeidsplass til arbeidsplass (Feiring, 1992). I dette kapitlet vil vi belyse hvilke innfallsvinkler rehabiliteringsvirksomheten i kommunene har utviklet. Vi har i hovedsak lagt vekt på opplevelsen til ergo- og fysioterapeutene. Men synspunkter fra enkelte sykepleiere ble innhentet i skriftlig form.

Helsetilsynet har gjennomført en rekke modellforsøk for å utvikle gode organisasjonsformer med utgangspunkt i tverrfaglighet, felles ansvar mellom forvaltningsnivåene og brukerperspektivet. Mangel på konsensus rundt viktige begreper og ulike innfallsvinkler blant ulike faggrupper er framhevet som vesentlige barrierer for å utvikle rehabiliteringsarbeidet og komme fram til hensiktsmessige organisasjonsmodeller i kommunene.<sup>9</sup> Vi skal først belyse hvordan skillet mellom pleie og rehabilitering ble forstått i kommunene, og om samforståelse var utviklet rundt dette skillet. Vi tar et forbehold om at dataene er noe mangelfulle, ettersom sykepleierne ikke ble intervjuet.

Vi vil også problematisere hvordan virksomheten i kommunene prioriterer mellom ulike målgrupper, f.eks. mellom barn og eldre, eller mellom brukere og ikke brukere av hjemmetjenester. Den kommunale rehabiliteringsvirksomheten blir ofte kritisert for at den ofte konsentrerer seg for mye om personer som alt er brukere av pleie- og omsorgstjenestene (pleietrendende eldre), mens andre brukergrupper som voksne og kronisk syke ikke har fått det tilbudet de var tiltenkt i kommunehelsetjenesteloven (Aaserud Nordborg 1994).

Problemstillingene vi vil konsentrere oss om er:

- Er det konsensus om innholdet i virksomheten, f.eks. i grensdragningen mellom pleierettet aktivitet og rehabiliteringsrettet aktivitet?
- Retter rehabiliteringstilbudet seg mot hele kommunenens befolkning, eller blir enkelte målgrupper prioritert framfor andre?

### 2.2. Samforståelse mellom faggruppene

Rehabilitering av eldre og funksjonshemmede vil ofte skje i tilknytning til, i forkant eller i etterkant av mer medisinsk orientert behandling og pleie. Det er ikke lett å sikre at rehabilitering får den nødvendige oppmerksomhet og prioritet når mye av virksomheten foregår i et tett samspill med pleie- og omsorgstjenestene (Feiring, 1992). De medisinske

---

<sup>9</sup> Kilde: St. melding nr. 35 (1994-95) Velferdsmeldingen.  
Helsetilsynets veileder om medisinsk rehabilitering (3-91).

disiplinene er bl.a. blitt møtt med kritikk om de ikke har vært oppmerksomme nok på at medisinsk rehabilitering må ta utgangspunkt i individets egne premisser. Rehabilitering er noe langt mer enn fysikalsk og medisinsk opptrening, men også vil være et forsøk på å gjeninnsette den enkelte i en verdig livssituasjon, i gamle eller nye roller (Aaserud Nordborg, 1994).

### 2.2.1 Bygdekommunen

Ergo- og fysioterapeutene fikk flere spørsmål om det mellom yrkesgruppene hersker ulike syn og grunnverdier i virksomheten, og eventuelt hvilke konsekvenser dette får.

I bygdekommunen pekte både fysio- og ergoterapeutene på at det heller er tale om ulike innfallsvinkler og hvilke metoder som er viktig å ta i bruk enn ulike verdisyn. Ergoterapeuten mente imidlertid at i hennes tid i kommunen er større samforståelse blitt skapt etter hvert, på basis av samhandling og diskusjon mellom terapeutene og sykepleierne i forhold til konkrete saker i daglig praksis. Hun tydeliggjorde imidlertid at denne utviklingen hadde tatt tid og hadde kostet krefter:

"Forståelsen blant etatslederne er ikke som den burde være. De har ikke skjønt intensjonen i kommunehelseloven. Rehabiliteringsvirksomheten er for pleie- og omsorgsfokusert. Sammen med sjefsfysioterapeuten har jeg prøvd å vri avdelingen over til å bli en avdeling for pleie, rehabilitering og omsorg. Men dette har vi ikke maktet. Så lenge fysio- og ergoterapeut er delt mellom to avdelinger, og så lenge det er bare en ergoterapeut, blir ikke dette reelt."

Hun ga videre uttrykk for at det kunne være hardt å være alene om å forsvare en spesiell innfallsvinkel i en virksomhet som er så kraftig dominert av en annen yrkesgruppe. Man måtte være sterk og erfaren for å motstå presset på mer pleierettede løsninger. Hun mente samtidig at hun til en viss grad maktet å stå i mot dette presset, gjennom sin faglige autonomi og sin svært lange erfaring som ergoterapeut. F.eks. har hun vektlagt å skjerme seg mot rehabiliteringsbehov som oppstår på sykehjemmet. Hun trakk også fram flere eksempler på det arbeidet hun har drevet for å vri holdninger bort fra pasienttenking og over til troen på selvhjulpenhet i den ordinære eldreomsorgen. F.eks. hadde hun forsøkt å bevisstgjøre sykepleierne hvor viktig det var for sykehjemspasientenes selvfølelse at de så langt som mulig fikk anledning til å spise selv i stedet for å bli matet av pleierne.

Ergoterapeuten mente dessuten at sykepleierne er mindre opptatt av elementene om livskvalitet og sosial deltakelse, og mindre fokusert på potensialet for å være selvhjulpen enn det ergoterapeutene er. Slik hun f.eks. opplevde diskusjonene med sykepleierne omkring formidling av tekniske hjelpemidler, var det viktigere for sykepleierne at hjelpemidlene skulle gjøre det lettere å hjelpe og pleie, enn at hjelpemidlene skulle inngå som et ledd for å bidra til større selvhjulpenhet. Men hun så ikke noe galt i dette, tatt i betraktning de tunge pleieoppgavene som hjemmetjenestene ofte hadde.

I følge ergoterapeutens opplevelse var det svært diffuse grenser mellom god pleie og rehabilitering. Rehabiliteringsbegrepet inneholder også en videre definisjon, der livskvalitet og vedlikehold av funksjoner står sentralt. Dette åpner for et syn om at det er mulig å foreta mye meningsfull rehabiliteringsvirksomhet også for sterkt pleietrengende pasienter. Opptrening og vedlikehold av funksjonsevnen er en viktig del av rehabilitering, noe som går utover aktiv pleie.

Synspunkter på hvorvidt rehabilitering bør innrettes mot sterkt pleietrengende pasienter med usikker gjenværende levetid, kan indikere hvordan sykepleierne skiller mellom pleie- og omsorgsbegrepet. Når sykepleierne vektla innsats overfor denne type brukere, var det imidlertid andre hensyn som teller enn det terapeutene la vekt på. F.eks. ble det pekt på behovet for å lette hverdagslige krav for bruker og pårørende, f.eks gjennom tekniske hjelpemidler. Pleie- og omsorgssjefens (sykepleier) synspunkt var:

"Rehabilitering vil alltid stå sentralt i arbeidet, og dersom pasientens totale situasjon tilsier det, vil rehabilitering bli vurdert. Det vil alltid være et overordnet mål at pasienten skal klare seg mest mulig alene, og derfor tenker vi alltid rehabilitering, f.eks. ved en midlertidig forverring i pasientens tilstand. Dette er på sikt nyttig for pasienten".

Sykepleierne skilte ikke skarpt mellom pleieoppgaver og rehabiliteringsoppgaver. Denne måten å forstå rehabilitering på er i sterkt samsvar med tendensen i sykepleien til å definere nærmest enhver aktivitet som sykepleierne driver med som rehabilitering (Grut, 1995).

Den andre hovedinformanten, sjefsfysioterapeuten, var ikke ubetinget enig i dette. Mye av det sykepleierne definerte som rehabilitering var ikke rehabilitering sett fra hennes ståsted. For at tiltak skal kunne defineres som rehabilitering må aktivitetene foregå "utenfor sengen". Rehabilitering forutsatte en endring i den enkeltes liv i aktiv retning.

Sjefsfysioterapeuten ble også bedt om å vurdere hvordan hun oppfattet samarbeidsmøtene med pleie- og omsorgstjenesten. Hun mente det var sjelden at rehabilitering - slik hun oppfatter dette begrepet - preget møtene. Men selv om det tradisjonelt var ulikhet i innfallsvinkel hos yrkesgruppene, satte dette i liten grad preg på arbeidet i kommunen:

"Sykepleierne har nok et ulikt ståsted i forhold til ergo- og fysioterapeutene, men dette får få konsekvenser i det daglige arbeid."

I svært liten grad hadde hun observert at sykepleierne hadde motsatt seg at ulike rehabiliteringsopplegg ble satt i gang. Fysioterapeuten pekte også på at klientmassen, som i hovedsak var brukere av pleie og omsorgstjenester, utgjorde noe av fundamentet for sykepleiernes vide rehabiliteringsbegrep. Ulike innfallsvinkler behøvde nødvendigvis ikke ha noe med profesjonsinteresser å gjøre.



### 2.2.2 Bygdebyen

I bygdebyen var det et noe annet innhold i informantenes beskrivelse av ulikhet i faglige innfallsvinkler. I forhold til bygdekommunen syntes de å være mer tilbakeholdne med gi innrykk av at ulikhetene er så store, og at de har rot i forskjellige fagkonstellasjoner. Kanskje kan det å unngå å være organisert alene kontra et flertall av sykepleiere i avdelingen være en viktig forklaring til dette. Vårt datamateriale gir ikke mulighet til å kritisk etterprøve denne forestillingen. Men vi samtalte med tre ulike informanter, og ingen av dem hadde en opplevelse som lignet f.eks. ergo-terapeutens i bygdekommunen.

Imidlertid pekte også den ledende ergoterapeuten i bygdebyen på at det åpenbart eksisterte ulike grunnsyn og innfallsvinkler. I følge hennes synspunkt var ergoterapeutene mer opptatt av pasientenes helhetlige livssituasjon og de omgivelser som rehabiliteringen skulle foregå i enn sykepleierne. Hun mente også at sykepleierne er mindre opptatt av å bidra til at pasientens selvhjelpenhet utvikler seg. Rehabilitering forsetter at en styrker funksjoner hos den enkelte, mens pleie vil si å vedlikeholde helsetilstanden. Likevel påvirket ikke ulikheten samarbeidet mellom sykepleierne og terapeutene i nevneverdig grad. Hun framhevet at det var sjelden at det var uenighet mellom hjemmesykepleien og ergoterapeutene hvorvidt rehabilitering burde settes i gang.

Den andre hovedinformanten, rehabiliteringsleder, kunne bare peke på en konkret virkning av at det stundom var faglig uenighet i forhold til pleie- og omsorgstjenesten. Det hadde vært vansker med å få de øremerkede rehabiliteringsplassene på sykehjemmet til å fungere. Rehabiliteringsleder hadde erfart at det heller var personlig legning enn fagtilhørighet som bestemte hvorvidt sykepleierne var pleierelaterte eller innrettet mot aktivitet og rehabilitering. Hun mente de fleste sykepleierne var observante på viktige mål som økt livkvalitet og økt sosial deltakelse. De fleste sykepleierne så f.eks. forskjellene mellom medisinsk etterbehandling og rehabilitering. De ønsket å benytte kompetansen i rehabiliteringsavdelingen mer, og de reagerte på at ergoterapeutene ikke var tilstrekkelig tilgjengelige eller disponible.

Leder av rehabiliteringsavdelingen mente også at selve opprettelsen og eksistensen av avdelingen hadde bidratt til at samforståelsen var så høy som den var. En egen avdeling ga styrke, representasjonsmuligheter for henne i viktige lederfora og muligheten til å sette organisasjonsmessig kraft bak de verdisignalene en sender til mottakere i andre avdelinger. Det var faggruppene, ergo- og fysioterapeutene, som var den viktigste drivkraften bak opprettelsen. Ledende ergoterapeut uttrykte:

"Våre (rehabiliteringsavdelingens) standpunkter blir som regel vektlagt og hørt på når rehabilitering er på dagsorden i samarbeidet med hjemmetjenestene".

Men i kjølvannet av opprettelsen av rehabiliteringsavdelingen og i tiden etter pågikk det diskusjoner mellom faggruppene omkring forståelsen av innholdet i rehabiliteringsbegrepet. Denne delen av prosessen var imidlertid over da datainnsamlingen pågikk.

### 2.2.3 Oppsummering og diskusjon

Med den type data vi har hatt til disposisjon, der vi ikke har gjennomført intervjuer med sykepleierne er det selvsagt vanskelig å finne sikkert ut om samforståelsen mellom faggruppene var sterkere i den ene eller andre kommunen. I bygdekommunen framholdt terapeutene at pleieideologi satte et overordnet preg på rehabiliteringsarbeidet. I den andre kommunen syntes det som om terapeutene hadde institusjonalisert sin myndighet og kontroll (gjennom opprettelse av egen rehabiliterings-avdeling) over hvilke innfallsvinkler som skulle legges til grunn.

Om hovedinformantene har gitt oss sine egentlige inntrykk og synspunkter, og om disse er i rimelig samsvar med sykepleiernes oppfatninger av samarbeidet, er det likevel vårt inntrykk at det hersket noe sterkere harmoni mellom faggruppene i bygdebyen i forhold til i bygdekommunen. Om dette stemmer, er vår antakelse videre at dette kan skyldes ulikheten i antall ansatte terapeuter i kommunene. Selv om ergoterapeutene i bygdekommunen også opptrer alene mot andre faggrupper i mange sammenhenger, slipper de å være helt alene om å forsvare en spesiell innfallsvinkel, slik som i bygdekommunen. Når dette er sagt, vil vi likevel framheve vår tolking av de sparsomme data vi har fra sykepleierne. Det var ulikhet i innfallsvinkler til rehabilitering mellom terapeuter og sykepleiere i begge kommuner.

Når ergo- og fysioterapeuter vektlegger at sykepleiere ikke har den samme oppfatningen av rehabilitering som dem selv, er dette blitt fortolket som et tegn på at terapeutene prøver å oppnå eksklusiv myndighet innenfor rehabiliteringsfeltet. Når rehabilitering ikke sidestilles med pleie, prøver terapeutene å lage snevre grenser mellom fagområdene. Hvordan forstå begrepet rehabilitering er en viktig del av den kontinuerlige kampen om kontroll (Feiring, 1992).

Bare i begrenset grad kan vi finne støtte for denne fortolkningen i vårt materiale. I bygdebyen syntes terapeutene å ha vunnet kontroll gjennom opprettelsen av rehabiliterings-avdelingen. Terapeutenes signaler ble som regel tatt hensyn til i samarbeidet med hjemmetjenestene. Rehabiliteringsleder var terapeut og hadde lederposisjoner som gav henne myndighet i forhold til andre avdelingsledere i helse- og sosialtjenesten, noe som også bidro til å vinne kontroll (Abbott, 1988).

I bygdekommunen hadde terapeutene over et lengre tidsrom forsøkt å vri pleie- og omsorgsavdelingen over til en avdeling der rehabilitering ble sidestilt med pleie. Dette hadde ikke ført fram på grunn av manglende støtte hos ledelsen. Men det var ikke så store skiller i rehabiliteringsbegrepet i forhold til sykepleierne. Problemet her var at rehabilitering tapte i kampen mot pleieoppgaver. Det syntes som om ergoterapeuten prøvde å mestre dette ved å konsentrere seg om arbeidsområder der hun hadde eksklusiv kontroll; hun fristilte seg f.eks. helt fra oppgaver på institusjonene. Også fysioterapeuten oppga at de hadde stor kontroll over sitt myndighetsområde. Samarbeidet og dialogen med sykepleierne var svært begrenset, kanskje bortsett fra samarbeidet rundt institusjonsoppgavene. Det kan virke som om sykepleierne overlot store deler av rehabiliteringsarbeidet til terapeutene. Konsekvensen

syntes heller å være at det tverrfaglige preget led, ikke minst rundt funksjonshemmede som ikke var brukere av hjemmetjenester (jfr. kapittel 3).

I evalueringen av et forsøk med integrerte fysio- og ergoterapitjenester i en bydel i Trondheim framkommer det at terapeutene opplevde et "sosialt trykk" i retning av pleietenkning. Tildels framkom dette presset ved at pleietjenestene avviste terapeutenes tilnærming til brukerne som umulig å gjennomføre (Alm Andreassen&Sæterdal&Jagmann, 1993). Selv om ergoterapeuten i bygdekommunen reagerte på at virksomheten til pleie- og omsorgstjenestene var for pleiefokusert, syntes situasjonen å være noe annerledes enn i Trondheim. Pleiefokuset manifesterte seg ikke som et "trykk". Årsaken til denne forskjellen kan skyldes at terapeutenens faglige autonomi var større sammenlignet med situasjonen i Trondheim. I bygdekommunen ble ikke ergoterapeuten "eidd" eller kontrollert, og oppgavene hennes blir ikke definert av sykepleierne slik som i Trondheimsbydelen.

### 2.3 Prioritering mellom ulike grupper

Innfallsvinkelen for dette avsnittet er ikke en statistisk sammenligning av hvilke målgrupper innsatsen i de to kommunene er innrettet mot. Det finnes ikke nøyaktig og heller ikke nyere statistikk for dette formålet i noen av kommunene. Direkte opptelling av antall henvendelser/besøk vil kunne gi et skjevt bilde av hvordan den totale ressursutnyttelsen prioriteres, ettersom det er meget store variasjoner i ressursbruk mellom hvert enkelt tilfelle. I hovedsak vil vi belyse hvilke faktorer som nøkkelpersonellet mener er av betydning for prioriteringen.

