

Siri Ytrehus

Ergoterapeuten i åpen omsorg

Organisering, rehabiliteringsoppgaver og samarbeidsrelasjoner

BYGGFORSK

Norges byggforskningsinstitutt

Siri Ytrehus

Ergoterapeuten i åpen omsorg

Organisering, rehabiliteringsoppgaver og samarbeidsrelasjoner

Prosjektrapport 157 – 1994

Prosjektrapport 157

Siri Ytrehus

Ergoterapeuten i åpen omsorg

Organisering, rehabiliteringsoppgaver og
samarbeidsrelasjoner

ISBN 82-536-0464-5

ISSN 0801-6461

100 eks. trykt av

S E Thoresen as

Cyclus resirkulert papir

Omslag 200 g, innmat 100 g

© Norges byggforskningsinstitutt 1994

Adr.: Forskningsveien 3B

Postboks 123 Blindern

0314 OSLO

Tlf.: 22 96 55 00

Fax: 22 69 94 38 og 22 96 55 42

Forord

Rehabilitering har vært og er ergoterapeutenes sentrale og overordnede arbeidsfelt. I dag er åpen omsorg - på samme måte som for flere andre yrkesgrupper - en ny arena for ergoterapeutenes yrkesutøvelse. Denne rapporten tar for seg sentrale rehabiliteringsoppgaver i åpen omsorg, hvem som har ansvaret for rehabiliteringsoppgavene og hva som har vært ergoterapeutens plass i dette arbeidet. Rapporten tar også for seg ergoterapeutens organisatoriske plassering i kommunene og vurderinger av nytten av ergoterapeutens rehabiliteringsarbeid overfor ulike klientgrupper. Rapporten baserer seg på data fra spørreskjema til ergoterapeutens overordnede i kommunen og til ergoterapeuter som har ansvar for arbeidsoppgaver i åpen omsorg.

Reidun Monsen, Mona Johansen og Karin Liabø fra Norsk Ergoterapeutforbund og ergoterapeutene Geva Skard, Trine Arvidsen og Lise Klem har deltatt i en referansegruppe for prosjektet.

Sosiolog Tone Alm Andreassen, sosiolog og ergoterapeut Marte Feiring og sosiolog Astri Halså har deltatt i diskusjoner omkring utarbeidelsen av undersøkelsen og gitt kommentarer til rapporten.

Steinar Østerby har vært prosjektmedarbeider og hatt medansvar for datainnsamling, tilrettelegging, bearbeiding og analyse av data.

Undersøkelsen er utført på oppdrag av Norsk Ergoterapeutforbund. Prosjektet har hatt en økonomisk ramme tilsvarende tre månedersverk.

Kirsten Arge
Forskningssjef

Siri Ytrehus
Prosjektleder

Innhold

Forord	3
1 Bakgrunn for undersøkelsen	5
1.1 Ergoterapi som fagfelt - utviklingstendenser, arbeidssteder, arbeidsoppgaver og samarbeidspartnere	5
1.2 Ergoterapeuten i åpen omsorg.....	9
2 Problemstillinger i undersøkelsen.....	11
3 Metode	12
3.1 Utvalget.....	12
3.2 Hvem som har fylt ut spørreskjemaet	12
3.3 Svarprosenten.....	13
4 Kjennetegn ved kommuner som har ergoterapeut i åpen omsorg.....	14
4.1 Kommuner med vekt på hjemmebaserte tjenester og institusjonsbaserte tjenester	14
4.2 Kommunestørrelse og beliggenhet - stilling for ergoterapeut i åpen omsorg	16
5 Hvordan er helse-, sosial- og omsorgstjenestene organisert?	18
5.1 Hvilke avdelinger er ergoterapeuten vanligvis tilknyttet.....	19
5.2 Ergoterapeutens samarbeidspartnere	20
5.3 Oppsummering - ergoterapeutens organisatoriske tilknytning	23
6 Opprettelse av stilling for ergoterapeut i åpen omsorg	24
6.1 Bakgrunnen for å opprette stilling for ergoterapeut	24
6.2 Hvorfor ikke opprette stilling for ergoterapeut i åpen omsorg?.....	25
6.3 Hvilke yrkesgrupper kan erstatte ergoterapeuten.....	26
6.4 Oppsummering	27
7 Hvem har ansvaret for rehabiliteringsoppgavene i kommunene	28
7.1 Rehabilitering som nytt satsingsområde.....	28
7.2 Ansvar for tilrettelegging av bolig for funksjonshemmede.....	30
7.2.1 Kommunestørrelse og boligtilrettelegging.....	32
7.3 Ansvar for hjelpemiddelformidling og kontakt med hjelpemiddelsentralen.....	33
7.3.1 Ansvar for formidling av tekniske hjelpemidler og kontakt med hjelpemiddelsentralen..... i små og store kommuner	34
7.3.2 Oppsummering - boligtilrettelegging, hjelpemiddelformidling og kontakt med hjelpemiddelsentralen.....	35

7.4	Ansaret for ADL-trening	35
7.4.1	Oppsummering - ADL-trening	38
7.5	Ansvar for rehabilitering	38
7.5.1	Oppsummering - rehabilitering	40
8	Nytten av kommuneergoterapeut - den overordnedes perspektiv	41
8.1	Hvilke klientgrupper har hatt nytte av ergoterapeut i åpen omsorg?	41
8.2	Fordeler kommunen har av å ansette ergoterapeut	42
8.3	Oppsummering	43
9	Kommuneergoterapeutens samarbeidsrelasjoner - ergoterapeutens perspektiv	44
9.1	Samarbeid med andre yrkesgrupper	44
10	Avslutning - oppsummering	47
10.1	Konsekvenser av ulik organisering av ergoterapitjenesten - behovet for videre studier	48
	Litteratur	50
	Vedlegg: Spørreskjema	

1 Bakgrunn for undersøkelsen

Tema for denne undersøkelsen er ergoterapeutenes arbeidsoppgaver i kommunen. Undersøkelsen er gjennomført på oppdrag fra Norsk Ergoterapeutforbund. I dag er det stadig flere kommuner som har opprettet stillinger for ergoterapeuter med arbeidsoppgaver også utenfor institusjonene. Ifølge Lov om helsetjenester i kommunene er ergoterapitjenesten ingen obligatorisk delhelsetjeneste. Om ergoterapitjenesten i kommunen står det: "Der forholdene ligger til rette og det finnes hensiktsmessig, kan kommunen også organisere ergoterapi og bedriftshelsetjeneste." (§ 1-3, s.2 Lov om helsetjenester i kommunen).

Studien er først og fremst av deskriptiv karakter. Rapporten vil ta for seg hvilken betydning ergoterapeutens arbeid i kommunene har, hva som kjennetegner kommuner som har ansatt ergoterapeut, årsaker til at kommunene velger å opprette stilling for ergoterapeut med virkefelt også utenfor institusjon, hvilken organisatorisk tilknytning og arbeidsoppgaver ergoterapeuten i kommunen har, og hvordan den overordnede i kommunen vurderer ergoterapeutens bidrag.

1.1 Ergoterapi som fagfelt - utviklingstendenser, arbeidssteder, arbeidsoppgaver og samarbeidspartnere

Innledningsvis vil vi i dette kapitlet kort redegjøre for ergoterapi som fagfelt og hvordan det har utviklet seg. Rammene for prosjektet tillater ikke annet enn en skissemessig redegjørelse. Vi har allikevel lagt vekt på å få dette med som en orientering for lesere som ikke har kjennskap til ergoterapiyrket.¹

¹ Framveksten av en yrkesgruppe kan forstås ut fra mange perspektiver. En tradisjon for studier av yrkesgrupper ser på yrkets institusjonaliserte kontroll over bestemte oppgaver. Ved å gjøre hevd på, bli tildelt, eller selv definere et område eller et oppgavefelt, får yrket samfunnets anerkjennelse av kontroll over dette feltet (Abbot 1988). Denne tilnærmingen for å forstå yrkesgruppens framvekst tar utgangspunkt i at oppgaveforandringene i et yrke avhenger av endringer i andre yrker og deres oppgavedefinering.

Det vil også være andre større samfunnsmessige forhold som er av betydning for yrket, oppgavefordelingen og utformingen av yrket. Vi må regne med at institusjonaliseringen av store grupper etter krigen skapte en etterspørsel etter ergoterapeuter til institusjonene. Nedlegging av institusjoner og økt vekt på åpen omsorg vil derfor få en helt avgjørende betydning for ergoterapeutenes arbeidsoppgaver. Ergoterapeutene har tradisjonelt sitt fagfelt knyttet til ikke bare trening av personene,

Tradisjonelt har ergoterapeutenes arbeidsoppgaver bestått i aktivisering av pasienter. Høgskolelektor Nils Erik Ness har sett på fagets framvekst i USA på begynnelsen av dette århundret (Ness 1992). Han legger stor vekt på bevegelsen "moral treatment" som forløper til dette fagfeltet. Han knytter framveksten til den stadig økende vekten i flere fagtradisjoner på aktivitetens betydning for ulike grupper av funksjonshemmede. Spesielt blir også ergoterapifagets framvekst knyttet til rehabiliteringsprogrammer utviklet i USA for krigsskadde etter første verdenskrig.

Ergoterapiutdanningen i Norge hadde sin forløper i sinnssykehusene og arbeidet med aktivisering av pasientene (Feiring 1992)². Tidligere ble betegnelsen arbeidsterapeut brukt. Det har vært utdanning for arbeidsterapeuter i Norge fra 1952. Utdanningen har fra 1955 vært toårig. Fra 1974 ble utdanningen treårig og ergoterapeutene oppnådde beskyttet tittel.

Ergoterapiutdanningen i Norge har hatt en sterk internasjonal påvirkning (Ness 1994). Det teoretiske fundamentet for den norske ergoterapiutdanningen ble utviklet i USA. Kanskje betyr dette at den norske ergoterapiutdanningen har sterkere internasjonale røtter enn andre tilsvarende utdanninger. For eksempel har vi sett at vernepleierutdanningen hadde sitt utspring i den norske sykepleierutdanningen og at sykepleiere sto sentralt i utformingen av denne utdanningen (Halsa og Ytrehus 1992). I beskrivelser av ergoterapifagets utvikling og teoretiske ståsted blir også skillet mellom fysikalsk medisin - også kalt oppøvingsterapi - og psykiatrisk ergoterapi, framhevet (Ness 1994). Faget ble på 70-tallet i Norge delt i psykiatrisk og fysikalsk medisinsk ergoterapi (Ness 1994). Utdanningen i Norge ble da i større grad enn tidligere dominert av andre yrkesgruppers fag som anatomi, medisin, ortopedi, nevrologi og psykiatri. Det hevdes også at ergoterapifaget i Norge i denne perioden mistet de grunnleggende idealene som faget opprinnelig var basert på. Det sentrale i ergoterapifaget da ble ikke menneskenes aktivitet i lek, arbeid og omsorg, men aktivitet som et middel i behandlingen (Ness 1994).

Psykiatrien og omsorgen for psykisk utviklingshemmede har sysselsatt mange ergoterapeuter. I 1978 arbeidet 96 i vanlige sykehus eller spesialsykehus (NOS 1978), 142 i

men også til påvirkning av omgivelser og relasjonen mellom personen og omgivelsene. Det er derfor rimelig å regne med at den teknologien som utvikles med tanke på funksjonshemmede kan få spesiell betydning for denne yrkesgruppen og deres arbeidsoppgaver. Også det at stadig flere lever relativt lenge med funksjonshemninger skulle bety stort behov for en yrkesgruppe med rehabilitering som overordnet arbeidsområde. Vi har sett - som ovenfor nevnt - at utvikling av rehabilitering som fagfelt også har blitt knyttet til første verdenskrig og det behovet den skapte for rehabilitering av mange krigsskadde.

² Arbeidsterapi har vært et sentralt virkemiddel i norsk psykiatri hele den tiden det har vært snakk om et organisert sinnssykevesen. Kjersti Ericsson (1974) har drøftet årsaker til arbeidsterapiens framvekst og betydning på sinnssykeinstitusjonene. Hun legger vekt på den tvetydige karakteren arbeidsterapien har hatt innenfor sinnssykehusene. Den sentrale plassen arbeidstreningen har fått i psykiatrien er også knyttet til det rådende ideologiske klimaet på den tiden denne behandlingsformen ble utviklet. Ideologien var preget av "den protestantiske etikk" (Weber 1985), med et moralsk syn på årsaker til sosiale problemer. Sosiale problemer var forårsaket av at folk ikke hadde de sanne kristelige verdiene som sparsomhet og flid. Arbeidstrening på institusjonene for sinnssyke skulle bøte på dette. Arbeidstreningen kan derfor også sees som en disiplinierende virksomhet innenfor institusjonsomsorgen. Samtidig hevder Ericsson (s. 97) - på bakgrunn av fagfolks diskusjon av arbeidstrenings betydning - at arbeidstreningen har vært det "sunneste og mest fornuftige trekket ved sinnssykeinstitusjonene". Arbeidets positive betydning for de sinnssyke er overbevisende vist i mange sammenhenger.

sykehjem. 157 arbeidet innenfor omsorgen for psykisk utviklingshemmede, 193 i psykiatriske sykehus (her er det ikke tatt med deltidsstillinger).

Ergoterapeutene har vært del av et relativt lite fagfelleskap på egne arbeidsstuer eller aktivitetsavdelinger. De har arbeidet sammen med personer fra egen yrkesgruppe og med arbeidsterapeuter. Det er også rimelig å regne med at arbeidsoppgavene har vært forskjellige i ulike typer institusjoner. Ulike pasientgrupper har forskjellig behov. Relativt mange ergoterapeuter har i realiteten arbeidet med pasienter som ikke har hatt utskriving og forbedring som mål for institusjonsoppholdet. Dette gjelder både innenfor eldreomsorgen og innenfor omsorgen for psykisk utviklingshemmede.

Deltagelse på arbeidsstuen har vært en del av dagtilbudet til pasientene. Oppfatninger om aktivitetens positive betydning for helse har som nevnt vært grunnlaget for ergoterapeutens virksomhet i institusjonene. Ergoterapeutens nærmeste overordnede i institusjonene har vært leder for pleiepersonalet. Henvvisning fra lege har ikke vært nødvendig for å motta tjenester fra ergoterapeutene. Det er også rimelig å regne med at både legene og det øvrige pleiepersonalet har hatt relativt liten innvirkning på det arbeidet som ergoterapeutene har utført overfor ulike pasientgrupper og spesielt på utforming av virksomheten i arbeidsstuen. Dette hevdes også av Løken (1965) i hans studie av en psykiatrisk avdeling ved Dikemark sykehus. Han skriver at "arbeidsterapeutene og deres assistenter står relativt isolert fra resten av pleiepersonalet" (s. 119). I analysen av denne psykiatriske avdelingen er han også i liten grad opptatt av arbeidsterapeutenes virksomhet og deres betydning overfor pasientene.