**Tenk på en forholdsvis sterkt pleietrengende og sengeliggende eldre person som bor hjemme, og som mottar hjemmesykepleie, og som du kjenner til i ditt daglige arbeid. Helsa er skrantende, og det er uvisst hvor mange år han/hun har igjen å leve. Du er koblet inn for å vurdere behov for rehabilitering. Med utgangspunkt i denne pasienten - ta stilling til påstanden:**

**"Dersom funksjonsevnen til pasienten er nedsatt i for stor grad, og dersom hun/han er for sterkt pleietrengende, er rehabilitering mindre nyttig og verdifullt for pasienten."**

Når vi skulle finne ut hvordan sentrale fagpersoner i kommunene prioriterer og begrunner prioritering av rehabilitering av sterkt pleietrengende, måtte vi konstruere et måleinstrument.

### 2.3.1 Rehabilitering av eldre med pleiebehov

Representanter for faggruppene fysioterapeuter, ergoterapeuter og sykepleiere ble bedt om å ta stilling til påstanden gjengitt i boksen (over).<sup>10</sup>

#### *Terapeuter i bygdekommunen sammenlignet med terapeuter i bygdebyen*

Hovedinntrykket vårt er at terapeutene i bygdebyen ikke var like velvillige til å bruke kapasitet på denne type brukere som terapeutene i bygdekommunen. To av terapeutene ville i en slik situasjon heller ha lagt forholdene til rette for noe de kaller "god omsorg og pleie"; f.eks. gjennom enklere boligtilpasning og hjelpemidler som kunne gjøre det lettere med personhjelp. En annen av terapeutene ville først ha vurdert pasientens egen motivasjon og nettverk.

Det kan virke som om terapeutene i bygdekommunen var noe mer åpne for å sette inn tiltak som kan stimulere til vedlikehold av livsfunksjoner og høyere livskvalitet blant pleietrengende eldre. Sammenlignet med terapeutene i bygdebyen pekte de mer tydelig på at det ideelt sett er riktig å tenke rehabilitering også for sterkt pleietrengende med hjemmetjenester.

#### *Terapeuter sammenlignet med sykepleiere*

Dersom vi betrakter begge kommuner i sammenheng, er det vanskelig entydig å kunne se at sykepleierne i sterkere grad ønsker å prioritere typen av pasienter som boksen beskriver. Til en viss grad gir data fra bygdebyen rom for å si at sykepleierne og ergoterapeutene prioriterte noe annerledes, mens det er vanskelig å se spesielle forskjeller i bygdekommunen.

Blant sykepleierne i bygdebyen var det åpenhet for tiltak som kan høyne eller vedlikeholde funksjonsnivå, f.eks. gjennom et opphold på rehabiliteringsinstitusjon. En av sykepleierne skilte seg klart ut ved å påpeke at selv om rehabiliteringspotensialet er lite, kan mye gjøres for å høyne den enkeltes selvhjelpenhet og livskvalitet. F.eks. pekte hun på viktigheten av at sengeliggende pasienter fikk muligheten til å stå opp og sitte i sine egne klær hver dag for slik å kunne stimulere den enkeltes selvfølelse.

### 2.3.2 Prioritering av grupper utenfor hjemmetjenestene

Helsetilsynets veileder vektlegger at alle funksjonshemmede, eldre som yngre og med alle typer fysiske og mentale funksjonstap, og som kan dra nytte av medisinske rehabiliterings-

---

<sup>10</sup> Hva som ligger i begrepet "sterkt pleietrengende" vil være noe relativt som vil kunne åpne for ulike tolkninger. Det er forsøkt å kompensere for dette ved å be respondentene om å tenke på et pasienttilfelle som man kjenner i sitt daglige arbeid, - altså flere ulike pasienttilfeller. I prinsippet vil dette også være uheldig ettersom sammenligningsgrunnlaget vil bli ulikt. Karakteren av svarene er imidlertid slik at det er trolig at omtrent alle respondenter har latt være å ta utgangspunkt i et virkelig tilfelle, men heller i et abstrakt tilfelle.

tiltak, i utgangspunktet er målgruppe for virksomheten.<sup>11</sup> Dette er et lite målrettet styringspremiss for kommunene i fordelingen av knappe ressurser. Alm Andreassen & Sæterdal & Jagmann (1993) har vist at i to bydeler i Oslo gir både ergo- og fysioterapeutene uttrykk for at faglig innsats fra deres side gir størst utbytte for brukere utenfor eller i grenselandet av pleie- og omsorgstjenestene. Samtidig reiser dette prioriteringsspørsmålet et etisk dilemma. Skal man prioritere velvære og selvhjulpenhet hos de svakeste, de pleietrengende, eller skal en bruke ressursene målrettet for å tilrettelegge for endring i aktiv retning hos de som har et stort opptrenings- og læringspotensiale, f.eks. funksjonshemmede barn?

### *Bygdekommunen*

I bygdekommunen var det et overordnet rehabiliteringsteam for tverrfaglig kontakt, samarbeid og samordning (jfr. kapittel 3). Men teamet var bare innrettet mot brukerne av omsorgstjenester, inkludert brukere av dagavdelingen for rehabilitering. Begge terapeutene opplevde dette som en vesentlig mangel ved virksomheten. Terapeutene hadde forsøkt å få til endringer, slik at barn og yngre funksjonshemmede som ikke får hjemmetjenester også kan fanges opp. Dette hadde ikke ført fram hittil,<sup>12</sup> - noe som medførte at habilitering/rehabilitering for denne målgruppen ble drevet for vilkårlig, og ikke forankret i en overordnet plan. Om denne gruppen skulle nås, var avhengig av personlige prioriteringer fra terapeutenes side. Noe av årsakene til problemet ble tillagt måten rehabiliteringsvirksomheten var organisert på (delt mellom to avdelinger).

Kommuneergoterapeuten påpekte at ergoterapitjenestene også hadde mange brukere utenfor pleie- og omsorgstjenestene, særlig barn og unge. For enkelte barn og unge ble det opprettet individuelle og tverrfaglige ansvarsgrupper, særlig i boligtilpasningssaker.<sup>13</sup> Når det ble igangsatt slike ansvarsgrupper, dreidde dette seg i hovedsak rundt boligsaker for yngre funksjonshemmede, eller for funksjonshemmede som ikke mottok hjemmetjenester. Problemet var at tilbudet til disse gruppene var for vilkårlig og ad-hoc preget, og ikke resultat av overordnet samordning og styring.<sup>14</sup>

Ergoterapeut anslo at hun brukte om lag 1/3 av disponibel tid til brukere utenfor hjemmetjenestene. I hovedsak var det oppgaver i forbindelse med formidling av tekniske hjelpemidler, veiledning og forebyggende tiltak. Personer med psykisk utviklingshemming fikk i svært begrenset grad tilbud om ergoterapi.

Fysioterapiressursene lot til å være forholdsvis jevnt fordelt mellom ulike aldersgrupper. Sjefsfysioterapeut oppga at dersom administrasjon og veiledning holdes utenfor, så fordelte hun disponibel tid om lag likt mellom eldre funksjonshemmede og barn/ynge funksjonshemmede. En av fysioterapihjemplene var innrettet mot voksne funksjonshemmede, mens en

---

<sup>11</sup> Kilde: Medisinsk rehabilitering - planlegging og organisering. Helsedirektoratets veiledningsserie 3-91.

<sup>12</sup> I samarbeid med sjefsfysioterapeuten har det imidlertid lyktes å få rehabiliteringsteam rettet mot alle grupper av befolkningen inn i kommunens nye helse- og sosialplan.

<sup>13</sup> På tidspunktet da data ble innsamlet var det i løpet av året omlag 5 pågående eller avsluttede opplegg av denne type.

<sup>14</sup> Inntil juni 1995 var fem slike ansvarsgrupper opprettet - i følge hovedinformant.

tredje hjemmel var reservert for arbeid på sykehjemmet og dagsenteret. Selv om denne fysisk var plassert i pleie- og omsorgsavdelingen, var den formelt tilknyttet fysioterapi-enheten. Bakgrunnen for dette var at stillingen skulle kunne vris mot personer som ikke mottok omsorgstjenester.

Sjefsfysioterapeut var i ukentlige møter med pleie- og omsorgsavdelingen omkring brukerne av hjemmetjenestene og dagsenteret (jfr. under). Imidlertid bidro ikke møtene med pleie- og omsorgstjenesten til at hjemmetjenestenes brukere fikk et mer omfattende tilbud i forhold til barn/ynge funksjonshemmede. Mange av fysioterapitjenestens brukere var barn. Habiliteringsarbeidet sjefsfysioterapeuten var involvert i foregikk delvis i et nært samarbeid med barnehagene og instanser innen skoleverket.

### *Bygdebyen*

I bygdebyen var rehabiliteringsvirksomheten organisert etter fire ulike målgrupper som terapeutene arbeidet mot, avhengig av livsfase, boform og til en viss grad type funksjonshemming (jfr. kapittel 1). Denne organisasjonsmodellen ga i utgangspunktet sikkerhet for ressurser en hadde til rådighet ble rettet mot personer både innen og utenfor pleie- og omsorgstjenestene, og der brukerne var både unge og eldre.<sup>15</sup> Rehabiliteringsleder brukte disse ordene for å framstille dette:

"Ved at rehabiliteringsarbeidet er skilt ut fra pleie og omsorg, gir det en sikkerhet for at funksjonshemmede som ikke mottar hjemmetjenester, særlig barn og unge, kan få et tilbud."

Kommunen hadde integrert verne- og miljøtjenestene for psykisk utviklingshemmede i den øvrige rehabiliteringsvirksomheten. En del av terapeutkompetansen var reservert for habilitering av hjemmeboende psykisk utviklingshemmede.

Ergoterapeutene i habiliteringsenheten i bygdebyen arbeidet nært opp til helsestasjonsvirksomheten, barnehagene og skolehelsetjenesten. De siste årene hadde det vært en markert økning av tunge barnesaker, bl.a. av barn med motorisk dysfunksjon.<sup>6</sup> Ergoterapeutene bruker økende ressursrer på boligsaker for barn med negative prognoser (jfr. kapittel 5). Et økende antall ansvarsgrupper var blitt igangsatt, særlig omkring barn med komplekse behov og rundt psykisk utviklingshemmede.<sup>16</sup>

---

<sup>15</sup> Dette vil være -habilitering av barn, - habilitering av personer i kommunalt bo- og aktivitetssenter for psykisk utviklingshemmede, rehabilitering tilknyttet institusjonstjenester (døgn og dagtilbud), og rehabilitering i tilnytning til hjemmetjenester.

<sup>16</sup> I følge rehabiliteringsleder er det vanskelig å anslå det nøyaktige antall grupper opprettet hittil i år, men trolig dreier det seg i under kant av 50 grupper.

Rehabiliteringsleder beskrev presset på tjenesten slik:

"Kommunen har et godt lokalt rykte for habiliteringstilbudene til barn, noe som medfører at enkelte flytter hit av strategiske grunner. Men om et godt tilbud skal kunne gis, vil bare 2 til 3 tunge funksjonshemmede barn ekstra kunne sprengre apparatet og ressursrammene våre."

Ventetiden for ergoterapibehandling har for enkelte barn var inntil seks måneder. Det virket som om kommunen hadde vist stor oppfinnsomhet for at behovet for hjemmebehandling og oppfølging av barn kunne dekkes så fylldig som mulig.<sup>17</sup>

### 2.3.3. Institusjonslignende tilbud

I både bygdebyen og bygdekommunen var det opprettet dagplasser med sikte på opptrening og rehabilitering av hjemmeboende funksjonshemmede. Det var noe uklart i hvilken fase disse var i rehabiliteringsprosessen, men det er rimelig å anta mange av brukerne befant seg i grenselandet mellom hjem og institusjon, og at plassene hadde betydning med hensyn til å forebygge varig institusjonsinnleggelse og rehabilitere ferdig behandlede pasienter til å mestre hverdagskravene i egen bolig.

#### *Bygdekommunen*

I bygdekommunen var dagavdelingen et tilbud til eldre og funksjonshemmede. Avdelingen var underlagt seksjon for hjemmebaserte tjenester, og bruken var innrettet mot mottakere av hjemmetjenester.<sup>18</sup>

I følge kommuneergoterapeuten var tilbudet ved senteret for noen år tilbake å regne som et geriatrikt aktivitetstilbud. Det hadde imidlertid blitt et mer målrettet rehabiliteringstilbud i tiden etter at kommunen ansatte kommuneergoterapeut. Majoriteten av brukerbelegget var personer over 67 år, - et mindre antall brukere var funksjonshemmede "midt i livet" (40-50 år).<sup>19</sup>

I følge en av de ansatte ved senteret reagerte enkelte brukere stundom på at senteret kunne ha preg av være et "gamlehjem". Sjefsfysioterapeut hadde en tilsvarende oppfatning av atmosfæren i avdelingen. Det var sjelden hun foreslo inntak av yngre funksjonshemmede. Disse oppfattet ofte avdelingen som et rent eldretilbud, noe som flere ganger hadde medført at tilbud om inntak ikke var blitt akseptert av yngre personer. I tillegg pekte hun på

---

<sup>17</sup> Kilde: Årsmelding for rehabiliteringsavdelingen, 1993, 1994. I tillegg til fysioterapeuter med avtale med kommunen ble det siste år opprettet avtale med tre fysioterapeuter som sammen med kommunalt deltidsansatte arbeidet på timebasis for kommunen.

<sup>18</sup> Det er et variert tilbud på senteret, bl.a. arbeidsstue, sosiale aktiviteter og sosial trening, kognitive trening og ADL-trening.

<sup>19</sup> Hovedinformanten anslo at omlag 3/4 brukere til enhver tid vil være i alderen over 67 år. På intervju-tidspunktet var omlag 1/5 av brukerne midt i livet, og ingen under 40 år.

at noe av tilbudene burde ha vært endret dersom senteret skulle kunne bli et reelt tilbud også for yngre funksjonshemmede.

Man hadde forsøkt å øke senterets kapasitet for å kunne gi et skjermet tilbud til barn og yngre brukere, noe som ikke viste seg å være mulig å gjennomføre på grunn av ressursmangel.

### **Bygdebyen**

I bygdebyen var det øremerket rehabiliteringsplasser/dagplasser ved sykehjemmet. Plassene var beregnet på alle funksjonshemmede som kommunehelsetjenesten hadde hovedansvaret for.

Bruken av dagplassene var ikke samordnet med hjemmebaserte tjenester, slik den var i bygdekommunen. Det var ikke noe kriterium at brukerne var registrert som brukere av hjemmetjenestene.

Pr. 1.1. 1993 var brukerbelegget på dagplassene forholdsvis likt fordelt mellom personer over og under 67 år.<sup>20</sup> De siste to årene hadde brukergruppen blitt bredere og mer variert, med mindre rehabiliteringspotensiale,<sup>21</sup> samtidig som kapasiteten hadde vridd seg mot formål plassene ikke var tiltenkt, behandling og pleie. Plassene taper ofte i konkurransen mot mer presserende pleiebehov, og øremerkingen fungerte ikke tilfredsstillende, i følge rehabiliteringsleder.

### **2.3.4 Muligheten for å nå grupper utenfor hjelpeapparatet ved forebyggende arbeid**

Gjennom forebyggende arbeid vil terapeutene kunne nå grupper og enkeltpersoner som ennå er mindre avhengige av ymse former for hjelpetjenester. I helse- og sosialtjenesten vil det kunne oppstå motsetninger mellom å prioritere målene om forebyggende og helsefremmende arbeid i generell forstand, og kurativt arbeid innrettet mot enkeltindivider. Det er rimelig å anta at høyt arbeidspress i forbindelse med løpende og akutte pleie og omsorgsbehov blant eldre og funksjonshemmede forringer mulighetene til å foreta "investeringer" i forebyggende arbeid, som gjerne gir resultater på lengre sikt. Dette vil kunne gjøre det vanskeligere å nå grupper som ikke er i kontakt med hjelpeapparatet, som f.eks barn og ungdom.

Forebyggende arbeid er et vanskelig operasjonaliserbart begrep, noe som vil virke forstyrrende på muligheten for direkte sammenligninger mellom kommunene.<sup>22</sup> Samtidig er det uklare grenser mellom forebyggings- og rehabiliteringsbegrepet, spesielt når man med

---

<sup>20</sup> Kilde: Notat om utvikling av pleie- og omsorgstjenestene og rehabiliteringstjenestene i kommunen.

<sup>21</sup> Kilde: Årsmelding for rehabiliteringsavdelingen, 1993 1994.

<sup>22</sup> Begrepet forebyggende arbeid er mangslungent, og dekker alt i fra primærforebyggende arbeid rettet mot hele befolkningen (f.eks. opplysningsvirksomhet), sekundærforebyggende arbeid (tiltak rettet mot grupper av risikopersoner for å forhindre utvikling av sykdom), og såkalt tertiærforebyggende arbeid (individrettede tiltak for å hindre videre utvikling av sykdom/funksjonshemming).



forebygging også mener tiltak for å motvirke utvikling av problemer hos personer som alt har pådratt seg sykdom/funksjonshemming.<sup>21</sup>

Vi har imidlertid inntrykk av at alle informanter med forebyggende arbeid i hovedsak forstod overindividuelle tiltak, enten i form av arbeid rettet mot risikogrupper eller generelle og helsefremmede tiltak rettet mot hele befolkningen i kommunen.