Ergoterapeutene har også hatt andre arbeidsvilkår enn annet pleiepersonell på institusjonene. Ergoterapeutene har - i motsetning til det øvrige personalet - hatt fast arbeidstid. De har bare vært tilgjengelige i den tiden arbeidsstuen har vært åpne.

Yrkets sosial prestisje - eller plassering i et yrkeshierarki (Geer 1968) - får betydning for relasjonene til samarbeidspartnere og til klientene.³ Vi vet at fysioterapeuter har relativt høy status - og høyere enn sykepleiere. Hvordan forholdet statusmessig mellom ergoterapeuter og andre yrkesgrupper er, vet vi ikke så mye om. Innenfor institusjonsomsorgen var ofte sykepleiere ergoterapeutens nærmeste overordnede. Samtidig hadde ergoterapeuten - som nevnt - en relativt selvstendig stilling. Deres arbeidsoppgaver knyttes til arbeid og rehabilitering, altså forbedring av klientenes tilstand, og ikke daglig omsorg og pleieoppgaver. Det kan også ha fått betydning for deres status og prestisje i institusjonen. De fleste av velferdsstatens yrker er kvinneyrker. Vi vet at dette på mange og sammensatte måter får betydning for deres yrkesutøvelse og status. I flere av yrkene har

³ Det er gjennomført undersøkelser for å vurdere ulike yrkers samfunnsmessige prestisje, status og anseelse (Knudsen og Ringdal 1984, Ramsøy 1986). Undersøkelsene baserer seg på antagelser om at folk har oppfatninger av hvor mye anseelse de enkelte yrkesgruppene har. Noen yrkestitler er det knyttet mer status og respekt til enn andre. I disse undersøkelsene er folk bedt om å rangere yrkene etter prestisje og status. Ulike typer av velferdsstatens yrker er tatt med. Aspekter som har betydning for yrkets relative status og prestisje er inntektsmuligheter, utdanningens lengde og selvstendighet i yrkesutøvelsen. Yrkets status - sammenlignet med de andre yrkesgruppene - er ikke absolutt, men et forhold som endres. Av velferdsstatens yrker rangeres legeyrket høyest, dernest følger psykologene og tannlegene. Fysioterapeuter rangeres noe høyere enn lærere, sykepleiere og sosionomer. Det er lite som skiller disse yrkene. Ergoterapiyrket er ikke med i disse undersøkelsene.

det etter hvert kommet menn til. Dette har ikke i så stort omfang vært tilfelle for ergoterapiutdanningen som i de andre utdanningene.

I 1979 var det ca. 500 - 600 ergoterapeuter i landet. Det var da en tilgang på bare 50 - 60 ergoterapeuter pr. år på grunn av den relativt lave utdanningskapasiteten med bare en ergoterapiskole i landet. Denne lave utdanningskapasiteten ble brukt som argument for at ergoterapitjenesten ikke kunne gjøres til en obligatorisk del av distrikthelsetjenesten (NOU 1979:28). Dersom ergoterapitjenesten da ble en obligatorisk del av kommunehelsetjenesten - eller distriktshelsetjenesten som den da ble kalt -, ville ikke planer for helsetjenesten i kommunen kunne godkjennes på grunn av manglende dekning av ergoterapeuter. Men det ble også foreslått at ergoterapeutene i institusjonene kunne drive ambulerende virksomhet og på den måte bli en del av distriktshelsetjenesten. I 1988 var det 270 stillinger for ergoterapeuter i kommunene. Ergoterapeutene hadde da den høyeste vakansraten av alle yrkesgruppene som arbeidet i kommunehelsetjenesten, med 38 % av alle stillingene vakante.

Andelen vakante stillinger for ergoterapeuter i kommunen i vår undersøkelse i dette utvalget av kommuner er 14 %. Det innebærer at vakansproblemet er betydelig redusert. Det er rimelig å regne med at det har sammenheng med at utdanningskapasiteten er betraktelig økt de siste årene. Samtidig er det også mulig at vakansproblemene vil være større i de store byene som ikke er med i denne undersøkelsen. Det er også mulig at vakansproblemet gir seg utslag i at stillinger ikke blir opprettet, eller at de har blitt nedlagt fordi det har vært problematisk å besette dem.

I 1987 var det ca. 1 000 medlemmer i Norsk Ergoterapeutforbund. Og det var ca. 800 yrkesaktive ergoterapeuter. Ca. 52 kommuner hadde ansatt ergoterapeut. I 1988 ble ansvaret for sykehjemmene overført til kommunene. Det resulterte i at antallet ansatte ergoterapeuter i kommunene økte betraktelig.

Utdanningskapasiteten har - som ovenfor nevnt - vært relativt liten. Nåløyet for å komme inn har vært trangt. Det har forutsatt gode allmennfaglige karakterer og ofte også tilleggsutdanning. En vei for mange inn i utdanningen har gått om husflidsutdanning. Kanskje kan vi anta at en sentral gruppe i utdanningen har vært kvinner med mye kunnskap om og interesse for ulike typer husflidsfag. En type motivasjon - blant flere - for å velge ergoterapiyrket kan ha vært muligheten for å bruke denne kompetansen videre.

Ergoterapiutdanningen har også på samme måte som andre høgskoleutdanninger vært gjennom en utdanningspolitisk reform. Utdanningene er ikke lengre egne høgskoler, men er slått sammen med andre utdanninger til høgskolesenter. Det er rimelig å regne med at dette har fått og fortsatt vil få betydning for innholdet i utdanningen og forholdet til andre yrkesgrupper.

1.2 Ergoterapeuten i åpen omsorg

Rammene for virksomheten til ergoterapeuten er nå drastisk endret sammenlignet med de rammene institusjonsomsorgen satte for deres arbeidsoppgaver. Dette har både vært en konsekvens av en profesjonaliseringsprosess i yrkesgruppen og av endrede betingelser for yrkesutøvelsen. En hovedendring i ergoterapeutenes virksomhet er stadig større vekt på arbeidsoppgaver som ikke er institusjonsbaserte. Andre yrkesgrupper enn tidligere kan bli sentrale som samarbeidspartnere og relasjonene mellom ergoterapeutene og yrkesgrupper de tidligere har samarbeidet med må reforhandles.

I kommunene er det ingen klart definerte arbeidsoppgaver som kan sies å være ergoterapeutens. Ergoterapeutforbundet har utarbeidet et eget hefte som med hovedvekt på kommunehelsetjenesten redegjør for hva ergoterapi er (NETF 1986). Om formålet med ergoterapi sies det blant annet:

".....Ergoterapi forutsetter at mennesket ved egeninnsats og målrettet aktivitet kan påvirke sin helse og sitt funksjonsnivå, og at omgivelsenes krav kan endres for å lette menneskenes fungering. Ergoterapi er en kombinasjon av a) tiltak for å behandle/trene funksjon og b) tiltak for å tilpasse omgivelsene." (s.4)

Desentralisering og økt vekt på åpen omsorg har ført til at vi har fått et formelt skille mellom den offentlige omsorgen som ytes og stedet der den hjelpetrengende personen bor. Den private boligen blir arena for offentlig tjenesteyting. De lover som regulerer tjenestene som ytes, regulerer ikke - på samme måte som for institusjonsomsorgen - boligen til personene om mottar tjenester. Boligtilbudet reguleres av boligpolitikken og hjelp og omsorg blir en del av helse- og sosialtjenestene.

En sentral del av ergoterapeutenes virksomhet er manipulering med klientens omgivelser. Det fører til at de samarbeider med yrkesgrupper som representerer en annen kultur og problemforståelse enn de tradisjonelle helse- og sosialfaglige yrkesgruppene. Deler av ergoterapeutens virksomhet vil også foregå på private arenaer i samhandling med private aktører. Å skaffe til veie bolig for svakstilte er et kommunalt ansvar. Ergoterapeuten deltar i utforming og tilrettelegging av denne type boliger. Hun vil samhandle med ansatte i tekniske etater og kanskje også representanter for private byggefirma som utfører oppdragene. Også ved tilrettelegging av eldre boliger til ulike grupper av funksjonshemmede vil det være aktuelt å samarbeide med disse personene.

Også på andre måter vil ergoterapeuten arbeide innenfor den private sfære. Endringer i boligen og utformingen av denne kan ikke bare forstås som en teknisk og funksjonell tilpasning. Dette er et privat anliggende i vår kultur og blir tillagt stor vekt (Gullestad 1992). I arbeidet med tekniske hjelpemidler vil ergoterapeutene også forholde seg til et felt styrt av private interesser fordi det i stor grad vil være private aktører som arbeider med utvikling og formidling av tekniske hjelpemidler.

Ergoterapeutene i åpen omsorg har relativt korte tradisjoner å bygge på. Samtidig er rehabilitering et satsingsområde for helse- og sosialtjenestene i kommunene. Ergoterapeutens nye virksomhet i kommunene er knyttet til rehabilitering. Mange yrkesgrupper har rehabilitering som et av sine arbeidsfelt. Rehabilitering blir tillagt stadig større vekt i

tråd med endringer i institusjonsomsorgen og økt vekt på ulike typer hjemmebaserte tjenester.⁴ Men det er bare ergoterapeutene som har hatt dette som eneste og helt overordnede arbeidsområde (Feiring 1992). Tross deres relativt svake tradisjoner knyttet til arbeidet utenfor institusjonsomsorgen, kan dette gjøre at de allikevel får en sentral plass i den åpne omsorgen.

⁴ Rehabilitering som faglig tilnærming - som en form for medisinsk etterbehandling - er ikke nytt som faglig tilnærming til ulike typer problemer. I Norge er det vanlig å knytte fagområdet medisinsk rehabilitering til etterkrigstidens atferdsbehov og til polioepidemiene utover på 50-tallet. Rehabiliteringstanken har slått igjennom for fullt i ulike offentlige utredninger de siste årene. I lov om helsetjenester i kommunene er rehabilitering som virksomhet gjort til ett av fire hovedområder for helsetjenesten i kommunen (Lov om helsetjenestene i kommunene av 19 nov. 1982, nr. 66, pg. 1 - 1.). Mange forhold har hatt betydning for denne utviklingen. Blant annet har både den økte vekten på ikke institusjonsbaserte tjenester i kommunene og den teknologiske utviklingen hatt betydning. Rehabilitering - det å gi personer mulighet til å greie seg sjøl - vil være en forutsetning for en tilværelse utenfor institusjon.

2 Problemstillinger i undersøkelsen

Denne undersøkelsen vil se på hva som kjennetegner kommuner som har opprettet stilling for ergoterapeut med ansvar for arbeidsoppgaver i tilknytning til åpen omsorg, hvilke typiske rehabiliteringsoppgaver i kommunen som ivaretas av ergoterapeut og hvilke som ivaretas av andre yrkesgrupper, hvilken betydning det har for kommunene å ha ansatt ergoterapeut i åpen omsorg, hvor ergoterapeuten i kommunen er organisert og om ulik organisatorisk tilknytning av ergoterapeutene har betydning for hvilke rehabiliteringsoppgaver de får.

Det er valgt ut noen områder. Rehabilitering som arbeidsområde vil være det overordnede arbeidsfeltet, og de andre oppgavene som studeres, kan sees som en del av rehabiliteringsarbeidet med ulike klientgrupper i kommunen. De arbeidsoppgavene det er spurt om i denne undersøkelsen - tilrettelegging av bolig, hjelpemiddelformidling, ADL-trening og rehabilitering - er ikke ment å skulle omfatte alle arbeidsoppgaver som ergoterapeutene har i kommunen. Heller ikke er disse områdene ment å skulle være dekkende for kommunens rehabiliteringsarbeid.

Det er store variasjoner både i hvordan kommunene organiserer omsorgstjenestene sine og hvordan tjenestene i de ulike kommunene utformes. Organiseringen og utformingen av tjenestene er avhengig av mange forhold. På samme måte vil den rolle og de oppgaver ergoterapeuten får, være avhengig av mange faktorer. Noen steder er stillinger for ergoterapeutene slått sammen med fysioterapeutene i en egen helseavdeling. Andre steder er ergoterapeutene organisert i pleie- og omsorgsavdeling.

Det vil være rimelig å regne med at kommunenes størrelse har betydning for om kommunene velger å opprette stilling for kommuneergoterapeut. I mindre kommuner kan de ansatte i kommunehelsetjenesten ha mindre spesialiserte roller. Det kan også være økonomiske årsaker til ikke å opprette stilling for kommuneergoterapeut.

3 Metode

3.1 Utvalget

Utvalget består av 139 kommuner. I 83 av disse kommunene er det ansatt ergoterapeut som også har arbeidsoppgaver utenfor institusjonsomsorgen. 56 av kommunene i utvalget har ikke ansatt ergoterapeut som arbeider med denne type arbeidsoppgaver. Det er i utvelgelsen av kommunene tilstrebet å ha representert kommuner fra hele landet og både små og store kommuner. De aller største byene er ikke representert i utvalget. Det betyr ikke at det ikke ville være av interesse å se på bruk av ergoterapeutene i de store byene. I dette prosjektet var det av spesielt ressursmessige årsaker nødvendig å begrense antall tema og dermed datainnsamlingen. Forholdene i de store byene vil på mange måter være kvalitativt annerledes enn i mellomstore og mindre kommuner. Befolkningsgrunnlaget er et annet. Dette vil ha betydning både for hvilke arbeidsoppgaver ergoterapeutene får og for karakteren av problemene ergoterapeuten skal løse. Det er også rimelig å regne med at det vil være større grad av spesialisering av arbeidsoppgaver for ergoterapeutene i de store byene. En stor andel av ergoterapeuter med arbeidsoppgaver i åpen omsorg er i dag ansatt i de store byene. En intensjon med dette prosjektet var også å se på hvordan denne type oppgaver som her studeres løses i kommuner som ikke har ergoterapeut. For å kunne sammenligne kommuner med og kommuner uten ergoterapeut med ansvar for disse oppgavene, var det rimelig å konsentrere seg om de mellomstore og små kommunene.

3.2 Hvem som har fylt ut spørreskjemaet

Det ble sendt ut to spørreskjema til alle kommunene i utvalget. Et - (del A) skulle besvares av helsesjefen i kommunene. I kommuner uten helsesjef skulle pleie- og omsorgssjefen besvare dette spørreskjemaet. Det andre spørreskjemaet (del B) skulle besvares av ergoterapeuten i kommuner der ergoterapeuten har arbeidsoppgaver utenfor institusjonsomsorgen og ellers av fysioterapeut.

I 58 % av kommunene har lege utfylt spørreskjemaets del A. I 14 % av kommunen har sykepleier fylt ut spørreskjemaet. I 8 % av kommunene er dette spørreskjemaet utfylt av ergoterapeut. Andre som har fylt ut, er pedagog, fysioterapeut, hjelpepleier, vernepleier, sosionom og aktivitør. Det innebærer at det i dette spørreskjemaet er andre som har defi-

nerst hva som er ergoterapeutens oppgaver. Dersom ergoterapeutene selv hadde redegjort for oppgavene (Abbot 1988), kan en ikke utelukke at bildet kunne blitt annerledes.

Del B er fylt ut av ergoterapeut i nesten alle kommunene med ergoterapeut med ansvar for arbeidsoppgaver i åpen omsorg, bare i to kommuner er det annen yrkesgruppe som har fylt ut. I kommuner uten ergoterapeut med arbeidsoppgaver utenfor institusjonsomsorgen, har fysioterapeut fylt ut skjemaet i 68 % av kommunene og ergoterapeut i 26 % av kommunene. Det har sannsynligvis sammenheng med at kommunene kan ha ansatt ergoterapeut uten at det er opprettet stilling for ergoterapeut med ansvarsoppgaver knyttet til åpen omsorg.

3.3 Svarprosenten

Den overordnede i kommunen ble bedt om å formidle del B av spørreskjemaet til enten kommuneergoterapeuten eller fysioterapeut i kommuner uten kommuneergoterapeut. Svarprosenten etter første utsendelse var 65 %. Det ble gjennomført en purrerunde.

Den endelige svarprosenten for spørreskjema del A er 79 % og for del B 81 %.

4 Kjennetegn ved kommuner som har ergoterapeut i åpen omsorg

I dette kapitlet skal vi se på kjennetegn ved kommuner som har opprettet stilling for ergoterapeut. Ifølge NETFs oversikt over ulike stillingstyper for medlemmene er det på landsbasis 33 % av kommunene som har opprettet stilling for ergoterapeut i kommunen.⁵ Vi tar i dette kapitlet utgangspunkt både i utvalget av kommuner i denne undersøkelsen og i ergoterapiforbundets oversikt over ergoterapeuter som er medlem i forbundet og hvilke stillingstyper de har. Det innebærer at vi her får en oversikt over kommuner med og kommuner uten ergoterapeuter ansatt i kommunene på landsbasis, ikke bare i vårt utvalg. Svakheten med å ta utgangspunkt i NETFs oversikt er at kommuner med ergoterapeuter som ikke er medlem i forbundet og kommuner der ergoterapeutstillingen er vakant, vil bli registrert som kommuner uten ergoterapeut. Vi har derfor sett både på NETFs oversikt over hvor ergoterapeuter er ansatt og sammenholdt det med hva denne undersøkelsen sier om hvor de er ansatt.

Vi har sett på hva som kjennetegner kommuner som har og kommuner som ikke har stilling for ergoterapeut i kommunen. De variablene vi her har tatt utgangspunkt i, er kommunestørrelse, beliggenhet og om kommunene har vekt på institusjonsomsorg eller hjemmebasert tjenester. Som mål på beliggenhet er det sett på kommunenes geografiske plassering.

4.1 Kommuner med vekt på hjemmebaserte tjenester og institusjonsbaserte tjenester

Det kan være mange og sammensatte årsaker til at kommuner velger å opprette stilling for ergoterapeut med ansvar for arbeidsoppgaver utenfor institusjon. Undersøkelser har vist at faggruppene i kommunene spiller en betydelig rolle i omorganiseringsprosesser av tjenestene i kommunene. Kanskje er det ansatt nøkkelpersoner i kommunene som har ønsket å prioritere rehabilitering. En strategi kan være å satse på hjemmebaserte tjenester framfor institusjonsbaserte. Det å opprette denne type stilling for ergoterapeut kan også

⁵ Vi må regne med at tallet kan være noe høyere. Denne registreringen vil ikke omfatte ledige stillinger og ergoterapeutstillinger der ergoterapeuten ikke er organisert i forbundet.

være ledd i en strategi for å satse på rehabilitering. Det kan resultere i at kommunene som velger å satse på hjemmebaserte tjenester også velger å ansette ergoterapeut. Tabellen 1 viser andelen av kommuner med vekt på institusjonsomsorg og kommuner med vekt på hjemmebaserte tjenester som har ansatt ergoterapeut med arbeidsoppgaver også utenfor institusjon.⁶

Tabell 1: Andelen kommuner med og uten ergoterapeut med arbeidsoppgaver i åpen omsorg etter om de har lagt vekt på institusjonsomsorg eller hjemmebaserte tjenester. Prosent. (Denne tabellen har tatt utgangspunkt i NETFs oversikt over hvor ergoterapeutene er ansatt).

	Kommuner med vekt på institusjonsomsorg. Prosent	Kommuner med vekt på hjemmebaserte tjenester Prosent
Kommuner med kommuneergoterapeut	34	31
Kommuner uten kommuneergoterapeut	66	69
N (Antall)	193	255

Vi ser av tabellen ovenfor at det ikke er noen sammenheng mellom hvilken orientering kommunene har når det gjelder tjenester og om kommunene har ansatt kommuneergoterapeut eller ikke. Det innebærer at vi ut fra denne analysen ikke kan si at det finnes kommuner med en overordnet rehabiliteringsstrategi som både innebærer å satse på å ansette kommuneergoterapeut og å satse på hjemmebaserte tjenester. Det kan være ulike forklaringer på dette. En årsak kan kanskje være knyttet til økonomi. Kommuner med god økonomi velger å prioritere institusjonsomsorg. Disse kommunene har også mulighet til å ansette kommuneergoterapeut. Det kan føre til at det er like vanlig at kommuner som har vekt på institusjonsomsorg har kommuneergoterapeut.

Dersom vi bare ser på kommunene som er representert i utvalget, får vi en svak tendens til at kommunene med vekt på hjemmebaserte tjenester hyppigere har ansatt ergoterapeut med ansvar for arbeidsoppgaver utenfor institusjon (tall ikke vist). Men forskjellene her er heller ikke store. 80 % av kommunene i utvalget med vekt på hjemmebaserte tjenester

⁶ Statistisk sentralbyrå har utarbeidet en oversikt over kommunenes tilbud når det gjelder institusjonsomsorg og hjemmebaserte tjenester (Holmøy 1993). Det er beregnet et mål for dekning av behovet for henholdsvis institusjonstjenester og hjemmebaserte tjenester, basert på befolknings sammensetningen i kommunen. Vi har sammenlignet disse dekningsstallene for hver kommune og på grunnlag av dette beregnet et forholdstall mellom dekningsgradene. Vi har klassifisert kommuner der dekningsgraden for hjemmebaserte tjenester er like stor eller større enn dekningsgraden for institusjonstjenester som kommuner som vektlegger hjemmebaserte tjenester, og kommuner der dekningsgraden er størst for institusjonsbaserte tjenester er klassifisert som kommuner som vektlegger institusjonsomsorg.

har ergoterapeut med denne type oppgaver mot 68 % av kommunene i utvalget med vekt på institusjonsomsorg.

4.2 Kommunestørrelse og beliggenhet - stilling for ergoterapeut i åpen omsorg

Kommunens størrelse kan ha stor betydning for om det er ansatt ergoterapeut med ansvar for arbeidsoppgaver i åpen omsorg eller ikke. Mindre kommuner kan ha et mindre spesialisert tjenestetilbud. Både økonomiske og andre årsaker kan føre til at de ulike tjenesteyterne fyller flere funksjoner. Tabell 2 viser andelen av kommunene som har ansatt kommuneergoterapeut etter kommunenes størrelse.

Tabell 2: Andelen kommuner med og uten kommuneergoterapeut etter antall innbyggere. Prosent. (Også her er kommunegrunlaget NETFs oversikt over hvor ergoterapeutene er ansatt).

	Under 8 000 innbyggere	8 000 -25 000 innbyggere	25 - 95 000 innbyggere	95 000 og over innbyggere
Kommuner med kommuneergo- terapeut.				
Prosent	21	59	88	100
N (Antall)	316	94	25	4

Vi ser av tabellen at det er store forskjeller mellom små og store kommuner i andelen som har kommuneergoterapeut. 21 % av kommunene med mindre enn 8 000 innbyggere, 58 % av kommunene med mellom 8 000 og 25 000 innbyggere, 88 % av kommuner mellom 25 000 og 95 000 innbyggere har kommuneergoterapeut. Vi får samme tendensen i vårt utvalg.

Tabell 3: Andelen kommuner med ergoterapeut i åpen omsorg etter kommunens beliggenhet. (Grunnlaget er også her NETFs oversikt over hvor ergoterapeutene er ansatt).

	Østlandet	Agder og Telemark	Vestlandet	Trøndelag	Nord - Norge
Kommuner med ergoterapeut i åpen omsorg.					
Prosent.	51	21	30	31	22
N (Antall)	129	48	124	49	89

Vi ser av tabellen ovenfor at det er relativt store variasjoner i hvilke kommuner som har kommuneergoterapeut etter geografisk beliggenhet. Nesten halvparten av kommunene på Østlandet har kommuneergoterapeut, bare 20 % av kommunene i Agder og Telemark og Nord-Norge har stilling for kommuneergoterapeut.

5 Hvordan er helse-, sosial- og omsorgstjenestene organisert?

Det er ulike måter å organisere helse-, pleie- og sosialtjenesten på i kommunene. Hvordan kommunene velger å organisere helse-, sosial- og omsorgstjenestene sine, endres stadig. Tidligere var det vanligst å organisere tjenestene i to avdelinger, en for helsetjenestene (her var hjemmesykepleien inkludert) og en for sosialtjenestene. Dette har endret seg. Det antas at det nå er tre modeller for organisering av helse-, sosial- og omsorgstjenestene i kommunene: a) Den ene er en oppdeling i tre avdelinger - en avdeling for helsetjenester (allmennlege, helsesøster og fysioterapeut o.l.), en avdeling for pleie- og omsorgstjenestene og en avdeling for de sosiale tjenestene. Denne modellen for organisering av tjenestene antas også å være på frammarsj. b) Den andre modellen for organisering av tjenestene er en inndeling i fem eller flere underavdelinger med en avdeling for legetjenester, en for helsesøstertjenestene, en for barnevernet, en for fysioterapeuter osv. c) Den tredje modellen - som fortsatt gjør seg gjeldende, men i mindre utstrekning enn tidligere - er en organisering i to avdelinger med helsetjenestene og pleietjenestene i en avdeling og sosialtjenestene i en avdeling (St.meld. nr. 36).

Av kommunene i dette utvalget er det 38 % som har organisert helse- og omsorgstjenestene i en felles avdeling, 40 % har organisert den i én helseavdeling og én pleie- og omsorgsavdeling, 20 % av kommunene har oppgitt en annen organisasjonsmodell. Det er antatt - som ovenfor nevnt - at organisasjonsmodellen med én helseavdeling, én pleieavdeling og én sosialavdeling er på frammarsj. Omorganisering til en egen helseavdeling kan ha sammenheng med flere forhold. Undersøkelser har vist at fagfolkene er spesielt aktive i omorganiseringer i kommunene (Romøren 1987). Nye modeller med nye avdelinger åpner muligheter for avansement for yrkesgruppene. Den økte utbredelse av organisasjonsmodellen med en egen helseavdeling kan derfor også kanskje ha blitt påvirket av at det ansettes nye yrkesgrupper i kommunen med ansvar for tiltak og tjenester. Yrkesgruppene får en mer selvstendig stilling i egne avdelinger som er uavhengige av de etablerte avdelingene og yrkesgruppene i disse.⁷ Kanskje er også organisering av en egen helseavdeling et virkemiddel for å gjennomføre målsettinger om økt vekt på

⁷ Når nye yrkesgrupper kommer inn i en etablert omsorg, er det rimelig å regne med at ansatte i den etablerte omsorgen vil være med på å bestemme innholdet i arbeidet og oppgavene for den nye yrkesgruppen (Løken 1970). Løken beskriver hvordan yrkesgruppen som kommer ny inn i en institusjon vil streve etter å finne en plass for sitt profesjonelle bidrag. I dette forholdet kan det også lett oppstå spenninger mellom de etablerte yrkesgruppene og de nye. Selv om Løkens eksempel er fra institusjonsomsorgen, kan vi regne med at det samme fenomen også kan gjøre seg gjeldende når nye yrkesgrupper kommer til i åpen omsorg. Yrkesgruppenes relative status vil ha betydning for relasjonen mellom nye og etablerte yrkesgrupper.

rehabilitering. Disse forholdene skulle i så fall innebære at det oftere er tilknyttet ergoterapeut i de tilfellene der helse- og sosialtjenesten er organisert i tre ulike avdelinger med en helseavdeling for seg.

5.1 Hvilke avdelinger er ergoterapeuten vanligvis tilknyttet

Tabell 4 viser hvordan kommuner med og kommuner uten ergoterapeut med ansvar for arbeidsoppgaver i åpen omsorg har organisert helse- og sosialtjenesten.

Tabell 4: Organisering av helse- og sosialtjenesten i kommuner med og kommuner uten ergoterapeut i åpen omsorg. Prosent.

	Alle	Kommuner med ergoterapeut i åpen omsorg. Prosent	Kommuner uten ergoterapeut i åpen omsorg. Prosent
En felles helse- og pleie- og omsorgsavdeling	38	32	46
Helseavdeling og pleie- og omsorgsavdeling i to ulike avdelinger	40	43	36
Annen organisasjonsmodell	22	25	18
N (antall)	104 ⁸	65	39

Vi ser av tabellen at i kommuner uten ergoterapeut i åpen omsorg, er det vanligst å organisere helse- og sosialtjenesten i én helse-, pleie- og omsorgsavdeling. 46 % av kommunene uten kommuneergoterapeut har valgt denne organisasjonsformen. I kommuner med ergoterapeut med ansvar for arbeidsoppgaver i åpen omsorg, er det vanligst å skille pleie- og omsorgsavdeling i to ulike avdelinger - en helseavdeling og en pleie- og omsorgsavdeling for seg. Dette er i tråd med antagelser om at det å skille helseavdeling og pleie- og omsorgsavdeling i to ulike avdelinger er en tendens som går parallelt med ansettelse av ergoterapeut i åpen omsorg. Begge deler kan som ovenfor

⁸ Dette antallet refererer seg til antall kommuner som har besvart dette spørsmålet på spørreskjemaet A.

nevnt være ledd i en satsing på rehabilitering. Samtidig kan en årsak også være at nye yrkesgrupper i åpen omsorg ønsker denne type organisering for selv å få en mer selvstendig stilling uavhengig av yrkesgruppene i de etablerte avdelingene. Også kommunestørrelse kan ha betydning her.

I spørreskjemaet har vi også spurt etter i hvilke avdelinger ergoterapeuten i åpen omsorg er ansatt. Tabellen 5 gir en oversikt over hvilke avdelinger dette er.

Tabell 5: Andelen av ergoterapeutene i åpen omsorg i utvalget som er tilknyttet ulike typer avdelinger. Prosent.

Helse-, pleie- og omsorgsavdeling	3
Helseavdeling	28
Pleie- og omsorgsavdeling	53
Avdeling/etat for funksjonshemmede	1
Rehabiliteringsavdeling	13
Annen avdeling	13
<hr/>	
N (Antall kommuner)	78

(Prosenttallet her summerer seg til mer enn hundre. Årsaken er at svaralternativene i spørreskjemaet ikke var utelukkende kategorier. I flere kommuner er det ansatt ergoterapeuter i ulike avdelinger.)