### ***Bygdekommunen***

Forebyggende arbeid utgjorde en ikke ubetydelig tid av kommuneergoterapeutens tid. Den knappe ressurs- og bemanningssituasjonen, og etterspørselen fra faggruppene i hjemmetjenestene la et dårlig grunnlag for slike prioriteringer. Hun pekte på at:

"Jeg prøver å være på eldresenteret så ofte som mulig, for å gi informasjon om ulike spørsmål. På senteret er de fleste enten lite- eller ikke hjelpetrengende i forhold til hjemmetjenester".

Hun vektla ellers viktigheten av å nå hele befolkningen med informasjon om ulike temaer av forebyggende karakter. Til dette utnyttet hun en kommunal avis, der hun hadde en fast spalte. I et avisnummer beskrev hun f.eks. livsløpsboligens forebyggende potensiale og viktigheten av å planlegge langsiktig.

Derimot pekte ergoterapeuten på at det er relativt begrenset hvor mye av ergoterapiressursene som kan brukes i tilknytning til det forebyggende arbeidet for barn (helsestasjonene, barnehagene, skolehelsetjenesten). Imidlertid var fysioterapitjenesten i større grad i samarbeid med disse institusjonene.

Sjefsfysioterapeuten syntes å dele kommuneergoterapeutens ideal om å vektlegge forebyggende arbeid. Hun mente at det ideelle ville være å komme i gang med rehabilitering tidligere, før en blir avhengig av hjemmesykepleien, når det enda er mulig å gjøre. Hjelpemidler og boligtilrettelegging er typiske forebyggende virkemidler om virkemidlene brukes på rette måten, f.eks. for å redusere behovet for personhjelp. Det oppstår lett individuelle barrierer når en skal bruke disse i et langsiktig og forebyggende perspektiv:

"Det kan være vanskelig å bruke hjelpemidler eller boligtilpasning i forebyggende sammenheng, fordi pasientene må se sine egne behov først. Og ofte erkjenner den enkelte sine behov først når en er hjelpetrengende eller nesten hjelpetrengende."

## *Bygdebyen*

I bygdebyen opplevde kommuneergoterapeuten at tiden ikke strakk tilstrekkelig til for forebyggende arbeid.

Rehabiliteringsleder pekte på at det sekundærforebyggende arbeidet, oppfølging av allerede oppstått sykdom og funksjonssvekkelse med sikte på å forebygge videre funksjonssvekkelse, lett tapte i kampen om knappe ressurser. Hun sa f.eks at:

"Vi er ikke flinke nok til å samarbeide med pårørende for å forhindre utbrenthet; avlastningstilbudene er ikke gode nok".

Årsmeldingene til rehabiliteringsavdelingen de siste to årene, og opplysninger samlet inn på annen måte, tyder imidlertid på at bygdebyen til en viss grad maktet å vektlegge primærforebyggende arbeid, dvs. tiltak som settes inn for å fjerne risikofaktorer før funksjonssvekkelse oppstår. Et eksempel på dette er at i bygdebyen var det et bredere og mer institusjonelt forankret samarbeid med institusjoner med ansvar for barn (skoleverk, barnehager, PPT-tjeneste og helsestasjonsvirksomheten) enn i bygdekommunen. Dette gjaldt f.eks. ulike former for opplysningsvirksomhet innrettet mot barn og ungdom.

### **2.3.5 Oppsummering og diskusjon**

Når hjemmebaserte- og institusjonsbaserte tjenester integreres i en avdeling, kan det utvikle seg brytninger og uenighet mellom pleiepersonell og terapeuter om hvilke grupper man skal prioritere. I evalueringen av en slik modell framkom det at terapeutene mente at ressursinnsatsen burde forebygge funksjonssvikt og avhengighet av hjelpetjenestene, mens pleiepersonellet fryktet at de svakeste og mest hjelpetrengende brukerne med en slik målsetting ikke ville få tilstrekkelig del av rehabiliteringsinnsatsen (Alm Andreassen & Sæterdal & Jagmann, 1993).

Vi har prøvd å sammenligne hvordan rehabiliteringstjenestene ble innrettet mot ulike målgrupper i befolkningen. Dette henger nært sammen med hvordan rehabiliteringsbegrepet syntes å bli forstått i kommunene. I følge Feiring (1992) vil det ofte danne seg en terapeutgruppe som har rehabiliteringsoppgaver som primære oppgaver, og en pleiegruppe som har stell og tilsyn overfor rehabiliteringsklienter som sekundære oppgaver. Brytninger om rehabiliteringsbegrepet mellom faggruppene dreier seg mye om hvilke grupper som skal prioriteres, pleieklientene eller andre.

En stor andel av ergoterapeutens og hjemmetjenestenes brukere var eldre og pleietrengende brukere i bygdekommunen. Det synes som om dette gjorde at rehabiliteringsbegrepet ikke ble så strengt adskilt i forhold til pleie og vedlikehold av funksjoner som i bygdebyen. I bygdebyen var terapeutene mer villig til å overlate sterkt pleietrengende og eldre hjemmeboende til pleiegruppene. I bygdekommunen var rehabiliteringsbegrepet videre, noe

som åpnet for innsats fra terapeutene også for sterkt pleietrengende. Pleiefokuset i bygdekommunen gjorde at ergoterapeuten i større grad prioriterte pleieklienter enn i bygdebyen.

Hvordan ulike grupper, i og utenfor hjemmetjenestene, ble prioritert er vanskelig å belyse ettersom vi ikke har statistikk å forholde oss til. Men det umiddelbare inntrykket er at personer utenfor hjemmetjenestene i bygdebyen ikke fikk den prioritet som de fikk i bygdebyen. Dette er i samsvar med det mer vide rehabiliteringsbegrepet til ergoterapeutene i bygdekommunen og det mer snevre begrepet i bygdebyen. Institusjonstilbudene i begge kommuner syntes å være dominert av eldre brukere. Men en viktig skilnad var at i bygdebyen var institusjons-tilbudet *beregnet* på alle grupper, og ikke bare på brukere av hjemmetjenestene som i den andre kommunen.

Tilbudene til barn var mer omfattende i bygdebyen enn i bygdekommunen. Den vesentlige forskjellen mellom kommunene var hvorvidt ergoterapitjenestene til barn/ynge funksjonshemmede var avhengig av personlige prioriteringer eller om tilbudet var institusjonalisert i organisasjonen. I bygdekommunen fanget ikke rehabiliteringsteamet opp barn og andre personer som pleie- og omsorgsetaten ikke hadde et tjenesteforhold til. I bygdebyen var habiliteringstilbudet skjermet fra innsatsen til andre grupper ved måten rehabiliteringsavdelingen var bygd opp på (jfr. kapittel 1). Ulikt antall terapeuter i kommunene og fordi ergoterapeuten i bygdekommunen ofte stod alene om sine synspunkter, kan være en annen grunn til at rehabiliteringstilbudet til barn ofte ble et spørsmål om personlige prioriteringer i bygdekommunen.

## 3. Samarbeid og arbeidsfordeling mellom yrkesgrupper

### 3.1 Innledning

Sammenlignet med annen virksomhet utmerker rehabilitering seg ved å være et felt som er delt av flere disipliner og fag. For å sikre at brukerne får et så variert tilbud som mulig, og for at såvel sosiale som medisinske behov kan imøtekommes, er hensynet til tverrfaglighet i kommunenes rehabiliteringstilbud understreket (Lie, 1989). Hva som egentlig menes med tverrfaglighet er imidlertid ofte uklart beskrevet. Hvordan og om hva ulike yrkesgrupper samarbeider vil være et viktig aspekt med hensyn til tverrfaglighet.

Problemstillingene i dette kapitlet vil være følgende:

- Hvordan er arbeidsdelingen og samarbeidet mellom ergo- og fysioterapeutene, og hvilke kriterier og forhold er styrende for den?
- Hva er ergoterapeutenes unike bidrag i virksomheten, og hvilke oppgaver utføres sammen med fysioterapeutene?
- Er arbeidsdelingen mellom terapeutgruppene strukturert og avklart en gang for alle og således styrt av oppgavemonopol, eller er den preget av fleksibilitet?

### 3.2 Beskrivelse av møteplassene for tverrfaglig virksomhet

De to kommunene hadde organisert rehabiliteringsvirksomheten sin forskjellig. Dette får delvis konsekvenser for hvilke arenaer som oppstod. Samarbeidet mellom faggrupper som den ene kommunen har organisert sammen i den daglige driften, og som ga mulighet for tett dialog, var i den andre kommunen organisert gjennom dialog på tvers av avdelinger. Under følger en kort oversikt over møteplassene til ergoterapeutene når de samarbeidet med andre faggrupper i rehabiliteringsvirksomheten.

#### 3.2.1 Bygdekommunen

I bygdekommunen hadde en ennå ikke opprettet et overordnet og permanent rehabiliteringsteam innrettet mot hele befolkningen. Imidlertid var det opprettet et eget rehabiliteringsteam innrettet mot brukere av de hjemmebaserte pleie- og omsorgstjenestene, der ergoterapeuten deltok. Teamet var tverrfaglig sammensatt, og ellers representert av medisinsk pleiepersonell, aktivitør, fysio- og ergoterapeut. Teamet møtte annenhver uke og tok opp rehabiliteringssaker, i hovedsak for brukere av dagsenteret (jfr. kapittel 1 og 2) og for andre hjemmeboende pasienter. Det var dessuten ukentlige møter med hjemmesykepleien omkring brukere av hjemmetjenesten, der begge terapeutene møtte, og som også kunne ta opp rehabiliteringstiltak. Ergoterapeut møtte dessuten fysioterapeut til ukentlige møter på

dagavdelingen, der også aktivtør og miljøpersonell deltok. Inntak til dagsenteret ble samordnet gjennom et felles inntaksteam for alle pasienter til pleie- og omsorgstjenesten. Teamet møttes jevnlig ved behov, og var vesentlig sammensatt av faggruppene som møtte i de andre møtene.<sup>23</sup> Mellom fysio- og ergoterapeutene ble disse møtene ofte brukt til informasjonsføra for andre brukere enn brukere som er nevnt over. Møtene ga også rom for dialog i mer generell forstand mellom terapeutene.

Det oppstod dessuten tverrfaglig kontakt i ad-hoc grupper. Dette vil kunne være ved utskriving av ressurskrevende pasienter fra lokal- og sentralsykehus, som hadde store behov for tverrfaglige rehabiliteringsopplegg. Rundt enkeltpersoner som ikke fikk hjemmetjenester, gjerne barn og yngre funksjonshemmede, ble det til en viss grad opprettet individuelt innrettede og tverrfaglige ansvarsgrupper. Det var særlig i boligtilpasningssaker disse gruppene kom i aksjon.

### 3.2.2 Bygdebyen

Heller ikke i bygdebyen hadde man opprettet et overordnet og permanent rehabiliterings-team. I mer overordnede og generelle spørsmål fungerte etatsjefsmøtet (tiltaksteamet) stundom som en overordnet gruppe. Rehabiliteringsavdelingen savnet likevel et permanent og formalisert samarbeid med pleie- og omsorgavdelingen. Ergoterapeutene hadde ukentlige møter med hjemmesykepleien, der andre yrkesgrupper i hjemmetjeneste også deltok. Ergoterapeut var også representert i inntaksteamet til institusjonsplassene ved arbeids- og aktivitetssenteret.

I bygdebyen var relasjonen mellom fysio- og ergoterapeutene tettere enn i bygdekommunen. Kontakten var koordinert og forankret i den daglige driften. Terapeutgruppene var plassert i samme avdeling, som sammen forholdt seg til brukerne i duoer/trioer. Stort sett hadde disse faggruppene jevnlig og daglig kontakt.

Det var en utbredt bruk av tverrfaglige ansvarsgrupper i bygdebyen. Gruppene var satt sammen rundt barn med større rehabiliteringsbehov, og voksne med multiple funksjonshemninger, særlig psykisk utviklingshemmede. Gruppene kom også sammen rundt de fleste større boligtilpasningssaker for funksjonshemmede (jfr. kapittel 5). Ergoterapeutene lot til å være en viktig aktør i de fleste gruppene. Som i bygdekommunen ble det dessuten satset på tverrfaglighet rundt utskrivinger og mottak av pasienter fra 2. linjetjenesten i helsevesenet.

Ved avslutningen av datainnsamlingen<sup>24</sup> ble det opprettet en tverretattlig boliggruppe i bygdebyen. Det er noe uklart hvor operativ gruppen har vært i tiden etter (jfr. kap. 5).

---

<sup>23</sup> Unntatt hjelpepleiere, aktivtør og miljøpersonell

<sup>24</sup> Medio juni 1995.

### 3.3 Samarbeidet mellom ergo- og fysioterapeutene

#### 3.3.1 Arbeidsdeling og felles oppgaver

Spørsmålet omkring arbeidsfordeling av rehabiliteringsoppgaver mellom yrkesgruppene er vanskelig å forstå en gang for alle. Feiring (1992) har vist at arbeidsfordelingen mellom sykepleiere og terapeuter snarere er preget av tvetydighet og kontinuerlige "forhandlinger". Ideelt sett burde vi ha hatt observasjonsdata, som dekket beslutningssituasjonene i samband med arbeidsdelingen, eller data på ulike tidspunkter. Vi tar forbehold om at datamaterialet er noe begrenset for å kunne belyse dette problemet. Vi konsentrerer oss særlig om samarbeidet omkring formidling og utprøving av tekniske hjelpemidler. Hjelpepleiere og sykepleiere, sammen med hjemmehjelpene, var også viktige iverksettingsaktører av hjelpemidler på rehabiliteringsfeltet.<sup>25</sup> Men vi var særlig interessert i den delen av samarbeidet der ergo- og fysioterapeutene er involvert.

Hvilke kriterier som styrer arbeidsdelingen mellom terapeutene kan gi en nærmere konkretisering av hvordan arbeidsfordelingen mellom faggruppene er. På sentralt nivå synes det som om ergoterapeutene ser seg selv som hovedansvarlige for formidling av hjelpemidler i kommunehelsetjenesten. I kommuner der det er ansatt ergoterapeut i åpen omsorg, er det også stort sett ergoterapeutene som har hovedansvaret (Ytrehus, 1994). Dette avsnittet vil belyse hvordan dette hovedansvaret iverksettes i praksis.

#### *Bygdekommunen*

Det er to forhold som særlig setter sitt preg på samarbeidet mellom terapeutgruppene i bygdebyen som vi vil presentere først.

Det ene forholdet er ergoterapeutstillingens karakter, kommuneergoterapeut i åpen omsorg. Ergoterapeuten pekte på at hun både har administrative og operative oppgaver. Kombinert med at hun var alene som eneste fagperson av sitt slag i kommunen, førte det administrative ansvaret til at den terapeutiske kontakten med brukerne i hovedsak foregikk via veiledning av andre faggrupper (jfr. kapittel 4). Hun opplevde at den direkte kontakten med brukerne var begrenset.<sup>26</sup>

Det andre forholdet var fysioterapeutens yrkesrolle. Inntil 1992 hadde ikke kommunen ansatt ergoterapeut. Ledende fysioterapeut pekte på at det da var nødvendig for henne å gå

---

<sup>25</sup> Hjelpemiddelformidlingen er avhengig av både sykepleiere og hjemmehjelpere. I begge kommunene spiller sykepleierne og hjemmehjelperne i hjemmetjenestene en betydelig rolle. Ofte vil formidlingen dreie seg om enklere og lette hjelpemidler. Da vil hjemmetjenesten bringe ut hjelpemidlene til brukerne og foreta nødvendig opplæring. I tillegg vil de fleste hjelpemiddelbehov bli oppdaget av hjemmetjenesten.

<sup>26</sup> Det understrekes at data på dette punkt bygger på terapeutenes egenopplevelse, og ikke f.eks. er frankommet av statistikk for hjemmebesøk. En stikkprøve over terapeutenes viktigste arbeidsoppgaver i de to kommunene (over to uker) viser tvert i mot at det ikke er nevneverdige skilnader i antall hjemmebesøk verken mellom ergoterapeut og fysioterapeut i bygdekommunen, eller samlet mellom kommunene.

utover en tradisjonell fysioterapeutrolle. Hun tilegnet seg både metodikk og innfallsvinkler som særlig ergoterapeutene er kjent for; bl.a. hjelpemiddelformidling og nettverksarbeid. Denne måten å utforme yrkesrollen på har blitt hengende igjen etter at kommunen ansatte ergoterapeut.

### Faggruppens egne- og felles oppgaver i arbeidsdelingen

Ergoterapeuten hadde et eksklusivt ansvar for boligtilrettelegging. Innenfor ADL-trening og testing for fysisk funksjonshemmede delte de to terapeutgruppene ansvaret mellom seg. Ergoterapeut tok i svært begrenset grad del i opptrenings- eller rehabiliteringsopplegg som direkte hadde befatning med fysisk motoriske problemer. Sansaintegrasjon ble bare utført av sjefsfysioterapeut.

Hovedansvaret for hjelpemidler var plassert hos ergoterapeut, som også hadde ansvaret for de fleste hjelpemiddelsakene og var kontaktperson i forhold til hjelpemiddelsentralen. Men fysioterapeutens ansvar for hjelpemidler var også forholdsvis stort. Det var ingen klart eksplisitte kriterier for hva som styrte arbeidsdelingen i forhold til hjelpemidler. Fysioterapeuten hadde lite med hjelpemiddelsentralen å gjøre; det administrative ansvaret i forhold til hjelpemiddelsentralen ble overlatt til ergoterapeut.

Men fysioterapeut var involvert i de fleste fasene i prosessen, identifisering og analyse av behov, funksjonstesting, utprøving av- og opplæring i bruk av hjelpemidlene. Mer kompliserte hjelpemiddelsaker, f.eks. i saker knyttet til boligtilpasning, overlot hun til ergoterapeut. Det samme var tilfelle når fysioterapeuten registrerte hjelpemiddelbehov hos personer som ikke var hennes brukere. Sin befatning med hjelpemidler omtalte hun ellers slik:

"Det er ikke så vanskelig å tilegne seg kunnskapen som skal til for å kunne formidle hjelpemidler. Når en tar tiden til hjelp lærer en seg det viktigste."