3 % av ergoterapeutene jobber i en felles helse-, pleie- og omsorgsavdeling. 28 % av ergoterapeutene tilhører en helseavdeling. 53 % av ergoterapeutene tilhører en pleie- og omsorgsavdeling. 13 % av kommunene har ergoterapeut i en egen rehabiliteringsavdeling. 13 % av kommunene har oppgitt en annen tilknytting for ergoterapeuter. Det innebærer at dersom vi bare ser på kommuner der det er ansatt kommuneergoterapeut, så er de fleste ergoterapeutene tilknyttet pleie- og omsorgsavdelinger.

5.2 Ergoterapeutens samarbeidspartnere

Ergoterapeutenes yrkesutøvelse utformes i samhandling med klientene. Hver enkelt yrkesutøver er også relativt sett selvstendig og uavhengig av lederne og av kollegene i den avdelingen de arbeider (Jacobsen 1993). Samtidig er det også vist - som ovenfor nevnt - at organiseringen, forhold til kolleger og ledelse, kan ha betydning for arbeidsoppgaver yrkesutøverne i denne type arbeidsorganisasjoner får. Vi har sett at ergoterapeutene tidligere har hatt en relativt selvstendig stilling. De har vært ledere av arbeidsstuer på institusjonene. Selv om de organisatorisk har vært underlagt ansvarlig for sykepleietjenesten, er det rimelig å regne med at dette bare i begrenset grad har påvirket deres oppgaver og arbeidet med klienter og pasienter. I åpen omsorg vil ikke ergoterapeuten ha en egen arena for sin yrkesutøvelse på samme måte som i arbeidsstuen. Ansvarsforholdene vil ikke være knyttet til en spesiell arena. Det kan innebære at når

ergoterapeuten i åpen omsorg knyttes til for eksempel hjemmetjenestene, vil hun også få et mer uavklart forhold til andre yrkesgrupper enn innenfor institusjonsomsorgen. Vi vil i dette kapitlet se på hvem som er ergoterapeutens nærmeste overordnede, hvilke yrkesgrupper som er i flertall i den avdelingen ergoterapeuten arbeider og hvilke yrkesgrupper som er representert i avdelingen. Se tabell 6.

Tabell 6: Andelen kommuner der ergoterapeuten bli ledet av de nedenfor nevnte yrkesgruppene, hvilke yrkesgrupper som er i flertall i avdelingene og andelen kommuner der ulike yrkesgrupper er representert i avdelingen der ergoterapeuten arbeider. Prosent.

	Ergo- terapeutens nærmeste overordnede	Yrkesgrupper som er flertall i avdelingen*)	Yrkesgrupper representert i avdelingen**)
Fysioterapeut	21	26	72
Ergoterapeut	4	9	
Sykepleier	44	24	66
Hjelpepleier	0	34	50
Lege	19	10	43
Sosionom	3	0	12
Vaktmester	0	1	41
Aktivitør	0	4	47
Hjemmehjelp	0	10	43
Vernepleier	1	0	26
Andre	7	6	1
N (Antall)	68	68	68

*) Kommunene som har ergoterapeuter i flere avdelinger, har krysset av for flere yrkesgrupper. Derfor summeres prosenttallet til mer enn hundre.

***) Også her vil prosenttallet summeres til mer enn hundre fordi hver kommune har krysset av for flere yrkesgrupper.

Vi ser av tabellen at i bortimot halvparten av kommunene med komuneergoterapeut er en sykepleier ergoterapeutens nærmeste overordnede. I 44 % av kommunene er dette tilfelle. Det har sammenheng med at den største delen av ergoterapeutene arbeider i pleie- og omsorgsavdelinger, og der er sykepleierne ledere. Vi ser også at det relativt hyppig er fysioterapeut og lege som er ergoterapeutens overordnede, i henholdsvis 21 % og 19 % av kommunene. Vi ser også at ergoterapeutene sjelden blir ledet av egen yrkesgruppe. Som ovenfor nevnt vil det i denne type arbeid ha begrenset betydning hvilken yrkesgruppe som leder ergoterapeutene. Yrkesutøvelsen formes i samhandling med klientene. Men også i dette arbeidet vil det være snakk om hvilke klienter og aspekter ved klientenes tilværelse som skal prioriteres. Ulike yrkesgrupper kan vurdere situasjonen og behovet til klientene ulikt. De kan forklare og fortolke klientenes

problemer forskjellig. Kanskje vil lederen for avdelingen ha en spesiell innflytelse på hvilke aspekter ved klientens behov og tilværelse som vektlegges, hvordan behov for hjelp fortolkes og dermed for hvordan tiltak prioriteres og utformes.⁹

Vi ser av tabell 6 at ergoterapeutene oftest er ansatt i avdelinger der de som yrkesgruppe er i mindretall. Tabellen viser at hjelpepleiere, i 34 % av kommunene, er i flertall i avdelingen der ergoterapeuten arbeider. I omtrent like mange tilfelle er fysioterapeut eller sykepleier i flertall i den avdelingen ergoterapeuten arbeider, i henholdsvis 26 og 24 % av kommunene. Det er verd å merke seg at bare i 9 % av kommunene er ergoterapeutene selv i flertall. Ergoterapeutene er i arbeidsfelleskap der de som yrkesgruppe er i mindretall. Det kan bety flere ting. Det kan bety at de blir dominert av den gruppe som er i flertall, men dette vil også være avhengig av yrkesgruppens relative status og den kulturen som dominerer avdelingen. Personer fra yrkesgrupper med høy status kan få mye å si for avdelingens virksomhet og de andre ansatte sitt arbeid selv om de er i mindretall.

Som ovenfor nevnt er det ikke nødvendigvis den yrkesgruppen som er i flertall i en avdeling som dominerer arbeidet til de ansatte i avdelingen. Den siste kolonnen i tabell 6 viser hvilke yrkesgrupper som er representert i avdelingene der ergoterapeuten jobber. Vi ser av tabellen at i nesten 1/3 av kommunene arbeider ergoterapeuter sammen med fysioterapeuter. I nesten like mange tilfelle - 66 % - av kommunene arbeider ergoterapeuten sammen med sykepleier.

I 40 % av kommunene med kommuneergoterapeut er ergoterapeuten ansatt som eneste ergoterapeut i kommunen. I noen kommuner er det ansatt flere enn én ergoterapeut. I spørreskjemaet er det også spurt om i hvordan ergoterapeutene i disse kommunene - der det er ansatt flere enn en ergoterapeut - er organisert. 41 kommuner med ergoterapeut med arbeidsoppgaver i åpen omsorg har besvart dette spørsmålet. Tabellen nedenfor viser fordelingen på dette spørsmålet.

Tabell 7: Ergoterapeutenes organisatoriske tilknytning i kommuner der det er ansatt flere enn en ergoterapeut. Prosent.

Plassering, type avdeling	
I en og samme avdeling med bare ergoterapeuter	7
I én avdeling sammen med andre yrkesgrupper	46
I én egen avdeling sammen med fysioterapeuter	18
I ulike avdelinger	30
N (Antall)	44

⁹ Det vil som nevnt være rimelig å regne med at for noen aspekter av arbeidet til ansatte i denne type avdelinger har det betydning hvem som leder avdelingen og for andre aspekter av arbeidet har dette mindre betydning. Noen - men relativt få - studier har hatt dette som tema.

Vi ser av tabellen at når det er ansatt flere enn én ergoterapeut, er som oftest alle organisert i én og samme avdeling sammen med andre yrkesgrupper. I 29 % av kommunene er dette tilfelle. Bare i 4 % av kommunene der det er flere enn én ergoterapeut, er ergoterapeutene organisert i en egen avdeling med bare ergoterapeuter. I 10 % av kommunene er ergoterapeutene organisert i en avdeling sammen med bare fysioterapeuter. I 16 % av kommunene er ergoterapeutene organisert i ulike avdelinger. Det innebærer at når det er flere ergoterapeuter ansatt, arbeider de oftest i samme avdeling, men bare unntaksvis i en egen avdeling med bare ergoterapeuter.

5.3 Oppsummering - ergoterapeutens organisatoriske tilknytning

I dette kapitlet er ergoterapeutens organisatoriske tilknytning beskrevet. Hvilke konsekvenser ulik tilknytning har for forholdet mellom arbeidstakerne, sier ikke denne studien noe om. Ergoterapeuten i åpen omsorg er oftest tilknyttet en pleie- og omsorgsavdeling. Samtidig er det slik at kommuner uten ergoterapeut i åpen omsorg oftere enn kommuner med ergoterapeut i åpen omsorg har en felles helse-, pleie- og omsorgsavdeling. Kanskje kan det tyde på at flere av de kommunene som velger en organisasjonsmodell med en egen helseavdeling for seg, satser på ansettelse av ergoterapeut i åpen omsorg.

Ergoterapeuten arbeider oftest i avdeling sammen med andre som eneste fra egen yrkesgruppe. 1/3 av kommuneergoterapeutene arbeider i avdelinger der hjelpepleiere er i flertall, ca. 1/4 der fysioterapeuter er i flertall og 1/4 der sykepleiere er i flertall.

Kommuneergoterapeuten har nesten alltid en fra en annen yrkesgruppe som nærmeste overordnede. I 3/4 av kommunene arbeider ergoterapeutene sammen med fysioterapeuter og 2/3 sammen med sykepleiere. Ergoterapeutens nærmeste overordnede er i 44 % av kommunene en sykepleier, - 1/5 av kommunene en fysioterapeut og i 1/5 av kommunene en lege. Bare i 4 % av kommunene er kommuneergoterapeuten leder selv eller blir ledet av en annen ergoterapeut.

6 Opprettelse av stilling for ergoterapeut i åpen omsorg

6.1 Bakgrunnen for å opprette stilling for ergoterapeut

I undersøkelsen spør vi også om hva som var årsaken til at kommunene valgte å opprette stilling for kommuneergoterapeut. Det var listet opp ulike forhold som kunne ha betydning når kommunen opprettet en slik stilling. Den overordnede i kommunen ble bedt om å krysse av for om de ulike forholdene hadde stor betydning, litt betydning eller ingen betydning. Tabell 8 viser fordelingen på dette spørsmålet.

Vi ser at kommunene oftere begrunner opprettelsen av stilling for kommuneergoterapeut med det som kan betegnes som faglige argumenter. Begrunnelser med økonomiske argumenter er nevnt av relativt få kommuner. Det som hyppigst blir oppgitt å ha stor betydning for at det er opprettet stilling for kommuneergoterapeut, er ønsket om å satse på rehabilitering. I 85 % av tilfellene er det oppgitt at dette har hatt stor betydning. 77 % har krysset av for at behovet for boligtilrettelegging har hatt stor betydning og 74 % for at behovet for formidling av tekniske hjelpemidler har hatt stor betydning.

I offentlige dokumenter pekes det på at ergoterapeuter blir sentrale i forbindelse med kommunens overtagelse av ansvar for tiltak og tjenester til mennesker med psykisk utviklingshemming (NOU 1992: 1). Allikevel har så mye som 59 % av kommunene svart at dette ikke har noen betydning for opprettelse av stilling for kommuneergoterapeut. Kanskje kan det tyde på - som ovenfor nevnt - at overordnede i kommunene sjelden tenker alternative yrkesgrupper som aktuelle når det gjelder tiltak og tjenester til mennesker med psykisk utviklingshemming. Vernepleierne er fortsatt den yrkesgruppen som dominerer i arbeidet med psykisk utviklingshemmede.

Tabell 8: Forhold som har betydning for at det er opprettet stilling for ergoterapeut i åpen omsorg.

Forhold som har betydning for at det er opprettet stilling for kommuneergoterapeut.	Grad av betydning			Antall svar
	Stor betydning Prosent	Litt betydning Prosent	Ingen betydning Prosent	
Ønske om å satse på rehabilitering	85	13	2	(85)
Behov for å tilrettelegge bolig for hjemmeboende	77	22	1	(87)
Behov for formidling av tekniske hjelpemidler	74	22	4	(85)
Ønske om å redusere sykehjemsinnleggelsene for eldre	56	40	4	(84)
Ønske om å redusere pleie- og omsorgsutgiftene	20	49	32	(82)
I forbindelse med omorganiseringen av omsorgen for psykisk utviklingshemmede	11	30	59	(82)
Påvirkning fra hjelpemiddelsentralen	6	15	79	(81)

56 % av kommunene har krysset av for at ønske om å redusere sykehjemsinnleggelsene har stor betydning for at kommunen har ansatt kommuneergoterapeut. Bare 4 % av kommunene har krysset av for at dette ikke har noen betydning. Når det gjelder rene økonomiske argumenter som ønske om å redusere pleie- og omsorgsutgiftene, er det bare 11 % av kommunene som har krysset av for at dette har stor betydning.

6.2 Hvorfor ikke opprette stilling for ergoterapeut i åpen omsorg?

I spørreskjemaet er det også spurt om de kommunene som i dag ikke har opprettet denne type stilling, har planer om dette. I alt var det 39 kommuner i vårt utvalg som ikke hadde opprettet stilling for kommuneergoterapeut. 40 % av disse kommunene planlegger å

opprette stilling for kommuneergoterapeut. 60 % av kommunene uten kommuneergoterapeut svarer nei på om de har planer om å opprette slik stilling.

Det er også stilt spørsmål om hva som er årsaken til dette. I spørreskjema er det gitt tre alternative svar. Tabellen nedenfor viser svarfordelingen på dette spørsmålet.

Tabell 9: Årsaker til at kommunene ikke planlegger å opprette stilling for kommuneergoterapeut. Prosent.

	Grad av betydning			Antall besvarelser
	Stor betydning	Litt betydning	Ingen betydning	
Andre yrkesgrupper kan utføre de samme oppgavene	20	60	20	10
Kommuneøkonomien	93	7	0	15

Vi ser av tabellen ovenfor at relativt få kommuner har besvart dette spørsmålet. Økonomi er den årsaken som hyppigst går igjen som årsak til at kommunene ikke vil opprette stilling for ergoterapeut i åpen omsorg. Alle kommunene som ikke planlegger å opprette stilling for ergoterapeut sier dette har betydning. 93 % av kommunene har krysset av for at dette har stor betydning. Det er også rimelig å anta at ansatte i kommunene der det ikke arbeider ergoterapeut vet relativt lite om ergoterapeutene, deres bakgrunn og kompetanse. Kanskje er dette hovedgrunnen til at så få kommuner har besvart dette spørsmålet.

6.3 Hvilke yrkesgrupper kan erstatte ergoterapeuten

I spørreskjemaet er de overordnede i kommunen bedt om å krysse av for hvilke yrkesgrupper de mener kan erstatte ergoterapeuten i kommunene, både i arbeidet med brukere i institusjon og utenfor institusjon. Vi vet at det kan være et gap mellom hva som antas er ulike yrkesutøveres arbeidsfelt og det de faktisk gjør (Becker, Geer, Hughes & Strauss 1961). Samtidig vil det også være store lokale variasjoner i hvilke arbeidsoppgaver ergoterapeutene har og hvordan de utøver yrket. Det vil være rimelig å regne med - blant mange andre faktorer - at det i forskjellige kommuner kan ha utviklet seg ulike tradisjoner for arbeidsfordeling mellom yrkesgruppene. Kanskje har også ergoterapeutens erfaringsbakgrunn - både tidligere yrkespraksis og det sosialpolitiske klimaet i den perioden de ble utdannet - betydning for yrkesutøvelsen. I dette spørsmålet vil svarene være uttrykk for hvordan den overordnede vurderer ergoterapeutens bidrag i forhold til andre yrkesgrupper og da først og fremst basert på den overordnede forestillinger om yrket. Vi må også regne med at overordnede i kommuner der det er ansatt ergoterapeut i åpen omsorg vil ha mer konkret kunnskap om ergoterapiyrket enn

de overordnede i de andre kommunene. Tabell 10 viser hvilke yrkesgrupper lederne i kommunen mener kan erstatte ergoterapeutene.

Tabell 10. Hvilke yrkesgrupper overordnede i kommunen mener kan erstatte ergoterapeutene i åpen omsorg. Prosent. (Antall kommuner i parentes)

Yrkesgrupper som kan erstatte ergoterapeuten	Kommuner uten ergoterapeut i åpen omsorg		Kommuner med ergoterapeut i åpen omsorg	
	Prosent	Antall	Prosent	Antall
Fysioterapeut	31	(12)	12	(8)
Sykepleier	15	(6)	3	(2)
Aktivitør	14	(5)	10	(7)

Dersom vi ser på kommuner med og kommuner uten ergoterapeut ansatt i åpen omsorg, ser vi at 1/3 av kommunene uten ergoterapeut mener at fysioterapeuten kan erstatte ergoterapeuten, mens 12 % av kommunene med ergoterapeut har krysset av for at fysioterapeuten kan erstatte ergoterapeuten.

I relativt få tilfelle er de andre yrkesgruppene nevnt som noen som kan erstatte ergoterapeuten. Sykepleierne er nevnt sjeldnere enn fysioterapeutene som en yrkesgruppe som kan erstatte ergoterapeutene. 15 % av kommunene uten ergoterapeut i åpen omsorg har krysset av for at sykepleieren kan erstatte ergoterapeuten, og 3 % av kommunene med ergoterapeut har krysset av for at sykepleieren kan erstatte ergoterapeuten. Aktivitørene er nevnt i 10 % av kommunene som en yrkesgruppe som kan erstatte ergoterapeuten i åpen omsorg. (Andre yrkesgrupper ble bare unntaksvis nevnt av enkelte kommuner).

I spørsmålet til den overordnede er det også skilt mellom institusjonsomsorg og åpen omsorg. Det er en tendens til at ergoterapeuter oftere anses å kunne erstattes av andre når de jobber innenfor institusjonen (tall ikke vist). Det kan bety at det bidraget som ergoterapeutene står for, blir vurdert som spesielt verdifullt for hjemmeboende brukere.

6.4 Oppsummering

De mest nevnte argumentene for å opprette stilling for ergoterapeut med arbeidsoppgaver i åpen omsorg er ønske om å satse på rehabilitering, boligtilrettelegging og tekniske hjelpemidler. Økonomi nevnes hyppigst som årsak til at kommuner som i dag ikke har denne type stilling ikke planlegger å opprette denne stilling for ergoterapeut i åpen omsorg. Samtidig er det størst andel av overordnede i kommuner uten ergoterapeut som har oppgitt at fysioterapeut har overlappende arbeidsområder med ergoterapeut. Disse resultatene kan tyde på at det er en relativt utbredt oppfatning at fysioterapeuter og ergoterapeuter har sammenfallende kompetanse. For ergoterapeuten skulle det innebære at det må bli viktig å synliggjøre hva som er ergoterapeutens spesielle bidrag overfor brukerne.

7 Hvem har ansvaret for rehabiliteringsoppgavene i kommunene

7.1 Rehabilitering som nytt satsingsområde

På samme måte som for andre tjenesteytende yrker består ikke ergoterapeutens arbeid av klart definerte arbeidsoppgaver. Som tidligere nevnt vil det være store variasjoner i hva ulike ergoterapeuter definerer som sine arbeidsoppgaver. Arbeidsfordelingen mellom ulike yrkesgrupper kan endres over tid (Abbott 1988), og det kan være kommunale variasjoner i hvilke arbeidsoppgaver ergoterapeuter har. Klienten er heller ikke bare passiv mottager av tjenester fra ergoterapeuten. Også klientene og deres ulike behov vil være med på å forme ergoterapeutenes yrkesutøvelse. Både av ergoterapeutene selv og av offentlige myndigheter betegnes rehabilitering som et sentralt arbeidsområde for ergoterapeutene. I dette kapitlet skal vi se på hvilke yrkesgrupper det er i kommunene som har ansvaret for ulike typer arbeidsoppgaver knyttet til rehabilitering og fysisk tilrettelegging. Spørsmålene som dette kapitlet baserer seg på, er stilt til de overordnede i kommunen - helsesjef eller pleie- og omsorgssjef. Det innebærer at svarene først og fremst avspeiler deres oppfatninger av ansvars- og arbeidsfordelingen. Det kan ofte være uoverensstemmelse mellom den formelle og reelle arbeidsfordelingen for denne type virksomhet. Dersom det eksisterer en formell arbeidsfordeling av disse områdene i kommunene, er det også rimelig å regne med at det er den formelle, mer enn den reelle som kommer fram her.

Mange faktorer har hatt betydning for at rehabilitering og fysisk tilrettelegging er vektlagt i større grad enn tidligere. Både teknologiske, politiske og andre sosiale krefter har vært med å påvirke denne utviklingen.

Med stadig økende andel eldre med hjelpebehov vil det å legge til rette for at flest mulig skal greie seg sjøl også være et spørsmål om å velge kostnadsbesparende omsorgsformer. LEON -prinsippet, Lavest Effektive Omsorgs-Nivå - har fra begynnelsen av 80-tallet vært et styrende prinsipp for omsorgstjenestene. Og da er tilrettelegging av og omsorg i hjemmet billigere enn institusjonsomsorg. Også finansieringssystemene er endret slik at det i dag ikke skal være lønnsomt for kommunene å satse på utbygging av institusjonsplasser for eldre.

Institusjonskritikken fra slutten av 50-årene har også vært viktig. Institusjonene ble kritisert for å være totalinstitusjoner, med spesielle kjennetegn. Kritikken omfattet institusjoner for alle typer klient- og pasientgrupper, for eldre, fanger, psykisk utviklingshemmede og psykiatriske pasienter. Det er lagt økt vekt på å legge til rette for at personer med ulike typer funksjonshemninger skal kunne bo i egne boliger. De funksjonshemmedes organisasjoner har hatt som sentralt mål å arbeide for bedre levekår for funksjonshemmede. Retten til egen bolig - ikke institusjonsomsorg - har vært et viktig krav.

Den teknologiske utviklingen og den økte satsingen som har foregått på dette området, har også hatt betydning. Det å legge til rette for at personer med hjelpebehov skal klare seg selv - både med bruk av ulike teknologiske løsninger og på andre måter, i stedet for å få hjelp fra andre, - er også i tråd med våre vestlige idealer om uavhengighet og selvstendighet (Clark 1969). Vekt på ulike typer teknologiske løsninger begrunnes ut fra at personer både ønsker å være selvstendige og å unngå hjelpeavhengighet. Det er også vist eksempler på at arbeidsoppgaver der ulike typer teknologi kan trekkes inn, kan være mer statusgivende for yrkesutøverne enn annen type omsorgsarbeid (Halsa og Ytrehus 1992).¹⁰ Til betegnelsen rehabilitering ligger også et løfte om forbedring og framgang. Det vil også være økt status knyttet til arbeidsoppgaver der det er rimelig å forvente framgang og forbedring (Alsvåg 1991).¹¹

Samtidig har det i kommunene kommet til nye yrkesgrupper med nye arbeidsmetoder, andre behovsoppfatninger og annen forståelse av hva som er relevante virkemidler. Fysisk tilrettelegging har større plass i utdanningen til yrkesgruppene som har kommet til de siste årene i kommunesektoren. Dette vil gjelde både fysioterapeuter og ergoterapeuter, og kanskje også vernepleiere (Halsa og Ytrehus 1992).

I spørreskjemaet er det også spurt om hvem som har ansvaret for rehabilitering, ADL-trening, boligtilrettelegging, formidling av tekniske hjelpemidler og kontakt men hjelpemiddelsentralen. Arbeid med trening i dagliglivets gjøremål (ADL-trening),¹² boligtilrettelegging, formidling av tekniske hjelpemidler og kontakt med hjelpemiddelsentralen vil av mange forstås som en del av en rehabiliteringsprosess. Samtidig vil det være store variasjoner i hva som legges i betegnelsen rehabilitering. Dette er også en betegnelse som stadig oftere nevnes som et sentralt arbeidsområde i forhold til funksjonshemmede

¹⁰ Det vil også være rimelig å anta at innføring av nye tekniske hjelpemidler som arbeidsredskaper og hjelpemidler for yrkesgrupper i arbeid med hjelpetrengende personer, kan ha betydning for hvilke behov hos klientene som blir tilgodesett av yrkesgruppen. Omsorgsoppgaver som ikke kan løses ved bruk av ny teknologi, kan bli mindre interessant for yrkesutøverne. På den måten kan yrkesutøvernes virksomhet endres.

¹¹ Det hevdes også at spørsmål knyttet til teknologi for funksjonshemmede i dag ikke i hovedsak er et spørsmål om å få mer kunnskap om teknologi og ulike teknologiske muligheter for funksjonshemmede. Vi har i dag relativt mye kunnskap om denne typen teknologi og hvilke muligheter dette gir for å redusere betydningen av funksjonshemninger. Det vi trenger er en bevisst overordnet sosial politikk om teknologi for funksjonshemmede som inkorporerer kunnskap om teknologiske muligheter med kunnskap om funksjonshemninger (Hakken 1992).

¹² Det vil også være store variasjoner i hva som menes med ADL - trening, både mellom ulike yrkesgrupper, i ulike tidsepoker og innad i en yrkesgruppe.

personer, både av ulike faggrupper og i offentlige utredninger. Forsøk på definisjoner og avgrensning er mange.

Medisinsk rehabilitering defineres på følgende måte i Helsedirektoratets veiledningshefte (1991):

"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."(s. 12).

I St.meld. nr. 36 (1989-90) heter det at "Rehabilitering av eldre og kronisk funksjonshemmede der yrkesmessig attføring ikke lengre er noe mål, skal organiseres ut fra helsetjenesten i kommunene. Medisinsk attføring blir virkemidler for å øke livskvaliteten for disse gruppene. (...)" Rehabilitering er også i offentlige dokumenter beskrevet som en sammensatt prosess som krever innsats fra flere faggrupper og at rehabiliteringstanken må prege all virksomhet. (NOU 1992 :1). Alle yrkesgruppene skal involveres i et tverrfaglig samarbeid om dette, samtidig nevnes ergoterapeuter og fysioterapeuter spesielt.¹³ Rehabilitering blir også prioritert av kommunene. 34 % av kommunene oppgir at de har en rehabiliteringsplan (38 % av kommunene med kommuneergoterapeut og 26 % av kommunene uten kommuneergoterapeut).

7.2 Ansvar for tilrettelegging av bolig for funksjonshemmede

Boligitilrettelegging for funksjonshemmede er et arbeidsområde som er tillagt større vekt i dag enn tidligere. Tabell 11 viser hvilke yrkesgrupper i kommunene som har ansvaret for dette området, i alle kommunene i utvalget, og i kommuner med og kommuner uten kommuneergoterapeut.

¹³ Det er gjennomført få empiriske studier som systematisk har sett på hva som betegnes som rehabiliteringsarbeid i kommunene. Vi vet også relativt lite om hvorvidt og eventuelt på hvilken måte dette skiller seg fra annet pleie- og omsorgsarbeid. Kanskje arbeider yrkesgruppene med klientene på andre måter enn tidligere, kanskje blir de samme behovene møtt på andre måter, kanskje blir andre behov enn tidligere tilgodesett, eller kanskje andre typer klienter? Det er også mulig at forskjellene først og fremst gjør seg gjeldende i bruk av andre ord. Kanskje er ikke det praktiske arbeidet i tilknytning til den enkelte klient endret så mye?

Tabell 11: Andelen av kommunene som har oppgitt at de ulike yrkesgruppene har ansvaret for boligtilrettelegging til funksjonshemmede i kommuner med og kommuner uten ergoterapeut i åpen omsorg. Prosent.¹⁴

Ansvaret for tilrettelegging av bolig til funksjonshemmede	Kommuner med ergoterapeut i åpen omsorg. Prosent	Kommuner uten ergoterapeut i åpen omsorg. Prosent	Alle Prosent
Ergoterapeut	72	13 ¹⁵	53
Fysioterapeut	6	29	14
Sykepleier	3	19	8
Vernepleier	8	10	8
Andre yrkesgrupper			
Uoppgitt	8	9	2
	2	20	7
N (antall)	65	39	104

Vi ser at ergoterapeutene har ansvaret for dette arbeidsområdet i 53 % av kommunene. I 14 % av kommunene har fysioterapeuten ansvaret for dette området. I 8 % av kommunene har sykepleierne ansvaret og i 8 % vernepleierne.

72 % av kommunene med ergoterapeutstilling som omfatter arbeidsoppgaver i åpen omsorg, oppgir at ergoterapeuten har hovedansvaret for dette området. I kommuner uten denne type stilling for ergoterapeut har fysioterapeuten oftest hovedansvaret for denne arbeidsoppgaven. Dette er tilfelle for 29 % av kommunene som ikke har kommuneergoterapeut. Bare i 6 % av kommunene med ergoterapeut i åpen omsorg har fysioterapeuten hovedansvaret for boligtilretteleggingen.

Sykepleierne kommer også i større grad inn bildet når det gjelder tilrettelegging av bolig i kommuner uten ergoterapeut i åpen omsorg. I kommuner uten ergoterapeut har sykepleierne ansvaret for boligtilrettelegging i 19 % av kommunene. I kommuner med ergoterapeut i åpen omsorg har de ansvaret i bare 3 % av kommunene. For vernepleierne er det ikke så stor forskjell på kommuner med og kommuner uten ergoterapeut i åpen omsorg. Vernepleierne har hovedansvaret for dette området i 10 % av kommunene uten ergotera-

¹⁴ I spørreskjemaet er det nevnt flere yrkesgrupper med ansvar for denne oppgaven. I tabellen er det bare tatt med de gruppene som er nevnt hyppigst.

¹⁵ Enkelte av kommunene har oppgitt at de ikke har opprettet stilling for ergoterapeut i åpen omsorg samtidig som de også oppgir at ergoterapeut har ansvaret for enkelte oppgaver utenfor institusjon. Det kan være flere årsaker til dette. Ergoterapeutens arbeidsfelt har vært og er fortsatt under endring. 13 % av kommunene uten ergoterapeut med stilling som også omfatter arbeidsoppgaver i åpen omsorg har allikevel oppgitt at ergoterapeuten har ansvaret for boligtilrettelegging. En forklaring på dette kan være at ergoterapeuten er pålagt å utføre noen oppgaver utenfor institusjon uten at stillingen foreløpig er definert til å omfatte åpen omsorg generelt.