Intervjuene ga tydelig inntrykk av at kommuneergoterapeuten definerte sitt arbeidsfelt og sine holdninger til arbeidsfordeling utfra en svært klar oppfattelse av de begrensede ressursene hun hadde til rådighet. Hun syntes å oppfatte fysioterapeutens engasjement innenfor eget arbeidsfelt nærmest som et ubetinget gode - som en avlastning.

### Arbeidsdeling og forholdet til brukerne

Ergoterapeut vektla at det bare var i mindre grad hun selv hadde tid til å besøke brukerne i samband med hjelpemiddelsaker. I hovedsak satset hun på veiledning av andre faggrupper og veiledning av familiemedlemmer. Den lite oppsøkende rollen til kommunergoterapeuten (jfr. kapittel 4) satte sitt preg på innholdet i arbeidsdelingen for rehabiliteringen generelt. Det var forholdsvis sjelden at terapeutene møttes i forbindelse med konkrete terapeutiske oppgaver, f.eks. hjemme hos pasientene. Det ble sjelden foretatt felles hjemmebesøk, eller foretatt systematiske og felles ADL-vurderinger av brukerne. Men det var ofte nær dialog

mellom terapeutene omkring enkeltpasienter, både på mer formelle møter og uformelt i bilateral sammenheng. Det lot til at denne dialogen var mer av administrativ karakter enn preget av terapeutiske oppgaver i felten. Det ble alltid foretatt tverrfaglige pasientrapporter for brukere av dagavdelingen, men det var ikke alltid disse inneholdt funksjons- og ADL-vurderinger.

### Beslutningskriterier mht arbeidsdeling

Ergoterapeuten tok sjelden del i fysiske opptreningsopplegg for å avhjelpe fysiske motoriske problemer (jfr. over). I tillegg trakk hun særlig fram to "beslutningskriterier" med hensyn til arbeidsdelingen mellom henne og fysioterapeuten.

"Ofte vil det være den som til enhver tid har ledig tid som utfører enkelte oppgaver. I tillegg prøver vi å ta hensyn til hvem av oss som var inne i bildet sist hjelp ble gitt, for å unngå at brukeren får unødvendig mange å forholde seg til."

Sjefsfysioterapeut var til en viss grad enig i at denne formen for tverrfaglighet, at en yrkesgruppe utfører oppgaver som tradisjonelt tilhører andres fagrepertoar, ga mulighet for fleksibel utøvelse av tjenestene. Men det ble framholdt at dette ikke var en ideell løsning:

"Faren ved en slik form for tverrfaglighet er at en kan bli "kvasi-aktører på andres fagområder", og at en nødløsning kan bli en permanent løsning."

### ***Bygdebyen***

I bygdebyen var det ansatt fire ergoterapeuter, og tre av dem gikk fri av overordnede administrative oppgaver. Kommuneergoterapeuten påpekte at ergoterapeutene ofte veiledet og informerte andre faggrupper, og at en stor del av jobben bestod av dette.

### Egne og felles arbeidsoppgaver

Separate bidrag fra ergoterapeuten var tilrettelegging av bolig, aktivitetsanalyser med sikte på mestring av dagliglivsfunksjoner, nettverksarbeid og sanseintegrasjon. Fysioterapeutene hadde eneansvaret for fysikalske behandlings- og opptreningsopplegg. Når ADL-tester/ADL-trening hadde befatning med fysisk motorisk funksjonssvikt tok også fysioterapeutene del i slike oppgaver.

I bygdebyen var det, som i bydekkommunen, kommuneergoterapeut som hadde det overordnede ansvaret for formidling av hjelpemidler og kontakt med hjelpemiddelsentralen. Men også fysioterapeutene var involvert i formidlingen og tilpasningen.



### Beslutningskriterier mht arbeidsdeling

På spørsmål om hvilke oppgaver som "tilhørte" hvilke yrkesgrupper, syntes det som om det var lettere for informantene i bygdebyen å plassere grensene mellom yrkesgruppene sammenlignet med bygdekommunen. De to hovedinformantene ga korresponderende beskrivelser av disse grensene.

Vi forstod det slik at stort sett var forutsetningen for involvering fra fysioterapeutenes side at rehabiliteringstiltakene tok utgangspunkt i fysisk funksjonssvikt. Når det gjaldt hjelpemidler, tok fysioterapeutene del når hjelpemiddelet ble brukt til å avhjelpe motorisk dysfunksjon, og der hjelpemidler var del av en større fysikalsk opptreningsprosess. Når behovene for hjelpemidler hadde sammenheng med mer multiple funksjonshemminger, utover fysisk funksjonssvikt, eller når funksjonshemmingen kunne utvikle seg til å bli svært stor på sikt, hadde ergoterapeutene i hovedsak ansvaret.

Som i bygdekommunen ble det dessuten pekt på viktigheten av å begrense tallet på hjelpepersoner. Dette kunne medføre at den ene terapeuten av og til trakk seg ut og overlot det praktiske ansvaret til den andre.

### Arbeidsdeling og forholdet til brukerne

Ergo- og fysioterapeutgruppene i bygdebyen syntes å arbeide mer sammen rundt den enkelte bruker enn i bygdekommunen. Det ble jevnlig utført felles hjemmebesøk, felles funksjonsvurderinger og opptreningsopplegg, f.eks. i forhold til barn med sansemotoriske dysfunksjoner. Om nødvendig var begge faggrupper sammen i vurderinger om 2. linjetjenesten skulle kobles inn, eller om institusjonsplass var aktuelt. Til en viss grad kom terapeutgruppene også sammen for å vurdere behov for tekniske hjelpemidler for bevegelseshemmede - om nødvendig hjemme hos brukerne. Andre virkemidler de var sammen om kunne være generelle funksjons- og ADL-tester både hos hjemmeboende og hos institusjonsbeboere.

Ergoterapeutene hadde også direkte brukerkontakt i visse typer hjelpemiddelsaker (ved siden av den iverksettingen som skjer gjennom hjemmesykepleien/hjemmehjelpene). Dette var særlig tilfelle i tyngre saker, der det i intervjuene ble vektlagt at ergoterapeutene alltid prøvde å bruke ADL-analyser for å ta hånd om hjelpemiddelbehovet.

Med hensyn til rehabilitering generelt var ikke ergoterapeutene i bygdebyen så avhengige av å arbeide via andre for å kunne nå brukerne, f.eks. gjennom veiledning, som ergoterapeuten i bygdekommunen.

## *Oppsummering og diskusjon*

Når vi har behandlet arbeidsdeling og samarbeid i dette avsnittet har vi imidlertid i hovedsak tatt utgangspunkt i virkemidlene og metodene som har vært til disposisjon. En slik overordnet virkemiddelanalyse har ikke grepet det daglige samarbeid og arbeidsdeling omkring den enkelte bruker. For en gitt bruker er nok arbeidsdelingen mer flytende og diffus i begge kommunene enn det denne beskrivelsen har gitt inntrykk av. I begge kommunene ble det f.eks. vektlagt at brukerne burde få så få hjelpepersoner som mulig å forholde seg til, noe som også bidro som et arbeidsfordelingskriterium.

Det var skilnader mellom kommunene med hensyn til hva som styrte arbeidsdelingen. En ulikhet bestod i arbeidsdelingen mellom terapeutene. Denne var tydeligere og mer systematisk i bygdebyen enn i bygdekommunen. Samarbeidet var basert på en noe klarere og strukturert arbeidsdeling. Dersom funksjonstapet var av fysisk karakter, ikke multiplert, samtidig som rehabiliteringen bestod av fysisk opptrening tok fysioterapeutene del. Fysioterapeuten som ble intervjuet i bygdebyen vektla heller ikke at fysioterapeutene aktivt hadde forsøkt å innta en "aprofesjonalistisk" yrkesrolle, som i bygdekommunen. I bygdekommunen var ikke arbeidsdelingen så enkel å forstå. Den var mer tvetydig og grensene mellom yrkesgruppene var uklare, og de ble bevisst overskredet. Knapphet på tid og ressurser for ergoterapeuten gjorde det viktig for henne å utnytte fysioterapeutens "utvidede" yrkesrolle.

Den andre ulikheten bestod i hvordan samarbeidet fortonte seg "i felten". I bygdekommunen var det et begrenset samarbeid omkring enkeltbrukere. Like mye som å arbeide sammen nær brukerne, lot terapeutene til å dele brukerne mellom seg, - avhengig av ressurser og personlig kjennskap til brukerne. I bygdebyen var feltsamarbeidet større, både omkring ADL, boligtilrettelegging og under felles hjemmebesøk.

Det kan være minst to årsaker til disse ulikhetene, kommunestørrelse/antall terepeuter, eller en mer profesjonsorientert arbeidsdeling i den ene kommunen i forhold til den andre.

I små kommuner, med lite antall ansatte fagpersoner vil det være vanskeligere å få til en differensiering av arbeidet med utgangspunkt i klare kriterier, enn i større kommuner med flere fagpersoner. Samarbeidet mellom fysioterapitjenestene og ergoterapeut ble utgjort av to (til tre personer) i bygdekommunen. Små personalressurser gjorde det både vanskelig og lite rasjonelt for terapeutene å skape en så konsis arbeidsdeling som hersket i bygdebyen. For å sikre at enkelte brukergrupper i det hele fikk et tilbud, ble det også nødvendig for kommuneergoterapeuten å utnytte sjefsfysioterapeutens kontaktflate i forhold til yngre brukere. Dersom felles hjemmebesøk f.eks. hadde blitt rutinisert, hadde dette lagt beslag på store deler av kapasiteten til rehabiliteringspersonellet.

Profesjonalisering innebærer, blant andre makt- og innflytelsesmekanismer, at enkelte yrkesgrupper søker å få fortrinnsrett (helst lovbeskyttet) til å utføre bestemte oppgaver. Yrkesgruppen tilstreber dessuten faglig autonomi; bare medlemmer av yrkesgruppen kan

bedømme hva som er korrekt yrkesutøvelse (Elstad, 1991). Dersom arbeidsdelingen bærer preg av overenskomster mellom faggruppene, formelle eller uformelle, og er preget av klare og monopoliserte kriterier, er arbeidsdelingen et resultat av profesjonaliseringstendenser. En slik analyse passer langt bedre for arbeidsdelingen i bygdebyen enn arbeidsdelingen i bygdekommunen.

Feiring (1992) har vist at den lokale arbeidsdelingen mellom faggrupper i rehabiliteringsarbeidet er mer diffus og tvetydig enn hva innholdet i arbeidsdelingen på sentralt plan tilsier. På de lokale arbeidsplassene blir faggruppene bl.a. enige om lokale arbeidsdelinger, som resultat av kamp om myndighet og kontroll. Enigheten (eller avtalene) legitimerer deres lokale domønefelt, men kan også medføre at en må utføre oppgaver på andres ansvarsfelt. Avtalene er lett påvirkelige, og kampen om myndighet og kontroll må stadig fornyes. I dette avsnittet har vi studert hvordan ergoterapeutenes oppgaver ble iverksatt i lokal praksis. I samsvar med Feiring framkommer det av vår analyse at arbeidsfordelingene blir til i et samspill med lokale faktorer. Vårt materiale kan tyde på at ambivalensen som hersker i arbeidsdelingen, blir bestemt av lokale faktorer, som f.eks. hvordan yrkesroller blir fylt og hvordan ergoterapeutene mestrer ressursknapphet.

Alm&Andreassen&Sæterdal&Jagmann (1992) har pekt på at i små enheter med få men ulike kompetansepersoner, er det viktig å være fleksible for å kunne frigjøre kompetansepersonene for utfordringer som krever akkurat deres kompetanse.

Vi har vist at i en slik enhet, i bygdekommunen, tilstrebet man en annen form for fleksibilitet. For å makte de løpende utfordringene må faggruppene i bygdebyen glemme profesjonsgrensene. Små personalressurser og stramme arbeidsbetingelser bryter opp profesjonaliserte normer og føringer. Ulikheten i arbeidsdeling i kommunene synes med andre ord å være et samspill mellom de to årsakene som vi tidligere pekte på.

### **3.3.2 Fleksibilitet eller stivhet**

Hittil i dette kapitlet har vi vist at ergo- og fysioterapeutenes arbeidsfelt berører hverandre. Vi har belyst hvorvidt yrkesgruppene tillater hverandre å gå inn på hverandres fagområder. I dette avsnittet skal vi belyse denne problemstillingen nærmere. Vi er både opptatt av hvor smidig arbeidsfordelingen avtales, og hvor fleksibelt innholdet i arbeidsfordelingen er. Vi skal også belyse hvorvidt yrkesgruppene ønsker en klar og strukturert arbeidsfordeling; hvordan de normative oppfatningene rundt dette er. Dersom dette er tilfelle kan det indikere at arbeidsfordelingen har tatt farge av profesjonsinteresser og arbeidsmonopol.

#### ***Bygdekommunen***

I bygdekommunen opplevde informantene forholdet om arbeidsdeling noe ulikt. Kommuneergoterapeuten oppfattet at arbeidsdelingen i stor grad var fleksibel, f.eks. ved at terapeutene stundom var inne på hverandres fagområder (jfr. over). I intervjuene med henne framkom det ikke tegn som antydte at hun var misfornøyd med den diffuse arbeidsdelingen,

hun ønsket ikke en mer strukturert arbeidsfordeling. Det viktigste var at ting ble gjort, og ikke hvem som utførte tingene. Hun la vekt på at samarbeidet og kontakten med sjefsfysioterapeut var tilfredsstillende og smidig slik at arbeidsoppgavene gjensidig ble avtalt etterhvert som oppgavene ble registrert, fra "dag til dag". Jevnlige bilaterale møter og telefonisk kontakt koordinerte arbeidet dem i mellom. I motsetning til den andre mente imidlertid ergoterapeuten at det daglige samarbeidet ble noe svekket pga. ulik avdelings-tilhørighet.

Sjefsfysioterapeuten vektla tydeligere at tverretattlig dialog var et like godt fundament for samarbeidet med ergoterapeuten som å samordne ressursene i én avdeling. Hvilken avdeling man tilhørte betydde minimalt for det daglige samarbeidet, selv om dette svekket den planmessige rehabiliteringen (jfr. kapittel 2). Imidlertid ønsket hun en enda mer fleksibel arbeidsfordeling enn det terapeutene hadde i dag, og påpekte at:

"Ergoterapeuten har sine oppgaver og jeg har mine. Jeg ønsker et system med flytende ansvarsforhold mellom fagpersonene, som varierer utfra behovene til hver enkeltperson, og der alle biter blir ivaretatt".

Vi stilte informantene spørsmålet om hva som skjer med arbeidsfordelingen i tilfelle det oppstår langvarig sykdom hos en av dem. Ville oppgavene bli lagt brakk eller ville den andre ta over, og hadde de motforestillinger mot at oppgavene ble flyttet?

Kommuneergoterapeut pekte særlig på tekniske hjelpemidler og ADL-vurderinger og at ulike former for treningsopplegg kunne ha blitt overført fra henne til fysioterapeutene i tilfelle langvarig sykdom hadde oppstått. Boligtilrettelegging, forebyggende arbeid og ulike former for befolkningsrettet informasjonsvirksomhet ville derimot ikke ha blitt utført. Når det gjelder ansvarsoverføring andre veien, er også ledende fysioterapeut åpen for at ergoterapeuten kunne overta enkelte oppgaver - med unntak av autorisertstyrte oppgaver innenfor fysikalsk behandling.

### **Bygdebyen**

I bygdebyen opplevde både kommuneergoterapeuten og rehabiliteringsleder at arbeidsfordelingen mellom terapeutene både var strukturert og avklart, samtidig som den var preget av fleksibilitet. Tett organisering i én avdeling ga god gjensidig kunnskap om faglige fortrinn og svakheter hos medarbeiderne. Dette gjorde det lettere for avdelingen å innrette enkeltmedarbeidere eller mindre grupper av medarbeidere i staben *alene* mot et problem. Det framkom ikke tegn i intervjuene som antydte at de var misfornøyd med dagens praksis.

Ergoterapeutene pekte på at mulighetene var gode for å holde seg ajour med hva samarbeidspartneren til enhver tid gjør. Det er jevnlig informasjonsutveksling mellom faggruppene. Informasjonsutvekslingen var forankret i den daglige driften, ved at de jobbet i samme avdeling.

Stundom oppstod det åpenbare muligheter for å effektivisere med ressursene ved at andre gikk inn på den enes arbeidsområder. F.eks. pekte ergo- og fysioterapeutene på at mindre oppgaver kunne bli utført av andre enn fagpersonellet som egentlig hadde det funksjonelle ansvaret, f.eks. når fysioterapeutene en sjelden gang formidlet hjelpemidler uten at dette hadde sammenheng med fysisk-motoriske problemer.

Ingen av terapeutene som ble spurt så noen muligheter for gjensidig overføring av ansvar over lengre tidsrom dersom det skulle oppstå langvarig sykdom hos en av faggruppene. I store deler av intervjuene antok informantene en analytisk holdning, der de begrunnet sine beskrivelser og synspunkter. På dette spørsmålet var svarene forholdsvis knappe, uten begrunnelser. Det kunne se ut som om dette var en problemstilling som var ny for dem, og som de ikke hadde tenkt over.

### *Oppsummering og diskusjon*

I dette avsnittet har vi forsterket støtten til fortolkningen i forrige avsnitt (3.2.1). Arbeidsdelingen var i mindre grad bestemt av oppgavemonopol i bygdekommunen enn i bygdebyen. Vårt inntrykk er at terapeutene i bygdebyen hadde kommet fram til en arbeidsdeling som var forholdsvis strukturert med hensyn til innhold. Motforestillingene med hensyn til gjensidig ansvarsoverføring, f.eks. ved sykdom var langt større enn i bygdebyen. Arbeidsoppgavene til ergo- og fysioterapeutene berørte hverandre. Men man forsøkte å tilordne ulike arbeidsoppgaver til hver enkelt yrkesgruppe, så sant dette ikke førte til at hjelpenettverket ble for stort for brukerne. Det gikk lavere "gjerder" mellom terapeutenes arbeidsoppgaver i bygdekommunen. Profesjonalisering, forstått som "retten" til å utføre bestemte oppgaver, og ivareta faglig autonomi (Elstad, 1991), har gitt seg sterkere utslag i bygdebyen enn i bygdekommunen. Som nevnt er det sannsynlig at denne ulikheten også skyldes at bygdebyen disponerte over langt flere terapeuter enn i den andre kommunen (jfr. 3.3.1).

Når arbeidsdelingen er diffus blir hver part avhengig av dialog for å samordne hvilke bidrag hver enkelt skal bistå med, noe som preget arbeidsdelingen i bygdekommunen. Alternativet er å samordne organisasjonelt, slik at dialogen integreres i én enhet under en ledelse. Erik Oddvar Eriksen (1993) har lagt vekt på at mye av virksomhetsinnholdet i helse- og sosialtjenestene er velegnet for kommunikatív handling og rasjonell dialog, som alternativ til organisasjonell samordning. I evalueringen av forsøk med integrerte pleie- og omsorgstjenester (Alm Andreassen & Sæterdal & Jagmann, 1993) ble det påvist at tverrfaglig dialog var viktigere enn organisatorisk integrering for å iverksette terapeutenes og sykepleiernes tilnærming til rehabilitering. I mangel på organisatorisk integrering og sentral samordning, og med et lite personale, er det en rimelig slutning at terapeutene i bygdekommunen mestret samordningsbehovet seg i mellom på en rasjonell måte.

## 4. Ergoterapeutenes yrkesroller

### 4.1 Innledning

Ergoterapitjenester er ingen lovpålagt tjeneste i kommunehelsetjenesten. Ergoterapeuter må offentlig godkjennes gjennom egen ordning for å kunne utøve yrket. Men i motsetning til f.eks. fysioterapeuter og sykepleiere har ikke ergoterapeutene monopoliserte og autoriserte rettigheter til å utøve bestemte oppgaver. Ergoterapibehandling medfører heller ikke rett til refusjon gjennom folketrygden. Tildeling av oppgaver til ergoterapeutene, ved siden av utøvelse av ergoterapitjenester foregår bl.a av denne grunn i et rom fritt for offentlige føringer.

I følge Coser (1963) betyr arbeidsstedet, oppgaver en er tillagt og organiseringen av arbeidet mye for hvordan medisinske yrkesutøvere utformer sine yrkesroller. Kapittel 1 og 2 viste at kommunene var ulike med hensyn til organisering, og at ansvars- og oppgavefordelingen mellom terapeutyrkene var noe forskjellig. Dessuten var kommunene ulike med hensyn til stillingsressurser. Som følge av at ergoterapitjenestenes innhold i bare begrenset grad er påvirket av formelle føringer, er det derfor rimelig å anta at ergoterapeutrollen ble utformet noe ulikt i kommunene.

### *Problemstillinger*

Kapittel 4 vil nærmere belyse om selve ergoterapeutrollen er ulikt utformet og ergoterapeutenes selvoppfatning av egen yrkesutøvelse. Disse problemstillingene vil bli belyst:

- Hvordan opplevde ergoterapeuten sin egen faglige selvstendighet (autonomi), og det å arbeide alene/i mindretall i forhold til andre faggrupper (4.2)?
- Ergoterapi er en forholdsvis ny disiplin i helse- og sosialtjenesten. Betraktet ergoterapeutene seg selv som fornyere (innovatører) innenfor rehabiliteringsvirksomheten, og representanter for "annerledes-tenking" (4.3)?
- Betraktet ergoterapeutene i den kommunale sosial- og helsetjenesten seg selv som generalister eller spesialister (4.4)?

## 4.2 Autonomi og egenkontroll

Ergoterapeuter og andre terapeutyrker er kjennetegnet av å ha høy grad av autonomi i utøvelsen av yrket (Kjølørød og Ramsøy, 1986).<sup>27</sup> Dersom det er få terapeuter ansatt, vil selvstendig yrkesutøvelse ofte måtte innebære at ergoterapeuten er alene om å representere sin innfallsvinkel mot andre og mer dominerende innfallsvinkler. I kommunene våre var ergoterapeutene underordnet andre faggrupper, henholdsvis sykepleier og fysioterapeut. Retten til å ivareta faglig autonomi for egen faggruppe, og bekle lederposisjoner er sentrale interesser for profesjonene (Elstad, 1991). Vi skal nå se på hvordan ergoterapeutene tilpasset sin yrkesrolle, og opplevde sin faglige autonomi når de samtidig ikke besatte de administrative lederposisjonene og for en stor del arbeidet alene.

### 4.2.1 Bygdekommunen

I bygdekommunen arbeidet kommuneergoterapeuten alene som ergoterapeut i kommunen. I samhandlingen med hjemmetjenestene var hun i et klart mindretall i forhold til pleiefaglig personell. Hun ga en forholdsvis entydig beskrivelse av hvordan det var å representere et faglig perspektiv alene:

"Det er ikke bra for nyutdannede eller ferske ergoterapeuter å arbeide alene og tett sammen med sykepleiere som i antall dominerer så stort som her i kommunen. I avdelingen arbeider jeg alene sammen med sju sykepleiere. Selv om jeg selv ikke føler det som noe større problem, vil det være hardt å være ny og ung, og samtidig arbeide alene og representere en innfallsvinkel mot en annen som dominerer så kraftig. Når en i flere situasjoner er uenig og ser sakene annerledes, kan en ung fersking tro at det er henne eller ham det er noe i veien med."

Utsagnet indikerer at det hersket et visst nivå av brytninger og uenighet i forhold til pleiepersonellet. Imidlertid opplevde ergoterapeuten seg ikke som "solospiller". Det terapeutfaglige opplegget utgjorde en del av et større tverrfaglig opplegg.

Ergoterapeuten påpekte at "å være alene" representerer et dilemma og hadde både positive og negative sider. Det kan være negativt ved at en var ensom og kunne bli neglisjert, men det ga også stor grad av frihet og handlingsrom ved at en kan prege det terapeutfaglige med et innhold som en selv synes er best. Hun opplevde at hun selv hadde fullt herredømme over hvordan hun prioriterte sin tid og ressurser, f.eks. innenfor formidling av hjelpemidler.

Men dette må ikke tolkes på den måten at ergoterapeutens arbeidsinnhold i bygdekommunen ble bestemt i et tomrom uavhengig av forventninger fra nære samarbeidspartnere. Personellet i hjemmetjenestene forsøkte aktivt å gjøre seg nytte av ergoterapeutens kompetanse i omsorgen og rehabiliteringen av eldre og funksjonshemmede.

---

<sup>27</sup> Gjengitt i Ytrehus (1994): op.cit.

#### 4.2.2 Bygdebyen

Kommuneergoterapeuten hadde det faglige ansvaret for ergoterapitilbudet. Det syntes som om det var svært sjelden at hennes autonomi ble utfordret av rehabiliteringsleder (fysioterapeut). I prinsippet kunne det skje at rehabiliteringsleder intervenerte i enkelte spørsmål, men dette skjer bare unntaksvis, og var særlig koblet til hvordan ressursene ble utnyttet:

"Dersom ergoterapeutene (eller andre) foreslår å bruke ressurser på å rehabilitere pasienter når det tidligere er forsøkt lignende tiltak uten at dette har ført fram, da kan jeg sette foten ned og si at dette har vi ikke ressurser til."

Intervjuet med sjefsfysioterapeut gav inntrykk av at dette bare skjedde unntaksvis. Ergoterapeutene la vekt på at motivasjon for aktivitet og opptrening var blant de viktigste faktorer som måtte avklares før rehabiliteringsprosessen kunne starte opp. Når det oppstod faglig uenighet, f.eks. rundt den enkeltes potensiale og individuelle betingelser, ble medisinsk fagkyndig (lege) som regel koplet inn. Selv om ergoterapeutene arbeidet tett sammen med fysioterapeutene og sykepleierne, fant ingen av ergoterapeutene det vanskelig å representere et faglig perspektiv alene.

#### 4.2.3 Begge kommuner

Ergoterapeutene la i begge kommunene vekt på at de selv hadde stor faglig selvstendighet, som var skjermet for byråkratisk kontroll og styring. I ingen av kommunene ble ergoterapeutene overstyrt av overordnet leder i faglige ergoterapispørsmål. Slik overstyring ble karakterisert som svært uvanlig i kommunehelsetjenesten. I begge kommuner ble det lagt vekt på at uenighet mellom faggrupper som regel ble avklart nærmest mulig pasienten.

#### 4.2.4 Oppsummering og diskusjon

Ergoterapeutene hadde i begge kommunene sterk faglig selvstendighet, uavhengig av organisasjonsform, ressursrammer og til tross for mangel på lederposisjoner. Faglig suverenitet kunne i prinsippet bli dempet av byråkratisk kontroll i bygdebyen, noe som skjedde bare unntaksvis. Den sterke faglige autonomien til ergoterapeuten i bygdekommunen var imidlertid spesiell fordi den ble spilt ut helt alene og innenfor et arbeidsfellesskap sterkt dominert av sykepleiere.

Formelt sett er kunnskapssystemet som ergoterapeutene representerer likestilt med sykepleierne- og fysioterapeutenes kunnskapssystem (Feiring, 1992). Alm Andreassen & Sæterdal & Jagmann (1993) fant at det å representere en faglig innfallsvinkel alene betyr mye for hvorvidt faglig autonomi kan bli realisert i praksis. I bygdekommunen ble det framholdt at dersom ikke forståelsen for rehabilitering er stor nok, kunne faglig ensomhet medføre at en lettere blir neglisjert av yrkesgruppene som innehar lederposisjonene. Selv om



ergoterapeutene jobbet mye alene i bygdebyen også, medførte ikke dette at de ga særlig slipp på autonomi.

Et myndighetsområde vil variere med hensyn til hvor eksklusivt det er og ekskluderer enkelte faggrupper (Abbott, 1988). Rehabilitering kjennetegnes ved å være et svært lite eksklusivt arbeidsområde, det inkluderer mange yrkesgrupper.

Abbott (op.cit) har utviklet en typologi med hensyn til hvordan yrkesgrupper kommer fram til ulike former for reguleringer av myndighet over et fagområde. Elementene i typologien som særlig er interessante med hensyn til ergoterapeutenes autonomi, er hvorvidt myndighet som utøves av yrkesgruppen med makt er fullstendig. Det vil si at om kontrollen både er av faglig-teoretisk art, samt består av hvordan oppgavene blir utført i praksis, er den fullstendig. Inntrykket er at ergoterapeuten i bygdebyen både hadde mindre praktisk autonomi, og mindre faglig-teoretisk autonomi enn i bygdekommunen. Den praktiske automomien var svekket særlig på grunn av at grensene i arbeidsdelingen i forhold til fysioterapeueten var flytende (jfr. kapittel 3). Den faglige-teoretiske autonomien var svekket på grunn av pleiefokuset som preget rehabiliteringen (jfr. kapittel 2).

En annen form for å regulere myndighet er at den er felles og at den deles mellom ulike faggrupper, som resultat av uklare og flytende grenser mellom fagene (Abbott op.cit.). Feiring (1992) påpeker at dette er et typisk og felles trekk for kommunehelsetjenesten i dag. Utfra vårt materiale er inntrykket at det er forskjeller mellom kommunene med hensyn til dette. Ergoterapeutene i bygdebyen hadde i større grad tatt medkontroll enn i bygdekommunen. Myndigheten rundt fagfeltet rehabilitering var i større grad konsentrert til ergoterapeutene og fysioterapeutene i forhold til andre faggrupper, f.eks. sykepleierne.

### **4.3 Ergoterapeutrollen i forhold til nære samarbeidspartnere - innovatør eller pådriver**

Rehabilitering og habilitering har som fagfelt lenge vært dominert av sterke medisinske profesjonsgrupper. Ergoterapi er en forholdsvis ny disiplin i den kommunale helse- og sosialtjenesten. Å oppnå tilstrekkelig satsing på rehabilitering i kommunehelsetjenesten betinger at det foregår et mer eller mindre omfattende endringsarbeid på systemnivå i mange kommuner.

Dette gjør det aktuelt å belyse om ergoterapeutene anser seg selv som innovatører, representanter for endring og fornying av rehabiliteringsvirksomheten som pågår i kommunene. Ergoterapeutene har tidligere pekt på at de benytter seg mye av veiledning av annet yrkespersonell, som har sterkere og mer kontinuerlig kontakt med brukerne, f.eks. hjemmehjelpene (jfr. kapitel 3 og 5).<sup>28</sup> Det synes som om det er lite som kan oppnås uten at det samarbeides tett med andre yrkesgrupper. Samarbeidet vil være saksorientert, og gjerne bære preg av "skulder ved skulder" læring. Veiledningsrollen åpner derfor for en slik

---

<sup>28</sup> Dette ble riktignok tydeligere understreket i bygdekommunen. Jfr. avsnitt 3.2.

innovatørrolle. Også i forhold til veiledning av brukerne og deres pårørende vil rehabilitering kreve fornyelse. Forsøk på å gjeninnsette funksjonshemmede i verdige sosiale roller tar tid. Det er påkrevet med ulike slag av prøving og feiling, enten i forsøk med omgivelsesmessige eller personlige endringer (Lie, 1989). Dermed åpner også dette for en slik rolleutforming fra ergoterapeutenes side.

#### 4.3.1 Bygdekommunen

I bygdekommunen pekte ergoterapeuten på at:

"Det er ikke bare meg som har sett lyset. Jeg vil ikke definere meg selv som innovatør."

Ergoterapeuten betraktet seg selv heller som pådriver i forhold til hvordan rehabiliteringsvirksomheten ble drevet. Hun opplevde seg selv som en slags "buffer" mot at rehabiliteringsarbeidet skal bli for pleie- og omsorgsfiksert, og som en pådriver for at en så aktiv tilnærming til feltet som mulig kunne holdes oppe.. I samspillet med sykepleierne, der ulike innfallsvinkler brøt mot hverandre, prøvde hun å korrigere de andre samstundes som hun selv ble korrigert (jfr. kapittel 2).

#### 4.3.2 Bygdebyen

Rehabiliteringsvirksomheten gikk gjennom en omfattende omorganisering i bygdebyen to år før data ble samlet inn. Det falt derfor naturlig for kommuneergoterapeuten å sette spørsmålet inn i denne sammenhengen:

"Det er ikke riktig å si at rehab-avdelingen er et resultat av at ergoene har gått i bresjen. Ingen yrkesgrupper kan påberope seg helhetstanken mer enn andre."

Ergoterapeutene oppfattet seg ikke som innovatører, uavhengig av de omorganiseringsprosesser som ellers har pågått i kommunen.

I bygdebyen ble pådriverrollen definert slik:

"I vår rolle ligger det ofte at en er konsulent og pådriver i forhold til oppgaver, og i prosesser. Prosesser overvåkes og blir drevet fram. Det er viktig å spille ballen over til andre faggrupper og etater når mn samarbeider. Det er mye veiledning, og man arbeider mye gjennom andre."

Ergoterapeutene så nesten på seg selv som "garantister" for at rehabiliteringsprosessen ikke skulle stoppe opp. De så det nærmest som sin plikt at hjelpe- og forvaltningsapparatet ikke vek unna sitt ansvar, selv om de ikke likte denne rollen. Kommuneergoterapeuten pekte på at ergoterapeuten måtte utføre oppgaver de ikke hadde kompetanse til fordi andre etater, f.eks, teknisk etat ikke tok tilstrekkelig ansvar. Dette oppstod særlig innenfor saker med

innslag av bolig- tilrettelegging. I boligtilretteleggingssakene opplevde ergoterapeutene seg som ufrivillige koordinatore og pådrivere i forberedelses- og prosjekteringsprosessen (jfr. kapittel 5).

### 4.3.3 Oppsummering og diskusjon

Ergoterapeutene anså ikke seg selv som innovatører. De betraktet seg selv heller som pådrivere. Det syntes som om pådriverrollen i bygdebyen var mer mer offensiv og tverretattlig enn i bygdekommunen. I bygdebyen syntes veiledningen å være mer utoverrettet, mot andre etater. Ergoterapeutene så på seg selv som overvåkere for at rehabiliteringsprosessen førte fram. I bygdekommunen var pådriverrollen i større grad innadrettet i egen etat og fylt av forsvar. Ergoterapeuten hadde en "buffer-rolle" mot at virksomheten skulle bli for pleiefiksert. Opplæringen og veiledning av annet personell skjedde delvis for å mestre lav ergoterapeutfaglig bemanning.

I forrige avsnitt viste vi at en ny form for rehabilitering, som distanserte seg fra pleiefokuset, har møtt noe motstand blant sykepleierne i bygdekommunen. Watson utviklet i 1966 et sett av postulater, eller regler for å redusere større endringer i organisasjoner. Fire av postulatene er svært relevante for hvordan ergoterapeutenes pådriverrolle ble satt ut i livet. Dersom endringen har hjelhjertet støtte fra den administrative ledelse (a), dersom endringene ikke går på akkord med etablerte verdier og ideer i organisasjonen (b), i den grad endringen skjer med utgangspunkt i samforståelse og konsensus (c), og dersom endringen ikke medfører at de involverte ikke føler sin autonomi og kontroll som truet (d), blir motstanden mot endringene mindre (Buchanan & Boddy, 1992).