Vernepleierne har hovedansvaret for dette området i 10 % av kommunene uten ergoterapeut, og i 18 % av kommunene med ergoterapeut i åpen omsorg. En forklaring på dette funnet kan være nedleggelsen av institusjonsomsorgen for psykisk utviklingshemmede og overføring av ansvar for tiltak og tjenester til denne gruppen til kommunen. Kommunene har også ansvaret for å gi et egnet botilbud til psykisk utviklingshemmede. I en periode har deler av kommunenes nye boligmasse til grupper med spesielle behov vært innrettet på psykisk utviklingshemmede. Vernepleierne har vært den yrkesgruppen som tradisjonelt har hatt ansvaret for omsorgen til psykisk utviklingshemmede (Halsa og Ytrehus 1992). Kanskje har dette resultert i at en del kommuner har valgt å gi ansvaret for boligtilrettelegging til vernepleierne også i kommuner der det er ansatt ergoterapeut i åpen omsorg.¹⁶

7.2.1 Kommunestørrelse og boligtilrettelegging.

Det er store forskjeller på hvem som har ansvaret for boligtilretteleggingen i små og store kommuner. Boligtilretteleggingen er ergoterapeutens arbeidsområde i 74 % av de store kommunene. Bare i 39 % av de små kommunene er boligtilretteleggingen ergoterapeutens arbeidsområde. Fysioterapeuter og sykepleiere har oftere hovedansvaret for dette området i de mindre kommunene. Deler av forklaringen på at ergoterapeutene oftere har ansvaret i store kommuner er at en større andel av de store kommunene har ergoterapeut med ansvar for arbeidsoppgaver i åpen omsorg, men dette er ingen fullstendig forklaring.

I 64 % av de små kommunene og i 89 % av de store kommunene har ergoterapeutene ansvaret for boligtilretteleggingen. Det innebærer at selv om det er ansatt ergoterapeut i åpen omsorg så har oftere andre yrkesgrupper boligtilrettelegging som sitt arbeidsområde i små kommuner. Våre data gir ikke noen forklaring på dette. Kanskje er det i små kommuner større tendens til at fordeling av ulike arbeidsoppgaver blir personavhengig. Kanskje vil fordelingen av ulike arbeidsoppgaver være avhengig av hvem som tidligere har hatt dette område som sitt ansvar, mer enn av ny organisering av tjenestene. Hvordan oppgave- og ansvarsfordelingen skjer mellom de ulike faggruppene i kommunen og forklaringer på denne prosessen, vil være et tema som det er viktig å få belyst for å kunne si noe om ergoterapeutens framtidige rolle i den kommunale omsorgen.¹⁷ I noen av småkommunene, har også sosionom og vernepleier ansvaret for boligtilrettelegging, henholdsvis i 11 % og 7 % av kommunene.

¹⁶ Det at vernepleierne som yrkesgruppe innenfor institusjonsomsorgen har vært sentrale i arbeidet med psykisk utviklingshemmede, er ikke nødvendigvis et argument for at vernepleierne skal ha ansvaret for boligtilrettelegging til denne gruppen i kommunen. Det er ingen forhold knyttet til psykisk utviklingshemmede som skulle tilsi at de har behov for at en egen yrkesgruppe har ansvaret for boligtilretteleggingen. Tvert imot kan dette være et eksempel på at kommunene viderefører en særomsorgsmodell for denne gruppen. Det kan i så fall også være med på å hindre at andre yrkesgrupper, for eksempel ergoterapeuter, i kommunene tar ansvar for tiltak og tjenester til denne gruppen på lik linje med andre grupper. Det kan også være med på å opprettholde forestillinger om at denne gruppen skiller seg fra alle andre når det gjelder behov for tiltak og tjenester.

¹⁷ Hva som kan forklare arbeidsdelingen mellom ulike yrkesgrupper i kommunene, og ikke bare en beskrivelse av hvordan arbeidsdelingen faktisk er - vil være et tema for en kvalitativ studie. Gjennom en kvalitativ studie vil det være mulig å studere den prosessen der arbeidsoppgaver mellom ulike yrkesgrupper fordeles.

7.3 Ansvar for hjelpemiddelformidling og kontakt med hjelpemiddelsentralen

Bruken av ulike typer hjelpemidler til funksjonshemmede er stadig økende. Satsing på å etablere hjelpemiddelsentraler er også et eksempel på dette (Helsedirektoratet 1991). Den første hjelpemiddelsentralen ble opprettet i 1980. I dag er det opprettet sentraler i de fleste fylkene, og det er planer om å opprette sentraler i de fylkene som ennå ikke har.

Tilrettelegging og bruk av hjelpemidler regnes både av ergoterapeutene og av statlige myndigheter (Ot.prp. nr. 36 (1980-81) for å være et sentralt arbeidsområde for ergoterapeuter. Alle hjelpemiddelsentralene har for eksempel tilknyttet ergoterapeut. Tabell 12 a og 12 b viser henholdsvis hvor stor andel kommuner som har oppgitt at de ulike yrkesgruppene har ansvaret for hjelpemiddelformidling og kontakt med hjelpemiddelsentralen i hele utvalget og i kommuner med og uten ergoterapeut i åpen omsorg.

Tabell 12a: Andelen av kommunene som har oppgitt at de ulike yrkesgruppene har ansvaret for hjelpemiddelformidling i kommuner med og kommuner uten ergoterapeut i åpen omsorg. Prosent.

Ansvar for hjelpemiddelformidling	Kommuner med ergoterapeut i åpen omsorg. Prosent	Kommuner uten ergoterapeut i åpen omsorg. Prosent	Alle. Prosent
Ergoterapeut			
Fysioterapeut	82	13	56
Sykepleier	7	42	21
Vernepleier	10	34	19
Andre	0	0	0
Uoppgitt	0	6	2
	0	5	2
N (antall)	65	39	104

Tabell 12 b: Andelen av kommunene som har oppgitt at de ulike yrkesgruppene har ansvaret for kontakt med hjelpemiddelsentralen i kommuner med og kommuner uten ergoterapeut i åpen omsorg. Prosent.

Ansvar for kontakt med hjelpemiddelsentralen	Kommuner med ergoterapeut i åpen omsorg. Prosent	Kommuner uten ergoterapeut i åpen omsorg. Prosent	Alle. Prosent
Ergoterapeut	85	6	54
Fysioterapeut	9	56	29
Sykepleier	6	32	15
Vernepleier	0	0	0
Andre	0	3	1
Uoppgitt	0	5	2
N (antall)	65	39	104

Totalt i dette utvalget har ergoterapeuten ansvaret for hjelpemiddelformidling og kontakt med hjelpemiddelsentralene i 56 % av kommunene. I kommuner med ergoterapeut i åpen omsorg har ergoterapeuten ansvaret for hjelpemiddelformidling i 82 % av kommunene og for kontakt med hjelpemiddelsentralene i 85 % av kommunene. I kommuner uten ergoterapeut i åpen omsorg er fysioterapeuten den som oftest har ansvaret for disse arbeidsområdene. I 42 % av kommunene uten ergoterapeut i åpen omsorg har fysioterapeuten ansvaret for hjelpemiddelformidling, og i 56 % av kommunene uten ergoterapeut i åpen omsorg har fysioterapeuten ansvaret for kontakt med hjelpemiddelsentralen.

Bare i 7 % av kommunene med ergoterapeut i åpen omsorg har fysioterapeuten ansvaret for kontakt med hjelpemiddelsentralen og for hjelpemiddelformidlingen. Sykepleierne har ansvaret for hjelpemiddelformidling i 34 % av kommunene uten denne type stilling for ergoterapeut og for kontakt med hjelpemiddelsentralen i 32 % av kommunene uten ergoterapeut.

7.3.1 Ansvar for formidling av tekniske hjelpemidler og kontakt med hjelpemiddelsentralen i små og store kommuner

Også for disse områdene er det forskjeller på store og små kommuner. Ergoterapeuten har oftest ansvaret i de store kommunene. 80 % av kommunene med mer enn 8 000 innbyggere svarer at dette er ergoterapeutens ansvarsområde. Sykepleierne og fysioterapeutene har oftere ansvaret for hjelpemiddelformidling og kontakt med hjelpemiddelsentralen i de små kommunene, i 26 % av kommunene for begge yrkesgruppers vedkommende.

Også hjelpemiddelformidling er oftere ergoterapeutens ansvarsområdet i store kommuner enn i små. I små kommuner er det oftere at sykepleierne og fysioterapeuten har ansvaret for dette området. Fysioterapeuten har ansvaret i 32 % av de små kommunene og sykepleierne i 22 % av dem.

7.3.2 Oppsummering - boligtilrettelegging, hjelpemiddelformidling og kontakt med hjelpemiddelsentralen

De områdene som tas opp i spørreskjemaet - fysisk tilrettelegging, tilrettelegging av bolig for funksjonshemmede, hjelpemiddelformidlingen og kontakt med hjelpemiddelsentralen - er oftest ergoterapeutens hovedansvar.

Vi ser at når det er stilling for ergoterapeut i åpen omsorg, har ergoterapeuten ofte ansvaret for boligtilrettelegging, hjelpemiddelformidling og kontakt med hjelpemiddelsentralen. I de kommuner som ikke har ergoterapeut i åpen omsorg er det oftest sykepleiere og fysioterapeut som har ansvaret for disse områdene, fysioterapeut oftere enn sykepleier. For boligtilretteleggingen er det også flere andre yrkesgrupper som er inne i bildet i de kommunene som ikke har ergoterapeut i åpen omsorg. Både vernepleiere og sosionomer er nevnt som yrkesgrupper med hovedansvar for dette arbeidsområdet. For de andre områdene - formidling av tekniske hjelpemidler og kontakt med hjelpemiddelsentralen - er det i all hovedsak sykepleier og fysioterapeut som har ansvaret når det ikke er kommuneergoterapeut.

Forskjellen mellom små og store kommuner kan i hovedsak forklares ved at de store kommunene nesten alltid har kommuneergoterapeut. Men dette er ikke noen tilstrekkelig forklaring. Det er vanligere i små kommuner enn i store kommuner at ansvaret for disse områdene er fordelt på ulike yrkesgrupper også når det er ansatt kommuneergoterapeut.

7.4 Ansvar for ADL-trening

I spørreskjemaet er det også spurt etter hvem som har ansvaret for ADL-treningen. ADL-trening betyr trening i dagliglivets gjøremål. For en person som har hatt slag, kan det bety hjelp til å øve opp funksjoner som personen tidligere hadde, for eksempel påkledning. I spørreskjemaet er skilt mellom trening for funksjonshemmede i ulike aldersgrupper, for brukergrupper i og utenfor institusjon og med ulike typer funksjonshemninger, psykisk utviklingshemmede, bevegelseshemmede, syns- og hørselshemmede og personer med psykiske lidelser.

Tabell 13 viser hvor stor andel av kommunene som har oppgitt at de ulike yrkesgruppene har ansvaret for ADL-trening med funksjonshemmede i ulike aldersgrupper.

Tabell 13: Andelen av kommunene som har oppgitt at de ulike yrkesgruppene har ansvaret for ADL-trening med funksjonshemmede etter alder og type funksjonshemming i kommuner med og kommuner uten ergoterapeut i åpen omsorg. Prosent.

		Kommuner med ergoterapeut i åpen omsorg. Prosent	Kommuner uten ergoterapeut i åpen omsorg. Prosent	Alle Prosent
Funksjonshemmede barn	Ergoterapeut	35	7	25
	Fysioterapeut	31	50	38
	Sykepleier	4	3	5
	Vernepleier	6	17	10
	Andre	15	13	7
	Uoppgitt	9	10	10
Unge funksjons- hemmede	Ergoterapeut	42	3	27
	Fysioterapeut	29	48	37
	Sykepleier	4	14	8
	Vernepleier	6	17	11
	Andre	10	8	9
	Uoppgitt	8	10	9
Eldre funksjons- hemmede	Ergoterapeut	51	7	35
	Fysioterapeut	22	43	29
	Sykepleier	15	40	24
	Vernepleier	2	7	4
	Andre	1	0	1
	Uoppgitt	10		6
Psykisk utviklings- hemmede	Ergoterapeut	24	0	15
	Fysioterapeut	24	50	33
	Sykepleier	12	22	15
	Vernepleier	29	30	29
	Andre	1	0	1
	Uoppgitt	10	0	7
Bevegelsehemmede	Ergoterapeut	42	3	28
	Fysioterapeut	34	45	38
	Sykepleier	10	34	19
	Vernepleier	2	7	4
	Andre	2	4	3
	Uoppgitt	10	7	8
Syns- og hørselshemmede	Ergoterapeut	47	0	31
	Fysioterapeut	16	27	19
	Sykepleier	16	50	27
	Vernepleier	2	5	3
	Andre	7	8	7
	Uoppgitt	12	10	12
Psykiske lidelser	Ergoterapeut	20	18	19
	Fysioterapeut	14	14	14
	Sykepleier	26	46	33
	Vernepleier	2	11	5
	Andre	13	1	10
	Uoppgitt	25	10	19
N (antall)		65	39	104

Tabell 13 viser at fysioterapeutene er den yrkesgruppen som oftest har ansvaret for ADL-trening med barn. I kommunene med ergoterapeut i åpen omsorg er andelen kommuner der fysioterapeuten har ansvaret, like stor som andelen kommuner der ergoterapeuten har ansvaret for dette området. I kommuner uten denne type stilling for ergoterapeut er det fysioterapeuten som oftest har ansvaret for dette området. 50 % av kommunene oppgir at dette er fysioterapeutens ansvarsområde. Vernepleierene har ansvaret i 17 % av kommunene uten ergoterapeut. De andre yrkesgruppene er nevnt i relativt få av kommunene uten kommuneergoterapeut. For funksjonshemmede barn i institusjon er også fysioterapeuten nevnt som den som oftest har ansvaret når det ikke er kommuneergoterapeut.

Også for unge funksjonshemmede er det fysioterapeutene som oftest har ansvaret i kommuner uten kommuneergoterapeut. 48 % av kommunene har nevnt fysioterapeutene som den yrkesgruppen som oftest har hovedansvaret. I kommuner med ergoterapeut i åpen omsorg er det ergoterapeuten som oftest har hovedansvaret. Dette er tilfelle for 42 % av kommunene. 29 % av kommunene der det er ansatt ergoterapeut i åpen omsorg, har oppgitt at fysioterapeuten har hovedansvaret på dette området.

I kommuner uten ergoterapeut i åpen omsorg er sykepleierne og vernepleierne - i tillegg til fysioterapeuter - nevnt som gruppene som har hovedansvaret for denne brukergruppen, henholdsvis i 14 % og 17 % av kommunene.