I de tidligere kapitlene har vi vist at en ny form for rehabilitering i bygdekommunen manglet full støtte fra ledelsen. Det betød et brudd med pleiefokuset og foregikk ikke under samforståelse mellom sykepleierne og ergoterapeuten. Etter alt å dømme bidro dette til at ergoterapeuten i bygdekommunen har måttet bruke mye av sin tid som innadgående og defensiv buffer, og ikke som utadgående og offensiv pådriver, som i bygdebyen. Kapittel 2 viste likevel at ergoterapeuten ikke ble eidd av sykepleierne; hun følte hun fikk et fritt spillerom til å utføre sine oppgaver av avdelingsledelsen. Det er derfor lite som taler for at pleie- og omsorgsleder følte sin autonomi truet. Dette var sannsynligvis en svært viktig betingelse for at ergoterapeuten fikk en slags aksept for sin pådriverfunksjon.

I den grad en yrkesgruppe makter å oppnå en status som konsulent eller ekspert, når den veileder andre yrkesgrupper, vil dette øke myndigheten på et felt i forhold til andre faggrupper (Abbott, 1988). Om dataene våre hatt vært bedre, kunne vi belyst om ergoterapeutenes veiledning også inngikk som en kilde til myndighet og kontroll, for slik å kunne "oppgradere pådriverrollen" sin.

## 4.4 Generalist eller spesialist

Ergoterapeutenes arbeidsoppgaver er ofte sammensatte og vil kunne være svært varierte, avhengig av ulike behov og problemstillinger som brukerne er opptatt av. I arbeidet med en og samme bruker vil det ofte kunne være vanskelig å skille fra hverandre elementene som skal forebygge, gjenoppbygge eller vedlikeholde ulike livsfunksjoner.<sup>29</sup> Brukerne er i ulike aldersgrupper og befinner seg i ulike livssituasjoner og livsfaser.

De sammensatte problemkompleksene som ergoterapeutene kommer i befatning med, kan behøve både generalistkompetanse og spesialisert kompetanse. Et flertall av ergoterapeutene som ble spurte, var enige i at de i utgangspunktet skulle være generalister, mens spesialistkompetansen burde utvikles på 2.linjenivået. Men ellers var det ikke full samstemmighet mellom informantene med hensyn til hvordan kompetansen i kommunehelsetjenesten skulle utformes mellom spesialist- og generalistfunksjonen.

### 4.4.1 Bygdekommunen

I bygdekommunen hadde en ikke noe valg i følge hovedinformanten. I utgangspunktet kunne ikke ergoterapeuter i kommunene være noe annet enn generalister. Dersom ressurs- og bemanningssituasjonen tilsa det, ville det imidlertid kunne være effektivt med noe større grad av spesialisering enn det de nå hadde i bygdekommunen.

Ergoterapeuten understreket ellers at hun som fagperson foretrakk å være generalist i forhold til metoder og faglige tiltak. For å oppnå et bedre liv for den enkelte var det viktigere å være opptatt av helheten i den enkeltes situasjon enn å være fokusert på bestemte metoder, siden løsningene og formen på løsningene vil variere svært mye mellom ulike personer. Som eksempel pekte hun på en ung funksjonshjemmet jente som var svært opptatt av litteratur:

"Å hjelpe henne på biblioteket er ingen typisk ergoterapeutisk oppgave, men jeg bidrar med dette fordi å lese bøker er så viktig for hennes livskvalitet."

### 4.4.2 Bygdebyen

I bygdebyen var noe av intensjonen med målgruppeorganisering å kunne spesialisere seg mot brukernes behov, som på grunn av boform, livsfase eller type funksjonshemming var svært ulike (jfr. kapittel 1). Denne modellen gjorde det mulig for ergoterapeutene å erverve seg erfaring med mer spesialiserte tiltak.

Enkelte av medarbeiderne syntes å ha utviklet en meget spesialisert yrkesrolle tatt i betraktning at man arbeidet i 1.linjetjenesten. Informantene ble bedt om å ta stilling til

---

<sup>29</sup> Kilde: Upublisert notat fra Norges Ergoterapiforbund, udatert stensil.

egnede rehabiliteringstiltak for en slagrammet midt i livet.<sup>30</sup> En av habiliterings-terapeutene avslo å være med på dette, fordi hun ikke arbeidet med denne type problemer.<sup>31</sup>

Rehabiliteringsleder i bygdebyen framholdt at det i 1.linjetjenesten er viktig å være generalist. Spesialisert kompetanse må ligge på andre nivåer. Allround-kunnskap var nødvendig for kunne utføre kompetente valg hvorvidt en skulle henvise- og hvem en skulle henvise til i 2. og 3. linjetjenesten. For brukerne var det viktig å begrense tallet på hjelpepersoner. Det var dessuten nødvendig at flere ergoterapeuter behersket et bestemt virkemiddel, f.eks. individuell boligtilrettelegging. Boligtilrettelegging inngikk ofte som del av en multippel løsning for personer med sammensatte problemer og behov (jfr. kapittel 5).

Rehabiliteringsleder pekte på at ergoterapikompetansen likevel var satt sammen slik at noen hadde mer kompetanse på enkelte typer diagnoser og funksjonshemminger enn andre; særlig innenfor habilitering. Enkelte barn med multiple funksjonshemminger hadde et stort behov for spesialisert kompetanse også i 1. linjetjenesten. Dessuten økte kravet til kompetanse når kommunene fikk større ansvar for å avhjelpe sykehusene med pasienter, som tidligere ikke ble utskrevet så tidlig.

Datamaterialet kan tyde på at det var ulike synspunkter i bygdebyen på hvordan avveiningen mellom generalist og spesialistkompetanse burde foretas. Det var eksplisitte ønsker blant noen av ergoterapeutene om å utnytte den kompetansen noen alt hadde innenfor spesielle metoder. Kommuneergoterapeuten peker på at:

"Alle ergoterapeutene bør arbeide med boligtilrettelegging. En av terapeutene ønsker å jobbe langt mindre med dette for å utnytte sin spesialkompetanse innenfor habilitering av sterkt funksjonshemmede barn".

Kommuneergoterapeuten mente, rent generelt, at det ville være en fordel for ergoterapeuter flest om de kunne spesialisere seg mer:

"Å være generalist er både vår styrke og vår svakhet. Vi er gode til å tenke helhet, men av og til kan vi kanskje bli for vidtfemnende."

Hun pekte ellers på enda en dimensjon ved dette dillemmaet. En generalist kan gjerne ha større mulighet til å oppnå tillit og kontakt med brukerne enn spesialisten. Men generalisten vil oftere kunne tape i tillit i forhold til en spesialist ved at tilbudet ikke vil være fullgodt.

---

<sup>30</sup> Det ble utviklet et vignettcase som informantene skulle foreslå rehab-tiltak for. Opprinnelig skulle dette være noe av datagrunnlaget i kapittel 2, noe som imidlertid ble endret.

<sup>31</sup> Et utvalg av ergoterapeutene fikk i oppgave å ta stilling til et case (eldre slagrammet person), for å legge opp en rehabiliteringsplan for den enkelte.

#### 4.4.3 Oppsummering og diskusjon

Ergoterapeutene i bygdebyen anså at både generalist- og spesialistfunksjonen var nødvendig. Det var ikke et spørsmål om et "enten eller". I bygdekommunen var det et enklere valg. Kommunehelsetjenesten burde være generalistisk orientert og ikke for fokusert på spesialiserte metoder eller diagnoser. Ressursene ga ikke mulighet for større grad av spesialisering. I bygdebyen forsøkte ergoterapeutene å være både generalister og spesialister. Behovene for spesialisert kompetanse var store, særlig innenfor habilitering av barn.

Lisbet Grut har evaluert modeller for samordning av medisinsk rehabilitering i Aust Agder. Hun konkluderer bl.a. med at det er helt nødvendig å utvikle en dobbelt kvalifikasjon, både å være generalist og spesialist, dersom en skal kunne opprettholde et tverrfaglig teamsamarbeid mellom faggruppene. En må kunne skille mellom egne særegne bidrag og virkemidler i forhold til felles kunnskap (Grut, 1995). Det kan synes som om bevisstheten rundt egen spesialitet var større i bygdebyen enn i bygdekomunen. Men om dette bidro til at teamsamarbeidet også ble bedre, kan ikke våre data svare på.

Profesjonene er et produkt av høyt drevet spesialisering, og de er sterkt interessert i en felles spesialisering innad i sin yrkesgruppe (Torgersen, 1972). Denne tendensen var klart mest utpreget i bygdebyen. Vi har i dette avsnittet vist at yrkesrollen til ergoterapeutene hadde større innslag av spesialisert kompetanse og teknologi i bygdebyen enn i bygdekommunen. Dette var en naturlig effekt av den finslepne og profesjonsorienterte arbeidsdelingen mellom terapeutgruppene i bygdebyen.

## 5. Nærmere om tilrettelegging av bolig

### 5.1 Innledning

Tilrettelegging av bolig i åpen omsorg er en av ergoterapeutenes viktigste arbeidsoppgaver i forhold til ansvarsområdene til andre yrkesgrupper i rehabiliteringsvirksomheten. Studier viser at ergoterapeutene har hovedansvaret for dette virkemidlet i om lag halvparten av kommunene. Der det er ansatt ergoterapeut i åpen omsorg, som er tilfelle i "våre" kommuner, er det vanlig at boligtilrettelegging er tillagt ergoterapeut. I kommuner som mangler denne stillingstypen er ansvaret som regel tillagt fysioterapeut, og noe sjeldnere til sykepleier (Ytrehus, 1994).

#### *Definisjon av individuell boligtilrettelegging*

Med individuell tilrettelegging av boliger for funksjonshemmede menes tilpassing av en bolig på planleggingsstadiet (nybygg), eller ved ombygging og utbedring, og med utgangspunkt i en kjent bruker eller familie. Behovet for tilrettelegging må skyldes ulike former for funksjonshemming. Det er altså tale om individuelle boligsaker, til forskjell fra generell rådgivning om utforming av boliger for ukjente brukere. Med selvstendig bolig menes egen leilighet, hus eller boenhet i bokollektiv <sup>32</sup>, så fremt boligen faller inn under regelverket som gjelder for boliger.<sup>33</sup>

#### *Problemstillinger*

- Hvordan var satsingen på individuell boligtilrettelegging i de to kommunene (5.2)?
- Hvilken innfallsvinkel/strategi inntok ergoterapeutene i dette arbeidet (5.3)?
- Ble boligtilrettelegging vurdert i en helhetlig sammenheng, i forhold til andre metoder, for å bedre funksjonsevnen (5.4)?

Det vises ellers til vedlegg som gjengir hvordan nye byggesaker artet seg og hvordan ergoterapeutene opplevde sin rolle i det tverretatlige arbeidet.

---

<sup>32</sup> Før intervjuingen startet ble informantene gjort kjent med at vi særlig la vekt på enten nybygging eller utbedring av boliger. Om informantene også tok utgangspunkt i bygging av spesialiserte gruppeboliger er usikkert/tvilsomt.

<sup>33</sup> Kilde: Utredningsrapport fra arbeidsgruppe nedsatt for å utrede et fylkesvise boligrådgivningsgrupper i individuelle boligtilretteleggingssaker. Norges Byggforskningsinstitutt. 1996.

## 5.2 Omfang og satsing

### 5.2.1 Bygdebyen

I løpet av første halvdel av 1995 pågikk det en rekke krevende bygnings- og utbedringsaker for funksjonshemmede i bygdebyen. Nøyaktig data om antall saker forelå ikke. Men nye byggesaker krevde store ressurser i løpet av denne perioden.<sup>34</sup> I 1994 var det registrert 14 store og mindre saker i bygdebyen.<sup>35</sup>

I bygdebyen ble det brukt omfattende personalressurser på tilrettelegging. Kommuneergoterapeuten pekte på at denne satsingen ikke var resultat av en målbevisst satsing. Heller var den uttrykk for at "bordet fanger". Rehabiliteringsavdelingens engasjement innen boligtilrettelegging var helt nødvendig for å imøtekomme omfattende behov hos brukerne. Rehabiliteringsleder sa at:

"Vi er tvunget til å bruke mye tid på boligsaker også når andre ikke følger opp. Dersom boligtilrettelegging blir nedprioritert, vil problemet utvikle seg videre, og vi vil bli konfrontert med det etterpå."

Ressursene man brukte var i stor grad styrt av behovene som oppstod, og ikke som konsekvens av målstyring av virksomheten. Å reservere en ergoterapeut til boligsaker ble f.eks. av alle informantene sett på som lite heldig. For å ivareta brukernes behov for å ha færrest mulig kontaktpersoner skulle i prinsippet alle ergoterapeutene i kommunen kunne ta boligsaker, uavhengig av målgruppen en arbeidet med. Ofte ville boligsaker ligne noe på hverandre - uavhengig av alder og type funksjonshemming. Arbeidet var derfor et typisk overgripende kompetanseområde, der ergoterapeutene ofte gikk sammen (på tvers av målgruppene) og hjalp hverandre.

### 5.2.2 Bygdekommunen

I bygdekommunen var det i første halvdel av 1995 bare et mindre antall (4 til 5) svært små utbedringssaker, og ingen større byggesaker.

I forhold til andre oppgaver ble det brukt små personalressurser på tilrettelegging av bolig i bygdekommunen. Kommuneergoterapeuten pekte på at det beskjedne antallet av boligsaker ikke var resultat av prioritering av hvordan personalressursene skulle benyttes, og hvilke behov som skulle imøtekommes, hverken fra ledelsen i pleie- eller omsorgsavdelingen eller fra ergoteraputen. Ergoterapeuten hadde selv kontroll over prioriteringen over egne gjøremål:

"Det er ingen som kikker meg i kortene. Hvordan jeg fordeler ressursene mine bestemmer jeg selv. Likevel blir det få boligsaker; dette har ingen ting med prioritering å gjøre, verken fra meg eller kommunen for øvrig."

<sup>34</sup> En av ergoterapeutene anslo tallet på saker hun på noen måte hadde vært i befattning med hittil i år (juni 95) til omlag 10-15. Dette kan tyde på at tallet på saker har steget forholdsvis sterkt fra 1994 til 1995.

<sup>35</sup> Kilde: Årsmelding for ergoterapitjenestene i bygdebyen, 1994.



Hun pekte i stedet på eksterne årsaker til det lave antall saker. Mange funksjonshemmede var nøysomme og hadde stram økonomi. Som oftest ønsket den enkelte at funksjonsproblemer skulle løses med tekniske hjelpemidler i stedet for med boligtilrettelegging. Hun opplevde at finansieringsordningene vred boligbehov om til hjelpemiddelbehov, ved at folketrygden ofte vil kunne refundere tekniske hjelpemidler fullt ut.

I en jordbrukskommune med lite tilflytting og lite press på boligmarkedet ville investeringer i spesialtilpasning og større utbedring dessuten ikke bidra til særlig verdiøkning av boligen. Hun mente dessuten at mellommenneskelige forhold, f.eks. rundt ulike ønsker om tilrettelegging i familiene, dempet mulighetene for å foreta de egeninvesteringene som tilrettelegging av bolig som regel innebærer.

### 5.2.3 Oppsummering og diskusjon

Informantintervjuene tyder på at det var stor variasjon i omfanget av boligsaker i de to kommunene. Boligtilrettelegging var et mye mer sentralt virkemiddel i rehabiliteringen av funksjonshemmede i bygdebyen enn i bygdekommunen. Ergoterapeutene i de to kommunene begrunnet bruken, eller mangelen på bruk av dette virkemidlet, på en svært ulik måte.

I bygdekommunen pekte man på ulike eksterne forhold. I bygdebyen var personalressursene som ble brukt til dette formålet heller et resultat av de høye ambisjonene om å fange opp de krevende sakene på en fullstendig måte, og mindre en effekt av målbevisst satsing, f.eks. for å redusere personhjelp eller institusjonsinnleggelse. Ergoterapeutene opplevde at satsingen var det eneste akseptable svar en kunne gi på et omfattende behov fra brukernes side. Dette er et godt eksempel på at det er de faglige normene som er styrende for ressursbruk og tjenestenes innhold, og ikke målstyring og objektive prioriteringer (Eriksen, 1993).

Det er lite sannsynlig at det er store skilnader i de grunnleggende behovene for tilpasninger i bomiljøet i to nærliggende kommuner. Når vi hvet at individuell boligtilrettelegging bare utgjorde en liten del av våre informanters oppgaver i bygdekommunen, og når de ikke hadde noen former for instrumenter for å fange opp slike behov (f.eks. ADL-studier), er det på dette punkt rimelig å sette et spørsmålstejn ved deres forklaringer på det lave tallet på større utbedrings/ byggesaker i kommunen. I stedet er det mulig at behovene manifesterte seg i konkret etterspørsel på en svært ulik måte, eller med andre ord at behovene hadde vanskeligere for å bli oppdaget her enn i bygdebyen. Dette gjør det nødvendig å belyse ergoterapeutenes strategier i boligarbeidet.