Overfor eldre funksjonshemmede kommer sykepleierne oftere inn i bildet sammenlignet med de andre aldersgruppene. Dette gjelder både i kommuner med og kommuner uten kommuneergoterapeut. Tatt i betraktning sykepleiernes sentrale stilling i eldreomsorgen i kommunene gjennom mange år, er dette også forventet. Allikevel er det ergoterapeutene som oftest nevnes med ansvaret for ADL-trening med eldre i kommuner med ergoterapeut i åpen omsorg. Halvparten av kommunene med ergoterapeut i åpen omsorg har krysset av for at dette er ergoterapeutens ansvarsområde. Og i kommunene med ergoterapeut nevnes fysioterapeutene hyppigere enn sykepleierne som den gruppen som har ansvaret for ADL-treningen med eldre. I kommuner uten ergoterapeut med ansvar for arbeidsoppgaver i åpen omsorg er fysioterapeuten og sykepleier nevnt omtrent like hyppig, henholdsvis i 43 % og 40 % av kommunene.

Tabell 13 viser også at i kommunene med ergoterapeut i åpen omsorg har ergoterapeuten ansvaret for ADL-trening med psykisk utviklingshemmede i 24 % av kommunene, med bevegelseshemmede i 42 % av kommunene, med syns- og hørselshemmede i 47 % av kommunene og med personer med psykiske lidelser i 20 % av kommunene. Fysioterapeuten er den yrkesgruppen som nevnes nest hyppigst, unntatt overfor personer med psykiske lidelser. Det er verd å merke seg at både fysioterapeuter og ergoterapeuter er relativt sjeldent nevnt overfor denne pasientgruppen. Overfor denne gruppen nevnes sykepleierne hyppigere enn både fysioterapeutene og ergoterapeutene, også i kommuner der det er ansatt kommuneergoterapeut. I 26 % av disse kommunene oppgis det at sykepleiere har dette som hovedansvarsområde, 20 % av kommunene oppgir ergoterapeut og 14 % fysioterapeut.

7.4.1 Oppsummering - ADL-trening

Vi har sett at det er et gjennomgående mønster at ergoterapeutene oftere nevnes som den yrkesgruppen som har hovedansvaret for de ulike gruppene i kommuner der det er ansatt ergoterapeut med arbeidsoppgaver knyttet til åpen omsorg. Vi har også sett at i kommunene uten ergoterapeut er det både sykepleiere og fysioterapeuter som har ansvaret for disse områdene. Men det er oftere fysioterapeutene enn sykepleierne som har ansvaret for de ulike arbeidsområdene, med unntak av ADL-trening med eldre funksjonshemmede og personer med psykiske lidelser.

7.5 Ansvar for rehabilitering

I spørreskjemaet er det også stilt spørsmål til den overordnede om hvem som har ansvaret for rehabilitering. Rehabilitering henspeiler ikke på samme måte som de ovenfor nevnte spørsmålene på konkrete arbeidsoppgaver. Tabell 14 viser hvilke yrkesgrupper som ifølge den overordnede har ansvaret for rehabiliteringsarbeidet både for funksjonshemmede i ulike aldersgrupper og for klienter med ulike typer funksjonshemminger.

Tabell 14: Andelen av kommunene som har oppgitt at de ulike yrkesgruppene har ansvaret for rehabilitering av funksjonshemmede etter aldersgruppe og type funksjonshemming, i kommuner med og kommuner uten kommuneergoterapeut. Prosent.

		Kommuner med kommune- ergoterapeut Prosent	Kommuner uten kommune- ergoterapeut Prosent	Alle Prosent
Funksjonshemmede barn	Ergoterapeut	19	0	12
	Fysioterapeut	57	55	57
	Sykepleier	4	7	5
	Vernepleier	4	14	7
	Andre	0	4	2
	Uoppgitt	16	20	17
Unge funksjonshemmede	Ergoterapeut	25	0	16
	Fysioterapeut	57	59	57
	Sykepleier	4	14	7
	Vernepleier	4	14	7
	Andre	0	0	0
	Uoppgitt	10	13	12
Eldre funksjonshemmede	Ergoterapeut	29	0	19
	Fysioterapeut	38	57	45
	Sykepleier	20	33	25
	Vernepleier	2	3	2
	Andre	4	0	3
	Uoppgitt	7	7	7
Psykisk utviklingshemmede	Ergoterapeut	20	0	13
	Fysioterapeut	30	52	37
	Sykepleier	7	11	8
	Vernepleier	26	15	20
	Andre	2	5	3
	Uoppgitt	15	17	16
Bevegelseshemmede	Ergoterapeut	33	0	22
	Fysioterapeut	43	55	48
	Sykepleier	13	28	18
	Vernepleier	2	8	0
	Andre	2	2	2
	Uoppgitt	7	7	7
Syns- og hørselshemmede	Ergoterapeut	29	0	18
	Fysioterapeut	28	33	29
	Sykepleier	13	48	24
	Vernepleier	2	5	3
	Andre	8	4	7
	Uoppgitt	20	10	16
Psykiske lidelser	Ergoterapeut	20	0	13
	Fysioterapeut	20	19	20
	Sykepleier	24	38	29
	Vernepleier	2	8	4
	Andre	5	5	5
	Uoppgitt	29	30	29

Ansvar for rehabiliteringen fordeler seg noe annerledes enn ansvaret for ADL-trening. Flest kommuner - både med og uten ergoterapeut i åpen omsorg - nevner fysioterapeutene som den yrkesgruppen som har ansvaret for rehabilitering av funksjonshemmede barn og unge. 55 % av kommunene uten ergoterapeut i åpen omsorg nevner fysioterapeutene som den yrkesgruppen som har ansvaret for rehabilitering av barn og 59 % oppgir at fysioterapeuten har ansvaret for rehabilitering av unge. I kommuner med ergoterapeut i åpen omsorg har fysioterapeuten hovedansvaret for rehabilitering av barn og unge i 57 % av kommunene. Ergoterapeuten har ansvaret for rehabilitering av barn og unge henholdsvis i 19 og 25 % av kommunene med ergoterapeut.

Ergoterapeutene er oftere nevnt som den yrkesgruppen som har ansvaret for rehabilitering av eldre funksjonshemmede, men også for dette området blir fysioterapeutene nevnt av flest kommuner. Sykepleierne nevnes bare i 20 % av kommunene som den yrkesgruppen som har hovedansvaret for rehabilitering av eldre.

Dersom vi ser på fordeling av ansvaret etter type funksjonshemming, ser vi også at fysioterapeuten er den yrkesgruppen som nevnes av flest kommuner både overfor psykisk utviklingshemmede og bevegelsehemmede. Overfor personer med syns- og hørselshemninger nevnes ergoterapeutene like ofte som fysioterapeutene. Når det gjelder ansvaret for rehabilitering av personer med psykiske lidelser, er det sykepleierne som nevnes av flest kommuner.

7.5.1 Oppsummering - rehabilitering

Fysioterapeutene er nevnt av flest kommuner som den yrkesgruppen som har hovedansvaret for rehabilitering. Fysioterapeutene er for de fleste av områdene nevnt oftere enn ergoterapeutene, også dersom vi bare ser på kommuner med ergoterapeut i åpen omsorg for seg. Vi har sett at for de andre områdene - ADL-trening, boligtilrettelegging og formidling av tekniske hjelpemidler - fikk vi ikke den samme tendensen. Her var ergoterapeutene nevnt av flest kommuner.

En forklaring på dette kan - som tidligere nevnt - være at de første områdene handler om spesifikke arbeidsoppgaver. Ansvaret for rehabilitering er en mer uspesifikk oppgave og en mer overordnet oppgave. Det betyr at fysioterapeuten også der det er ansatt ergoterapeut i åpen omsorg, er den yrkesgruppen som har det formelle ansvaret for dette området. Dette til tross for at ergoterapeutene, der det er ansatt ergoterapeut i åpen omsorg, utgjør den yrkesgruppen som i flest kommuner har hovedansvaret for de konkrete arbeidsområdene det er spurt etter.

Fysioterapistilling er for kommunene en lovpålagt tjeneste. Fysioterapeuter er også en yrkesgruppe med høy status sammenlignet med andre hjelpende yrker. Det at den overordnede i kommunene tillegger fysioterapeuten ansvaret for rehabiliteringsoppgavene i kommunen - uavhengig av om det er ansatt ergoterapeut eller ikke - samtidig som ergoterapeuten blir tillagt ansvaret for de konkrete arbeidsoppgavene, avspeiler denne statusforskjellen. Fysioterapeutene har i større grad tilkjempet seg status og blir tillagt kompetanse på dette området.

8 Nytten av kommuneergoterapeut - den overordnedes perspektiv

8.1 Hvilke klientgrupper har hatt nytte av ergoterapeut i åpen omsorg?

Et spørsmål til den overordnede i kommunen - helsesjefen eller pleie-og omsorgssjefen - handler om hvem de mener har hatt mest nytte av at det er ansatt en ergoterapeut i kommunen. Det er ikke spurt etter hvilke klientgrupper ergoterapeuten jobber mest med, men hvilke klientgrupper de mener har hatt mest nytte av at det er ansatt ergoterapeut i åpen omsorg. Spørsmålet gir derfor først og fremst svar på hva den overordnede oppfatter som ergoterapeutens viktigste bidrag, mer enn hva ergoterapeuten faktisk gjør. Tabell 15 viser fordelingen på dette spørsmålet.

Tabell 15: Andelen av kommuner der den overordnede mener ulike klientgrupper har hatt stor nytte, litt nytte eller liten nytte av at kommunene har ansatt kommuneergoterapeut. Prosent.

	Stor nytte Prosent	Litt nytte Prosent	Liten nytte Prosent	Antall svar
Eldre funksjonshemmede	82	11	0	(62)
Unge funksjonshemmede	80	20	0	(60)
Familier med funksjonshemmede barn	67	32	2	(60)
Psykisk utviklingshemmede	40	45	16	(58)
Bevegelseshemmede	83	17	0	(60)
Syns- og hørselshemmede	28	58	13	(53)
Personer med psykiske lidelser	8	53	39	(51)
Andre	17	67	17	(6)

Spørsmålet er delt i to. I den første delen er funksjonshemmede delt inn i tre kategorier, eldre funksjonshemmede, unge funksjonshemmede og familier med funksjonshemmede barn. Tabell 15 viser at 82 % av kommunene har krysset av for at eldre funksjonshemmede har stor nytte av ergoterapeuten.

I den andre delen av spørsmålet er funksjonshemmede delt inn etter type funksjonshemming, psykisk utviklingshemming, bevegelseshemming, syns- og hørselshemming og psykiske lidelser. Av tabellen ser vi at det er flest kommuner som har krysset av for at bevegelseshemmede har stor nytte av ergoterapeuten. Vi ser også at bare 40 % av kommunene har krysset av for at psykisk utviklingshemmede har stor nytte av ergoterapeuten og at bare 8 % av kommunene har krysset av for at personer med psykiske lidelser har stor nytte av ergoterapeuten. Dette er verd å merke seg. Ergoterapeutene har tidligere arbeidet både i institusjonsomsorgen for psykisk utviklingshemmede og i psykiatriske institusjoner. I underkant av halvparten av kommunene vurderer den overordnede kommuneergoterapeutens bidrag som spesielt viktig overfor psykisk utviklingshemmede, og bare i 8 % av kommunene er bidraget overfor psykiatriske klienter vurdert som spesielt viktig.

8.2 Fordeler kommunen har av å ansette ergoterapeut

Vi skal her se på hvilke fordeler den overordnede til ergoterapeuten mener at kommunen har av å ansette ergoterapeut. Det ble valgt ut noen utsagn om mulige fordeler som den overordnede ble bedt om å ta stilling til. Disse utsagnene ble valgt ut fra forhold vi antok ansettelse av ergoterapeut kunne ha positiv betydning for. Den overordnede har krysset av for hvilken betydning hun mener disse forholdene har hatt. Tabell 16 viser svarfordelingen på dette spørsmålet.

Tabell 16: Hvilken innvirkning ansettelse av ergoterapeut i åpen omsorg har hatt på ulike forhold. Prosent.

	Stor innvirkning Prosent	Litt innvirkning Prosent	Liten innvirkning Prosent	Antall svar
Redusere antall sykehjeminnleggelse	34	54	11	(61)
Redusere pleie- og omsorgsutgifter til funksjonshemmede og eldre	25	50	25	(61)
Øke selvstendigheten for brukerne	82	18	0	(62)
Bedre utnyttelse av tekniske hjelpemidler	69	25	7	(61)
Bedre boligtilpassing for funksjonshemmede og eldre	69	25	7	(61)
Forebygge ulykker i hjemmene	36	51	14	(59)

Tabell 16 viser at fordelene den overordnede ser av å ansatte ergoterapeut går på kvaliteten av tjenestene til klientgruppene, mer enn på økonomiske forhold.

85 % av kommunene mener ergoterapeutene har hatt stor betydning for utnyttelse av tekniske hjelpemidler. For det andre ser vi at 82 % av kommunene mener ergoterapeuter har hatt stor betydning for å øke selvstendigheten for brukerne.

Det er verd å merke seg at relativt få - 25 % - har krysset av for at ergoterapeutene har stor betydning for å redusere pleie- og omsorgsutgiftene. Samtidig ser vi at det bare er 25 % av kommunen som har sagt at dette ikke har noen betydning.

34 % av kommunene har krysset av for at ergoterapeuter har stor betydning for å redusere sykehjemsinnleggelsene. 54 % har krysset av for at dette har litt betydning.

8.3 Oppsummering

Den overordnede vurderer ergoterapeutens bidrag som spesielt viktig først og fremst overfor bevegelsehemmede, og for eldre og unge funksjonshemmede mer enn for barn. I få tilfeller er bidraget til ergoterapeuten i åpen omsorg vurdert som viktig for personer med psykiske lidelser. Dette er verd å merke seg. Som ovenfor nevnt har ergoterapeutene tidligere arbeidet både i psykiatriske institusjoner og institusjonsomsorgen for mennesker med psykisk utviklingshemning. Den overordnede i kommunen legger allikevel ikke så stor vekt på ergoterapeutens bidrag overfor disse klienttypene. Samtidig er det også flere forhold som tyder på at kommunens tilbud til personer med psykiatriske lidelser har vært mangelfulle. Det er mulig at ergoterapeuten kan bli mer sentral enn hun er i dag i arbeidet med denne klientgruppen. Den overordnede i kommunen vektlegger de kvalitative aspektene til brukerne mer enn de økonomiske. Den overordnede legger størst vekt på bedre utnyttelse av tekniske hjelpemidler og økt selvstendighet for klientene.

9 Kommuneergoterapeutens samarbeidsrelasjoner - ergoterapeutens perspektiv

9.1 Samarbeid med andre yrkesgrupper

Vi har sett at ergoterapeutene oftest er ledet av sykepleier, og at hjelpepleiere er den yrkesgruppen som oftest er i flertall i avdelingen der ergoterapeutene arbeider. I nesten alle kommunene er fysioterapeut representert i avdelingen ergoterapeuten arbeider og sykepleier i omtrent halvparten av kommunene. Men ergoterapeuten kan ha andre samarbeidspartnere enn de som arbeider i samme avdeling. I kommunene etableres det samarbeidsgrupper på tvers av avdelingene. Disse kan være formalisert til å fungere over et lengre tidsrom, men det kan også etableres ad hoc grupper og ikke formaliserte samarbeidsrelasjoner, enten basert på kjennskap ansatte i ulike avdelinger har til hverandre eller basert på arbeidet med enkeltklienter.