### 5.3 Innfallsvinkler - strategier

Et forhold som ofte vil være gjenstand for en evigvarende balansegang er hvor langt fagfolk skal gå når en motiverer til egeninnsats. Av og til kan enkelte funksjonshemmede ha liten kunnskap om hvilke praktiske virkemidler som finnes for å kunne bli mest mulig selvhjulpen, og for at hverdagen kan bli mindre slitsom og lettere å mestre (Lie, 1989). Hvor langt skal ergoterapeutene gå med hensyn til å bevisstgjøre brukerne i forhold til deres egne behov, uten at dette skjer på bekostning av personlig integritet og styring av den funksjonshemmedes eget liv ?<sup>36</sup>

#### 5.3.1 Bygdekommunen

Ergoterapeuten i bygdekommunen syntes å ha avklart dette dilemmaet på en forholdsvis klar måte. Behovene burde være forholdsvis klart artikulerte før ergoterapeuten kunne gripe inn.

"Ergoterapeuten har ikke rett til å ta egne henvendelser og initiativer dersom folk selv ikke har oppdaget behov for utbedringer og tilpasning av egen bolig. Det er heller ikke etisk forsvarlig å gjøre det."

Hun begrunnet denne oppfatningen med at den enkelte på egen hånd må komme fram til sine behov. Siden det er folks egen boligkapital som evt, skal endres, og privatøkonomi spiller inn, må ergoterapeutene trå varsomt. Valg av boligtilpasning vil ofte være tett sammenvevd med hvordan samlivet med nære pårørende vil kunne bli. Løsningene kan påvirke mellommenneskelige forhold som ergoterapeutene ikke har noe med.

For at den enkelte selv kunne identifisere egne behov for tilpasninger anså ergoterapeuten befolkningsrettede tiltak som de beste. Dette var f.eks. informasjon i kommunenens egen avis eller på eldresenteret, om rettigheter, støtteordninger og hvilke instanser en skulle henvende seg til.

#### 5.3.2 Bygdebyen

Også i bygdebyen anså ergoterapeutene den enkeltes suverenitet som selvsagt - i egenskap av å være byggherre. Men ergoterapeutene så ut til å definere sin rolle overfor brukerne noe annerledes enn i bygdekommunen. Det ble understreket at det var viktig å være i forkant av behovene, og gripe inn før de utviklet seg til å bli for store. Forutsatt at den enkeltes suverene beslutningsrett ble akseptert, innebar denne rollen bl.a. forsiktig hjelp til brukerne om å oppdage egne mer latente behov for tilrettelegging. Sammen med andre faggrupper

---

<sup>36</sup> Det vi studerer i dette avsnittet er hvordan ergoterapeutene forholder seg i fasen før brukerne selv artikulere hvilke løsningsbehov de ønsker, og synspunkter på forsvarligheten av å presentere løsningsbehov for brukerne som de selv tidligere ikke har vurdert.

(bl.a. arkitekt) så ergoterapeutene det som sin oppgave å påvise hva som kan oppnås av forbedringer dersom bygningsmessige tiltak ble gjennomført.

Et eksempel var funksjonshemmede barn med progredierende sykdommer. Ergoterapeuten pekte på at som ledd i psykiske fortreningsmekanismer hadde foreldrene stundom vanskeligheter med å se familiens behov på sikt. Dette oppstod ofte når familien gjennomlevde funksjonstapene med fortrenning:

"Det tar tid å prøve å ovebevise foreldre om at mer omfattende tilrettelegging kan være nødvendig, slik at en kan slippe halvgode løsninger som må gjøres om igjen noen år senere".<sup>37</sup>

Halvgode tilretteleggingsløsninger kunne ofte bli dyrt for den enkelte. Kapasitetsmessige årsaker tilsa dessuten at ergoterapeutene kunne ha egeninteresse i at omfattende tilretteleggingsbehov ble løst en gang for alle, og ikke gradvis ettersom funksjonstapene melder seg.

Ergoterapeutene i bygdebyen gikk ellers langt i å definere sitt ansvar i selve saksprosessen. De måtte ofte "overvåke" hvor selvhjulpen familien var og om den strakk til som byggherre. Når andre etater ikke fulgte opp sitt ansvar, måtte ofte rehabiliteringsavdelingen kompensere dette for at brukernes interesser skulle bli ivaretatt (jfr. vedlegg).

### 5.3.3 Oppsummering og diskusjon

Enkelte samfunnsforskere har pekt på at å gjøre implisitte og diffuse behov eksplisitte er noen av de viktigste oppgavene til offentlige omsorgspersoner (Ytrehus, 1988).

Med hensyn til boligtilrettelegging fikk dette idealet støtte i bygdebyen, men ble klart avvist i bygdekommunen. Bl.a. av etiske grunner (jfr. over) foretrakk ergoterapeuten i bygdekommunen heller å være passiv avventende i forhold til ønsker og behov om boligtilrettelegging. Før et hjelpebehov manifesterer seg, må det være oppdaget og godtatt av den enkelte. I bygdebyen var idealet at ergoterapeutene kom tidlig inn i prosessen. For å unngå dårlige løsninger for den enkelte, og for å unngå at rehabiliteringsavdelingen måtte tre inn i saken på ny, ønsket man en forebyggende profil på arbeidet. Ergoterapeutene så på seg selv som pådrivere for at de enkelte prosessene skulle flyte framover. De forsøkte å innta en aktiv oppsøkende rolle.

Ergoterapeutenes rolle i bygdebyen kan, spissformulert, minne om "den offentlige patron", som selv definerer og fortolker klientenes behov om hjelp utfra sine faglige premisser. En slik rolle innebærer en fare for at profesjonsutøverne overprøver hjelpesøkerens egen vurdering av hva hjelpebehovet går utpå. Klientens behovspresentasjon kan bli tolket som

---

<sup>37</sup> Det understrekes at det var sjefsfysioterapeut (avdelingsleder) og ikke ergoterapeut som kom med dette utsagnet

symptomer, og ikke som reelle utsagn (Nørve&Alm Andreassen, 1995). Det kan være at den aktive og oppsøkende rollen til ergoterapeutene i bygdebyen innebærer en fare for at klientens problemer ble fortolket utfra ergoterapeutenes fagkunnskap og at behovene ble tilpasset "verktøykassen", og ikke omvendt .

Hovedinntrykket er altså at terapeutene inntok ulike strategier i de to kommunene. Det er mye som tyder på at ulikhetene i ergoterapeutenes strategier i kommunene bidro til at tallet på boligsaker også ble forskjellig. En avventende kontra aktiv rolle hos hjelpepersonellet vil åpenbart medføre at behovene fra brukerne kommer *ulikt til syne*.

## 5.4 Helhetlige vurderinger

En effektiv og treffsikker boligtilrettelegging vil ofte betinge at dette virkemidlet blir sett i sammenheng med alternative virkemidler, personhjelp, fysisk trening og hjelpemidler. I de mest omfattende sakene - der både personhjelp, hjelpemidler, boligtilrettelegging og annen trening er aktuelle løsninger, vil dette involvere flere etater. Tiltakene kan være supplerende, dvs. at det ene understøtter det andre og bygger på kombinasjoner av tiltak. Tilrettelegging av bolig kan gjøre det mulig for hjemmetjenestene å gi omfattende personhjelp i hjemmet, og forflytningshjelpemidler vil måtte betinge bygningsmessige endringer. Tiltakene kan også være substitusjonelle, ved at det ene tiltaket reduserer behovet for det andre. Store tilpasninger av boligen vil f.eks. også kunne reduere behovet for tekniske hjelpemidler. (Bull&Lange&Grut, 1993).

Spørsmålet i dette avsnittet er om ergoterapeutene makter å bidra med slike helhetlige vurderinger, eller har enkelte typer løsninger "forrang" framfor andre i beslutnings-situasjonen? Har organiseringen av rehabiliteringsvirksomheten noe å si for muligheten for å integrere helhetlige analyser av virkemiddelbruken? Vi konsentrerer oss særlig om forholdet mellom boligtilpasning og hjelpemidler.

### 5.4.1 Bygdebyen

Informantene fikk direkte spørsmål om de opplevde at virksomhetens organisasjonsform stimulerte til helhet i løsningsvalget. Kommuneergoterapeuten i bygdebyen <sup>38</sup> pekte på at:

"Ofte vil tekniske hjelpemidler kunne løse samme behov som boligtilrettelegging. Men som regel vil vi begynne med tekniske hjelpemidler før vi vurderer tilrettelegging av bolig, fordi hjelpemidler i hovedsak vil være billigere enn å utbedre eller å bygge nytt."

Hvilken avdelingstilknytning ergoterapivirksomheten hadde var av liten betydning for å få til helhet i løsningsvalget. Det var heller hvor godt rehabiliteringsavdelingen samarbeidet med hjemmetjenestene som var viktig.

---

<sup>38</sup> Denne har det faglige hovedansvar for boligtilrettelegging og tekniske hjelpemidler.

F. eks. pekte kommuneergoterapeuten på at:

"Sykepleierne står i en sterkere kontakt med brukerne, og vil kunne observere forhold som vi ikke ser. Vi er derfor svært vare og tar i sterk grad hensyn til tilbakemelding fra sykepleierne."

Ergoterapeuten pekte ellers på at for å oppnå helhetlige vurderinger må en arbeide tverretattlig, uansett hvor en hørte hjemme i organisasjonen. For å tilstrebe tverrfaglighet hadde det i kommunen f.eks. blitt svært vanlig å opprette midlertidige ansvarsgrupper rundt den enkelte.

Samarbeidet med hjemmetjenestene, både omkring boligtilrettelegging og hjelpemidler, hadde etter alle informanters oppfatning blitt bedre. Men økonomiske hensyn og forhold ved finansieringsordningene tilsa at funksjonsproblemer som regel først ble forsøkt løst ved hjelpemidler, før man prøvde med boligtilrettelegging.

#### **5.4.2 Bygdekommunen**

Hovedinformantene i bygdekommunen hadde om lag samme oppfatninger om dette spørsmålet som informantene i bygdebyen. Kommuneergoterapeuten<sup>35</sup> og hjemmetjenestene var samlet organisatorisk, og var fysisk samlokalisert. Behovet for støtte og ergoterapibistand var stor hos personellet i hjemmetjenestene. På tross av disse faktorene var det sjelden at boligtilrettelegging og tekniske hjelpemidler ble vurdert opp mot hverandre.

Brukerne visste at hjelpemidler ofte ble dekket gjennom folketrygden, mens tilrettelegging for en stor del måtte påkostes den enkelte. Ergoterapeutene syntes ansvarsgrupper var mer tjenlig for å oppnå helhet i løsningsvalget i stedet for å tilstrebe dette i den formelle avdelingsstrukturen.

#### **5.4.3 Oppsummering og diskusjon**

Det syntes som om tekniske hjelpemidler og boligtilrettelegging sjelden ble avveid mot hverandre i noen av kommunene.

Å realisere helhetlige vurderinger av virkemiddelbruken er avhengig av at beslutningssituasjonen er så rasjonell som mulig. Rasjonelle beslutningssituasjoner kjennetegnes av at preferansene er entydige (Simon, 1965). Ofte vil dette ikke være tilfelle når det er mange aktører som deltar i dem. Fagfolkene kan være mest opptatt av målrettede løsninger og virkemidler som de mener best kan høyne funksjonsnivået, mens brukerne foretrekker

funksjonsfremmende løsninger som er så billige som mulig. Finansieringsordningene påvirker brukernes preferanser, og er en sterk determinant for løsningsvalget.

Det er brukerne som har råderetten over boligkapitalen. I begge kommunene anså man at å forankre vurderinger av alternative virkemidler nær og rundt brukerne, f.eks. i individuelle tverrfaglige ansvarsgrupper, var det beste alternativet. Men det er profesjonene som har råderetten over virkemidlene. Muligheten for å etablere tverrfaglig og helhetlig dialog kan styrkes dersom en designer en organisasjon slik at den på en smidig måte kan huse slike arenaer (Larsen&Johnsen& Moldenæs, 1994). Ansvarsgrupper er et eksempel på en slik arena. Dette forholdet faller utenfor rammene for denne undersøkelsen.

## 6. Konklusjon

### 6.1 Rehabiliteringstjenestene - universelle eller selektive?

Denne studien har handlet om ergoterapeutenes yrkesinnhold i to kommuner på Østlandet. Den ene har vært en foregangskommune mht. utvikling av medisinsk rehabilitering. I den andre kommunen møtte nyutviklingen av rehabiliteringsvirksomheten en viss grad av friksjon. Andre studier har vist at mye av denne motstanden er innevevd i spørsmålet om hvem det er legitimt å hjelpe - i prinsippet alle eller noen få - de mest pleietrengende? (Alm Andreassen&Sæterdal&Jagmann, 1993).

De norske velferdstjenestene er i utgangspunktet kjennetegnet av universalitet. Personkretsen består av alle borgere, som vil kunne bli legitime brukere og bli fanget opp av tjenestene dersom behovene blir store nok. I utgangspunktet er ikke helsetjenestene innrettet mot selektive behov eller grupper (Hatland, 1992).

Diskusjonen omkring skillet mellom pleie og rehabilitering er i prinsippet en diskusjon om hvem som skal nyte godt av de tjenester som inkluderes i rehabiliteringen, - f.eks. ergo- og fysioterapi. Dette er et viktig spørsmål siden ressursrammene til rehabiliteringsfeltet er små, og kan bli et lite sluk i det store ressursluket til pleie og omsorg, som gradvis vil bli større i kommunene i årene som kommer.

Dersom ergoterapeutene i for stor grad blir bundet opp i service- og kompetansefunksjoner vedrørende rehabilitering av personer som alt er fanget opp av systemet, kan virksomheten bli unødig selektiv. I et slikt system er rehabiliteringstjenestene til for de mest trengende. Alternativet er å innrette tjenestene også mot dem som har størst muligheter for å realisere målet om selvhjulpenhet, aktivitet og større funksjonsdyktighet. I et slikt system må retten til livskvalitet på egne premisser og behovet for mestring i større grad overlates til en moderne omsorgstjeneste, som er opptatt av andre funksjoner utover medisinsk orientert pleie.

Dersom rehabiliteringsvirksomheten skal være generell og til for alle, samtidig som retten til et menneskeverdig liv på egne premisser skal sikres for de med behov for pleie, må ergoterapeutene spille på lag med pleie- og omsorgstjenesten. Det springende punkt vil være hva som ligger i pleiebegrepet og hvordan medisinsk pleie iverksettes i kommunene. Rommer også den et mål om selvhjulpenhet og livskvalitet, eller medfører effektivitetspresset i omsorgssektoren at hjemmesykepleien blir teknologi og pleie uten omsorg? (Wærness, 1982). I en slik verden må ergoterapeutenes alternative innfallsvinkel ha gode livsvilkår, og en svært berettiget pådriverfunksjon.

Det er derfor tvilsomt om rehabiliteringen i kommunehelsetjenesten kan finne sin veg uten at pleiebegrepet og pleietjenestenes innhold finner sin. Det er flere veier til samme mål. *Det finnes ingen hovedveg.*

Beskrivelsene over er idealtypiske; de er satt på spissen i rendyrket form. Ingen av kommunene høver nøyaktig til dem. Men ergoterapeutenes opplevelser av arbeidsfeltet i to vidt forskjellige kommuner illustrerer det dilemmaet som rehabiliteringsvirksomheten i mange norske kommuner står overfor. Hvordan skal vi utvikle universalismen på et felt der tilbudene tradisjonelt sett har vært målrettet mot tunge og spesifikke behov, hvor selektivt skal tilbudet være?

## 6.2 Organisasjonsformer

Implisitt i dette arbeidet har det ligget et ønske om å se rehabiliteringsvirksomheten og rolleadferden til ergoterapeutene som effekt av hvordan kommunene former ut organisasjonsmodellene sine. Datamateriale har ikke tillatt en slik innfallsvinkel. For å belyse en slik problemstilling behøves data over lengre tid, der en kan sammenligne virksomhetsinnholdet på et tidspunkt og under en organisasjonsmodell med innholdet på et tidligere tidspunkt når virksomheten var organisert på en annerledes måte.

Men langt på veg har denne studien vist at det kan være vanskelig å unngå et pleierettet fokus på arbeidet når rehabiliteringsvirksomheten forankres i pleie- og omsorgsetaten. Videre kan en slik organisasjonsform vri rehabiliteringstilbudet til å prioritere eldre personer som alt er "innenfor" omsorgssystemet (som mottakere av hjemmetjenester). Dette er i samsvar med hva tidligere funn har indikert (Alm Andreassen & Sæterdal & Jagmann, 1993). Mye tyder også på at ergoterapeuter, som ofte arbeider alene og i et klart mindretall sammen med andre faggrupper, lett kan havne i en ideologisk "forsvarsrolle" når de integreres sammen med sykepleiere i hjemmetjenesten.

I begge kommunene definerte man muligheten for å få til et godt samarbeid mellom faggruppene heller som et holdningsspørsmål og om hvor samarbeidsorientert man var, enn som et spørsmål om organisasjonsform. Dette er i samsvar med resultatene av en studie av samarbeidet mellom terapeuter og sykepleiere i tre kommuner. Den formelle strukturen var av liten betydning med hensyn til hvor samarbeidsorienterte faggruppene var (Larsen & Johnsen & Moldenæs, 1994).

I Aust-Agder fylke er det gjennomført et toårig forsøk med samordning av medisinsk rehabilitering. En av konklusjonene er at det ikke finnes entydige og enkle løsninger på hvordan man skal organisere rehabiliteringstjenestene i kommunene. I Arendal valgte man å anbefale en samordnet ergo- og fysioterapitjeneste, slik som i bygdebyen. I Grimstad valgte man å organisere rehabiliteringstjenestene i et stabsteam - utenfor linjeorganiseringen. Spesielle og lokale forhold, som f.eks. hvordan man utnyttet bygningsmessige lokaler og hvordan man kunne unngå generelle organisasjonsendringer i helse- og sosialtjenesten, bidro til disse løsningene (Grut, 1995).



Dette viser med tydelighet at det ikke går å anmode om bestemte organisasjonsløsninger på sentralt plan. Hva som passer i den ene kommunen kan være helt uegnet i den andre. Kommunene står svært fritt i hvordan de vil organisere helse- og sosialtjenestene sine. Den nye kommuneloven har forsterket prinsippet om at nærhet, oversikt over problemer og muligheter er plassert på lokalt nivå. Av denne grunn bør en være forsiktig med å trekke for sterke vekslers på denne studien vedrørende hvordan kommunene organiserer rehabiliteringsvirksomheten sin. Vi har ikke fokusert så tydelig på denne problemstillingen, og det er andre forhold og resultater som er viktigere å trekke fram. Det vises til rapportens sammendrag.

### 6.3 Videre forskning

Denne studien har konsentrert seg om ergoterapeutenes, og delvis fysioterapeutenes virke i kommunehelsetjenesten. Fag og profesjoninteresser er berørt, men vi har ikke hatt noe mål om forstå det tverrfaglige preget i rehabiliteringsarbeidet. Det vises i stedet til Marte Feirings og forskningsstiftelsen NORUTs arbeider (tidligere referert).

Et sentralt politisk spørsmål i kommunene bør, spissformulert, være om rehabiliteringstjenestene skal være selektive og innrettet mot de som trenger tjenestene mest, eller være innrettet mot en personkrets bestående av alle kronisk syke og funksjonshemmede. Dette spørsmålet bør løftes ut av faggruppenes hender og inn i kommunalpolitiske fora, f.eks. i forbindelse med behandlingen av kommunale planer om medisinsk rehabilitering.

Det er vage skillelinjer mellom rehabilitering og pleierettet virksomhet. Det er grunn til å tro at i enkelte kommuner prøver man å markere skillene så tydelig som mulig, mens andre kommuner satser på en integrasjon av pleie og rehabilitering, ikke bare organisatorisk men også i faglig innhold. Denne studien har ikke fokusert tydelig på profesjonskonfliktene rundt dette temaet selv om det er lett å se dem i materialet. En videre studie kan belyse hvilke konflikter som blir tydelige når faggruppene, som er i lederposisjonene og er i flertall i kommunene, henholdsvis vil styre tjenestenes innhold og tjenestenes målgrupper i den retning de ønsker. Som denne studien delvis har vært noe inne på, kan konfliktene mellom faggruppene "plasseres" på fire ulike nivåer:

- Konflikter som skyldes knappe ressurser (hvordan prioritere ressurser).
  - Konflikter som skyldes at man vil prioritere ulike klienter (pleietrengende vs. funksjonshemmede med større rehabiliteringspotensiale).
  - Konflikter med hensyn til tjenestenes innhold (hva man vil gjøre i forhold til den enkelte bruker).
    - Konflikter med hensyn til bruk av andre og underordnede yrkesgruppers tid og hva de skal gjøre (f.eks. veiledning av hjemmehjelpere).

Vår antakelse er at rekkefølgen i konfliktelementene ikke tilfeldig. Elementene henger trolig sammen. Dersom det f.eks. oppstår konflikter med hensyn til hvordan hjemmehjelpene skal brukes, ligger det trolig konflikter med hensyn til tjenestenes innhold og/eller hvilke målgrupper virksomheten skal nå (pleietrengende eller i teorien alle grupper i befolkningen) til grunn.

En annen antakelse er at jo dypere konfliktnivå, desto sterkere spenning i konfliktene. M.a.o: I kommuner der faggruppene makter å begrense konflikttemaet til kun å være et spørsmål om ressurser, er det trolig større harmoni og lavere temperatur i konflikten enn om den beveger seg ned på et dypere nivå.

Disse problemstillingene er viktige å avdekke for å kunne øke kommunepolitikernes kunnskapsnivå og styringsevne. Langsomme beslutningsprosesser på det politiske plan har preget rehabiliteringsarbeidet i kommunene og i fylkeskommunene hittil. Etter alt å dømme har profesjonskonflikter bidratt til mangelfull iverksetting av de gode intensjoner som ligger til grunn for medisinsk rehabilitering.

## LITTERATUR

- Abbott, Andrew  
The system of professions.  
The University of Chicago Press, 1988.
- Alm Andreassen Tone,  
Sæterdal Anne,  
Jagmann Helge.  
Omsorstjenester for eldre i storby. Forsøk med integrering av  
hjemme- og institusjonsbaserte omsorgstjenester for eldre i  
Oslo og Trondheim.  
Rapport nr. 22 fra Programmet for storbyrettet forskning (KS).  
Byggforsk, 1993.
- Buchanan, David,  
Boddy, David  
The Expertise of the Change Agent. Public Performance and  
Backstage Activity.  
Prentic Hall International Ltd., 1992.
- Bull, Grete,  
Lange. Tore,  
Grut, Lisbet  
Råd for uråd 2. Tverrfaglig boligrådgivning i Aust Agder.  
Dokumentasjon av et forsøk.  
Byggforsk. Prosjektrapport 117 1993.
- Coser, Rose L.  
Alienation and the Social Structure. Artikkel i  
The hospital in modern society (red: Freidson&Eliot).  
Free press, New York. 1963.
- Egeberg, Morten  
Organisasjonsutforming i offentlig virksomhet.  
Aschehoug/Tanum-Norli, 1984.
- Elstad, Jon Ivar  
Èn helse- og sosialarbeider? Profesjonsstrid og lagdeling i  
helsesektoren. Artikkel i Helsevesen i knipe (red: Hroar Piene).  
Ad Notam Forlag, 1991.
- Eriksen, Erik Oddvar  
Den offentlige dimensjon. Verdier og styring i offentlig  
sektor.  
Tano Forlag, 1993.
- Feiring, Marte  
Kampen om kontroll. En studie av offentlig eldreomsorg i  
omstrilling. Institutt for sosiologi. Universitetet i Oslo. 1992.  
(Utgitt som ISO-rapport nr. 14 i 1994).

- Grut, Lisbet  
Modell for samordning av rehabiliteringsoppgaver i Aust Agder fylke. Årsrapport 1993, delprosjekt II. SINTEF, 1993.
- Modeller for samordning av medisinsk rehabilitering i Aust Agder. Sluttrapport fra delprosjekt II. SINTEF Rehab, 1995.
- Hatland, Aksel  
Til dem som trenger det mest? Økonomisk behovsprøving i norsk sosialpolitikk. Universitetsforlaget, 1992.
- Kjølsrød, Lise  
Ramsøy, Natalie R.  
Velferdsstatens yrker. Artikkel i Det Norske Samfunn (red: Allden, Ramsøy, Vaa). Gyldendal Norsk Forlag, 1986.
- Larsen, Mai-Liss,  
Johnsen, Elin,  
Moldenæs, Turid  
Samarbeid og profesjonalitet i kommunehelsetjenesten. Norut Samfunnsforskning. Rapport nr. 1 1994.
- Lie, Ivar  
Rehabilitering. Prinsipper og praktisk organisering. Gyldendal Norsk Forlag, 1989.
- Martinussen, Willy  
Sosiologisk Analyse. En innføring. Universitetsforlaget, 1984
- Nørve Siri og  
Alm Andreassen, Tone  
Klient hos den offentlige patron. Forståelsesrammer rundt relasjon hjelpeapparat og klient. Byggforsk. Prosjektrapport 171 1995.
- Pihl, Ellen  
Organisering av ergoterapi og fysioterapi i kommunehelsetjenesten. Prosjektoppgave. Diakonhjemmets høgskolesenter, 1995.
- Simon, Herbert  
Administrative Behaviour. Free Press, New York, 1965.
- Torgersen, Ulf  
Profesjonssosiologi. Universitetsforlaget, 1972.
- Yin, Robert K.  
Case study research. Design and methods. Applied Social Reserch Methods Series Volume 5. Sage Publications, 1994.

- Ytrehus, Siri Ergoterapeuten i åpen omsorg. Organisering, rehabiliteringsoppgaver og samarbeidsrelasjoner. Byggforsk. Prosjektrapport 1994.
- Gamle menns kunnskapsmangel om hus og omsorgsarbeid - et problem i den hjemmebaserte omsorgen? Artikkel i Betalt for å hjelpe (red: Bodil Ellefsen og Tor Inge Romøren). TANO Forlag, 1988.
- Wærness, Kari En bedre helse- og sosialtjeneste - ikke bare et spørsmål om ressurser. Artikkel i Sosialpolitikk i 1980-åra (red: Ringen/Wærness). Gyldendal Norsk Forlag, 1982.
- Aaserud Nordborg, Lisen Mot til verdighet. Om rehabiliteringens innhold og mål. Senter for Livslang Læring. Høgskolen i Lillehammer, 1994.

# VEDLEGG

## Ergoterapeutene som pådrivere i boligtilretteleggingsaker

I dette avsnittet skal vi kort gjennomgå hvordan ergoterapeutene opplever saksprosessen i en tilretteleggingssak, slik den kan foregå i *bygdebyen*. Stoffet baserer seg utelukkende på en beskrivelse foretatt av kommuneergoterapeuten. I tilknytning til denne er det ikke knyttet noen kommentarer eller tolkninger fra vår side. Problemstillingene som behandles her, er kanskje typiske for hvordan et tverretattlig boligrådgivningsarbeid foregår i mange kommuner. Stoffet er ikke mindre viktig enn resten av rapporten, men siden framstillingen er såpass detaljert, passer det likevel best i et eget vedlegg.

Vi holder altså bygdekommunen utenfor i dette avsnittet. Vi avgrensner oss også til nye byggesaker. Det vises ellers til figuren til slutt i vedlegget. Den skisserer modellen som bygdebyen har utviklet; med ulike faser i tilretteleggingsprosessen, og hvor de forskjellige aktørene kommer inn.

Bygdebyen har hittil manglet en organisatorisk infrastruktur for boligtilrettelegging. Ansvarsfordelingen mellom etatene har ikke vært tilstrekkelig avklart for å kunne ta i mot og få flyt på alle saker. Passivitet og manglende kunnskap om tilrettelegging av bomiljø for funksjonshemmede i andre etater har medført at ergoterapeutene har gått inn i problemkomplekser av teknisk og økonomisk art, som de ikke har hatt kompetanse til. Ergoterapeutene vil ofte være "limen" for å unngå at denne saksprosessen bryter sammen. Det ble påpekt at en slik rolle ikke er naturlig, og at dette er lite effektiv utnyttelse av tiden ergoterapeutene har til rådighet. I ettertid har imidlertid bygdebyen opprettet et tverretattlig og overordnet team, som bl.a. skal stake ut en mer avklart ansvarsfordeling mellom etatene som involveres i individuelle tilretteleggingsaker.

Ergoterapeutene opplever seg som pådrivere i forhold til et tungrodd og stundom vanskelig kommunalt byråkrati. "Ofte vil en være på leit" - ved at det knytter seg usikkerhet i forhold til hvilken løsning som er den beste for brukeren. Ofte vil man ha mindre oversikt over hvordan man bør gå fram i boligsaker enn i annen form for rehabilitering. Det er ressurskrevende å være koordinator og veiviser for brukerne i det kommunale systemet. Det er svært tidkrevende å sørge for at saksgangen flyter innenfor hver boligsak. Boligkontoret har for lite kunnskap om funksjonshemming, og tar stundom for lite hensyn til at brukernes situasjon kan endre seg underveis. Uavklarte ansvarsforhold mellom etatene kan også gjøre det lettere å prioritere ned eller avslå å gå inn i saker for funksjonshemmede.

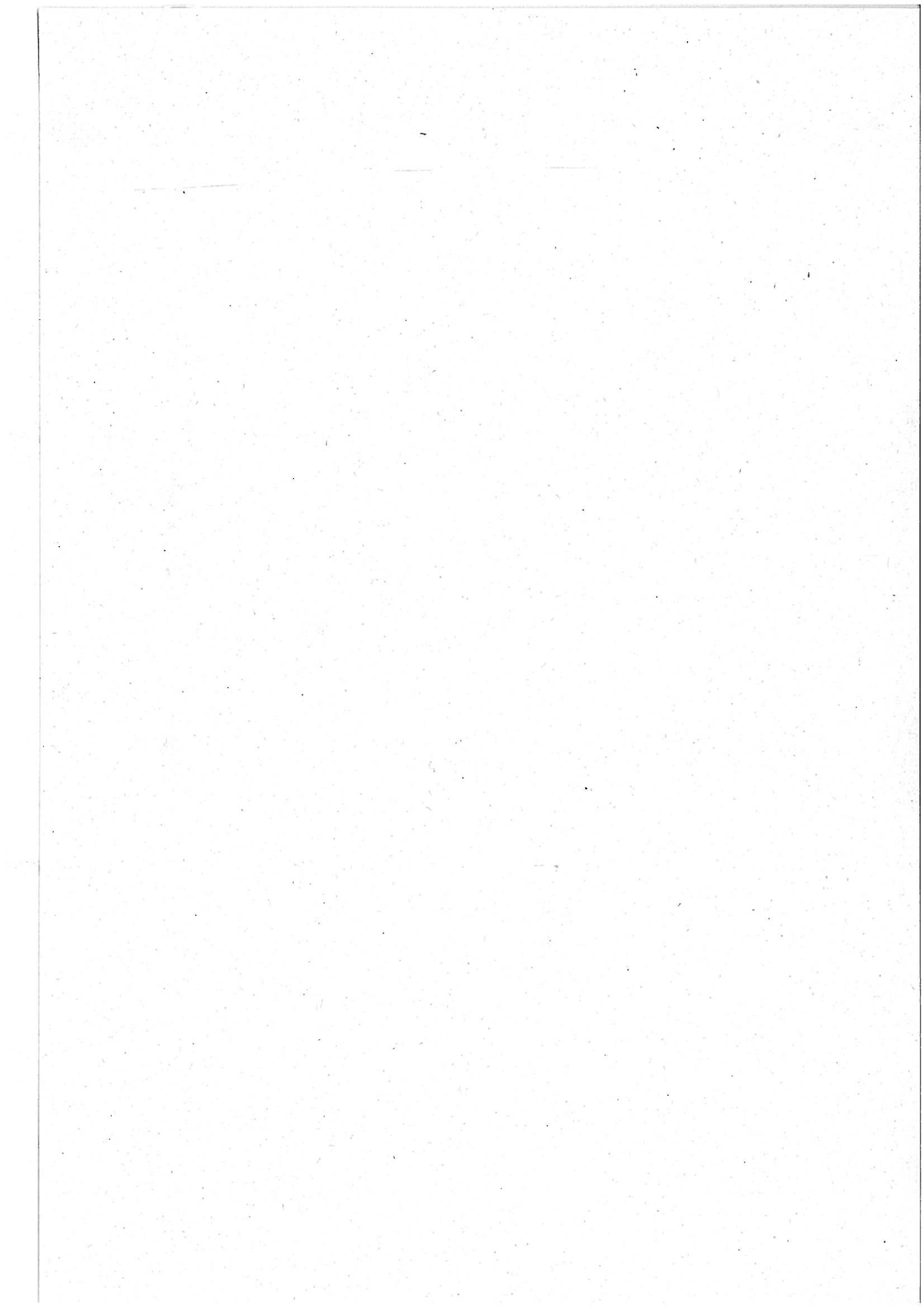
Å påse at saksgangen tar hensyn til at hver sak er unik, og at den blir håndtert tverrfaglig, er også tidkrevende. Uavklart ansvar mellom etatene, og når rehabiliteringsavdelingen kommer for sent inn, kan få direkte "brukerfiendtlige" utfall. Der funksjonshemmede er kvalifisert for målrettede støtte- og låneordninger fra Husbanken, er sakene blitt behandlet som

ordinære bolig- og utbyggingssaker. På denne måten er kostnadene fullt ut blitt dekket av den enkelte.

Ettersom en har manglet en byggekoordinator må ergoterapeuten ofte ta på seg denne rollen. Ofte vil ergoterapeutene oppleve at de utfører oppgaver og går inn i prosesser som de strengt tatt ikke har kompetanse til. Alternativet er at andre faggrupper hadde blitt koplet inn. Forespørsler om tidlig sosialfaglig bistand i forbindelse med økonomisk rådgivning, blir f.eks. sjelden prioritert av sosialkontoret. Konsekvensene er at arbeidet kan bli for lite kompetent utført, og at sakene tar lenger tid enn nødvendig for brukerne.

Dersom endringene er store, og/eller familien eller brukeren har lite overskudd til å være selvhjulpen, og/eller om det er typiske multiple behov inne i bildet, blir det opprettet en tverrfaglig ansvarsgruppe rundt saken. Gruppen er ad-hoc og varer til problemene er løst. I den videre saksgangen må en vurdere hvordan planløsningen skal se ut, og da vil som regel ergoterapeut som har foretatt funksjonsvurderingen sammen med arkitekt, gå nærmere inn i prosessen. Den endelige planløsningen bør så langt som mulig ta hensyn til videre progresjon i sykdomsutvikling og utvikling av funksjonshemmingen. Sosialkontor og evt. boligkontor bør kopls inn så tidlig som mulig for å vurdere økonomisk finansiering.

I mange saker trekker rehabiliteringsavdelingen seg ut etter at planløsning og økonomiske løsninger er avklart. Men dersom behovene endres eller nye behov kommer til, kan prosessen stoppe opp. I slike tilfeller vil ergoterapeutene sitte med "sakene" i fanget. Et viktig prinsipp som ergoterapeutene ønsker skal prege sakene, er at familien/brukeren sammen med terapeutene og boligkontor setter seg ned for å peke på sannsynlige alternativer for brukeren dersom det likevel ikke blir plansak. Dette kan kanskje forebygge at sakene "stopper opp". Det er sjelden slike møter forekommer. Bedre og mer kontinuerlig byggekontroll er også en utpreget forbedringsmulighet.





Vlce 17