I dette kapitlet skal vi ut fra ergoterapeutens perspektiv se på denne type relasjoner og ergoterapeutens vurdering av samarbeidet med ulike yrkesgrupper. Vi har sett at ergoterapeuten i de fleste tilfellene arbeider alene som ergoterapeut sammen med representanter for andre yrkesgrupper. I spørreskjemaet er ergoterapeuten spurt om hvem de hyppigst får melding fra, hvem de synes det er mest verdifullt å samarbeide med, hvem de samarbeider mest med og hvilke yrkesgrupper de mener har overlappende arbeidsfelt med dem selv. Hvem de oppfatter at de har overlappende arbeidsoppgaver med, kan være uttrykk for hvilke yrkesgrupper ergoterapeutene ønsker å bli sammenlignet med.

Yrkesmessig prestisje uttrykkes gjennom aktelse for yrkesutøvere i andre yrkesgrupper som er tillagt høyere status. På bakgrunn av samhandling med yrkesgrupper vil yrkesutøvere danne seg oppfatninger av hvilke posisjoner som blir tillagt størst vekt. Disse oppfatningene bekreftes og vedlikeholdes i samhandlingssituasjoner (Ramsøy og Hvinden 1988). Dette er nevnt som grunnlag for etablering av referansegrupper for de ulike yrkesutøverne. En referansegruppe er en gruppe en ønsker å sammenligne seg med og som på den måten påvirker den enkelte yrkesutøvers selvforståelse. Fysioterapeuter nyter reativt sett stor prestisje, samtidig har idealene knyttet til økt mestring og rehabilitering stor gjennomslagskraft i dag, og disse idealene er det mulig å knytte til fysioterapeutene. Det

vil derfor være rimelig å regne med at fysioterapeutene vil være den yrkesgruppen ergoterapeutene vurderer som den mest verdifulle samarbeidspartneren og også som den yrkesgruppen de har mest sammenfallende arbeidsoppgaver med. I en situasjon med ergoterapeuter som, relativt sett, ny yrkesgruppe i kommunene med nye samhandlingspartnere, vil det være av interesse å se i hvilken retning ergoterapeutene "vender seg". Tabell 17 viser svarfordelingen på dette spørsmålet. Spørsmålet er besvart av ergoterapeutene i åpen omsorg.¹⁸

Tabell 17: Yrkesgruppene ergoterapeutene oppgir å få hyppigst melding fra, anser som sin mest verdifulle samarbeidspartner, samarbeider mest med og har overlappende arbeidsoppgaver med. Prosent.

	Hvem ergoterapeuten får henvisning fra. Prosent	Mest verdifulle samarbeidspartner Prosent	Samarbeider mest med Prosent	Overlappende arbeidsoppgaver med Prosent
Fysioterapeut	18	50	34	58
Sykepleier	49	22	33	10
Hjelpepleier	15	11	15	3
Lege	5	5	3	0
Sosionom	0	0	1	0
Vaktmester	3	5	9	2
Aktivitør	0	3	4	3
Hjemmehjelp	4	4	3	2
Vernepleier	1	1	0	0
Boligsentralen	0	0	0	8
Bygning kyndig/ teknisk etat	0	0	0	0
Andre	5	0	0	1
Uoppgitt	0	0	0	12
N(antall)	65	65	65	65

I nesten halvparten av kommunene blir sykepleiere nevnt som den yrkesgruppen ergoterapeuten oftest får melding fra. Fysioterapeut og hjelpepleier blir nevnt i henholdsvis 18 % og 15 % av kommunene.

Ergoterapeuten har mange samarbeidspartnere. Det er her spurt om hvem ergoterapeuten ser på som sine mest verdifulle samarbeidspartnere for å nå sine faglige målsetninger. Av tabellen ovenfor ser vi at halvparten av ergoterapeutene har oppgitt fysioterapeutene som den yrkesgruppen de mener bidrar mest til at de når sine faglige målsetninger. I 22 % av kommunene er sykepleierne nevnt som den gruppen som kan bidra mest.

¹⁸ På disse spørsmålene er ergoterapeuten bedt om å rangere tre yrkesgrupper fra 1 til 3, der den yrkesgruppen de oftest fikk melding fra, selv anså som den mest verdifulle samarbeidspartneren, samarbeidet mest med eller i størst grad hadde overlappende arbeidsoppgaver med ble rangert som 1.

Fysioterapeuter og sykepleiere blir nevnt omtrent like hyppig som den yrkesgruppen ergoterapeuten samarbeider mest med. Vernepleier, lege og sosionom blir nevnt relativt sjelden. På spørsmålet om hvem som har overlappende arbeidsoppgaver er det fysioterapeutene som skiller seg klarest ut. Så mye som 58 % av ergoterapeutene har svart at fysioterapeutene har overlappende arbeidsoppgaver med dem. Sykepleiere er nevnt i 10 % av tilfellene som den yrkesgruppen som i størst grad har overlappende arbeidsoppgaver med ergoterapeuten. I dette tilfelle er det ergoterapeutens forståelse av hva den andre yrkesgruppen gjør som danner grunnlaget for deres vurdering av overlappende arbeidsoppgaver.

Dette bekrefter inntrykket av at for ergoterapeuten er fysioterapeuten den yrkesgruppen som er mest sentral som referansegruppe. Samtidig ser vi at sykepleieren er den yrkesgruppen som oftest henviser til ergoterapeut og dermed den gruppen ergoterapeuten i størst grad får arbeidsoppgaver fra. Ergoterapeutene har oppgitt like ofte fysioterapeut og sykepleier som den yrkesgruppen de samarbeider mest med.

Innledningsvis ble det nevnt at ergoterapeuten får nye samarbeidspartnere i kommunene. Dette kan være ansatte i andre etater som ikke er knyttet til helse- og sosialsektoren. Vi kan merke oss at ingen av ergoterapeutene i åpen omsorg har nevnt disse som den mest verdifulle samarbeidspartneren, men vi ser også at 8 % av ergoterapeutene i åpen omsorg oppgir å ha overlappende arbeidsoppgaver med ansatte i boligetaten.

10 Avslutning - oppsummering

I denne rapporten har vi sett på hva som kjennetegner kommuner som har opprettet stilling for ergoterapeut i åpen omsorg, hvilke rehabiliteringsoppgaver i kommunen som ivaretas av ergoterapeut og hvilke som ivaretas av andre yrkesgrupper, hvilken betydning det har for kommunene å ha ansatt ergoterapeut og hvordan den overordnede i kommunene vurderer ergoterapeutens bidrag overfor ulike klientgrupper. Vi har også sett på - fra ergoterapeutens perspektiv - samarbeidsrelasjoner med andre yrkesgrupper i kommunene.

Vi har sett at ergoterapeuten i åpen omsorg oftest er tilknyttet en pleie- og omsorgs-avdeling. Samtidig er det slik at kommuner uten ergoterapeut i åpen omsorg oftere enn kommuner med ergoterapeut har en felles helse-, pleie - og omsorgsavdeling. Vi har antydnet at det kan bety at flere av de kommunene som velger en organisasjonsmodell med en egen helseavdeling for seg, satser på ansettelse av ergoterapeut.

Ergoterapeutene er fortsatt - tross betydelig øking i utdanningskapasiteten - i antall en liten yrkesgruppe. De arbeider oftest i avdeling sammen med andre som eneste fra egen yrkesgruppe. Ergoterapeuten i åpen omsorg har nesten alltid en fra en annen yrkesgruppe som nærmeste overordnede. Dette er i nesten halvparten av kommunene en sykepleier.

Ergoterapeutens arbeidsfelt blir knyttet til rehabilitering. Rehabilitering slik det foregikk i institusjonene vil være noe annet enn rehabilitering slik det defineres i kommunen i åpen omsorg i dag. De mest nevnte argumentene for opprettelse av stilling for ergoterapeut med arbeidsoppgaver i åpen omsorg, er ønsket om å satse på rehabilitering, boligtilrettelegging og tekniske hjelpemidler.

Det er størst andel av de overordnede i kommuner som ikke har ergoterapeut som har oppgitt at fysioterapeut har overlappende arbeidsområder med ergoterapeut. Vi har sett tendenser til en oppfatning av at fysioterapeuter og ergoterapeuter har sammenfallende kompetanse.

Rehabilitering som arbeidsområde vil være det overordnede arbeidsfeltet, og de andre oppgavene som studeres i denne undersøkelsen, kan sees som en del av rehabiliterings-arbeidet med ulike klientgrupper i kommunen. Vi har sett at fysioterapeutene er den yrkesgruppen som blir tillagt det overordnede ansvaret for rehabiliteringsoppgaver, mens ergoterapeutene som oftest har hovedansvaret for de konkrete arbeidsfeltene. Dette har vi antatt delvis kan forklares med etablerte statusforskjeller mellom ergoterapeuter og fysioterapeuter. Fysioterapeutene er den yrkesgruppen som i størst grad har tilkjempet seg og fått formell status. Vi ser også at ergoterapeutene selv tillegger fysioterapeuten

høy status i den forstand at det er en yrkesgruppe de anser som attraktivt å samarbeide med og en yrkesgruppe de vurderer som relativt lik seg selv.

Den overordnede vurderer ergoterapeutens bidrag som spesielt viktig først og fremst overfor bevegelseshemmede, og for eldre og unge funksjonshemmede mer enn for barn. I relativt færre tilfeller er bidraget til ergoterapeuten i åpen omsorg vurdert som viktig for personer med psykiske lidelser. Samtidig har både psykiatriske pasienter og psykisk utviklingshemmede tidligere vært sentrale klientgrupper for ergoterapeutene. Vi må regne med at dette kan avspeile en manglende prioritering fra kommunene sin side overfor personer med psykiske lidelser. Vernepleierene har hatt psykisk utviklingshemmede som "sin" brukergruppe. Dette gjenspeiles delvis også i denne undersøkelsen.

10.1 Konsekvenser av ulik organisering av ergoterapitjenesten - behovet for videre studier

Et trekk ved yrker som ergoterapeutene representerer, er at yrkesutøverne har stor grad av autonomi og selvstendighet i yrkesutøvelsen (Kjølsrød og Ramsøy 1986). Lederen i den avdelingen ergoterapeuten arbeider, kan ha relativt liten innvirkning på hvordan ergoterapeuten utfører ulike arbeidsoppgaver. Dette gjelder spesielt for den delen av ergoterapeutens arbeid som er knyttet til enkeltmenneskenes livssituasjon. Når personens livssituasjon er i fokus, vil det for hver nye klient forutsette følsom observasjon og skjønn fra yrkesutøveren sin side.

Deler av henvendelsene til avdelingen går gjennom lederne. Samtidig er det også viktig å være oppmerksom på at for denne type organisasjoner kan kontakten og samarbeidet mellom ansatte i ulike avdelinger være uavhengig av lederen for avdelingene (Jacobsen 1993). Det er også vanlig å etablere varige samarbeidsfora på tvers av avdelingene med representanter for ulike faggrupper.

Både avdelingstilknytning og hvem ergoterapeuten samarbeider med, kan ha betydning for hvilke arbeidsoppgaver ergoterapeuten får. Samtidig vil ergoterapeuten også være med på å påvirke arbeidsoppgavene til samarbeidspartnere. Sæmmensatte arbeidsorganisasjoner gir komplekse rollesett for de ansatte. Kanskje vil ergoterapeuten oppleve motsetningsfylte forventninger i en organisasjon der ergoterapeuten har samarbeidspartnere fra mange ulike yrkesgrupper. Flere enkeltstudier både fra Norge og andre land viser at organisasjonen du arbeider i og hvem dine samarbeidspartnere er, har betydning for yrkesutøvelsen. En studie av hjemmetjenestene viste at hjemmehjelpenes arbeidsoppgaver ble endret etter at hjemmetjenesten og sykepleietjenesten ble slått sammen (Alm Andreassen og Jagmann 1992). Hjemmehjelperne gjorde mindre enn tidligere av tradisjonelle hjemmehjelpsoppgaver som husarbeid og matlaging, mens de gjorde mer av sykepleiearbeid.

En ergoterapeut som er organisert i en avdeling sammen med bare fysioterapeuter har andre samhandlingspartnere enn en ergoterapeut som er organisert i samme avdeling som sykepleiere og hjelpepleiere.¹⁹ Samtidig vet vi også at samarbeidsrelasjonene i denne type organisasjoner kan gå på tvers av avdelingstilknytning. En kvalitativ tilnærming er best egnet for å studere hvilken betydning organisatorisk tilknytning av ergoterapeutene i kommunene har for hvilke oppgaver de får.

Også konsekvensene for brukerne kan variere avhengig av hvor ergoterapeutene er plassert og av hvilke typer arbeidsoppgaver ergoterapeutene velger å prioritere. Undersøkelser har vist at diskusjoner om rehabiliteringspersonalet og pleie- og omsorgspersonalet kan handle om hvilke type brukere som skal prioriteres for rehabiliteringspersonalets innsats (Alm. Andreassen m.fl. 1993). Denne studien viste at rehabiliteringspersonalet mente deres innsats gav best utbytte i forhold til brukergrupper som ligger i grenseland for pleie- og omsorgstjenestene, altså at deres innsats kan forebygge utvikling av hjelpebehov. Pleie- og omsorgstjenestene mente de dårligste brukergruppene ble nedprioritert.

I vårt materiale er det en tendens til at ergoterapeuten oftere har ansvaret for typiske rehabiliteringsoppgaver når hun ikke blir ledet av sykepleier (tall ikke vist). Det kan tyde på at ergoterapeutene oftere får disse oppgavene når hun er tilknyttet andre avdelinger der andre er ledere. Det er samtidig viktig å presisere at dette er et relativt lite materiale og at forskjellene er små. Det er også en tendens til at samarbeidsrelasjonene, slik de er registrert og rapportert av ergoterapeuten i denne undersøkelsen, endres avhengig av hvem som er ergoterapeutens leder. Når ergoterapeuten blir ledet av sykepleier, rapporterer hun sjeldnere at fysioterapeut er den yrkesgruppen de hyppigst får melding fra, og når ergoterapeutene ikke blir ledet av sykepleier, rapporterer hun hyppigere at sykepleier er verdifull samarbeidspartner. Disse resultatene i vår undersøkelsen er usikre, og kan først og fremst sees på som utgangspunkt for videre studier.

Det hevdes at arbeidssted, oppgaver og organisering av arbeidet betyr mye for utforming av yrkesutøvernes yrkesroller (Coser 1963). Vi har i denne undersøkelsen sett at mange av de overordnede har svart at andre yrkesgrupper i kommunen kan utfører de samme oppgavene som ergoterapeutene og at de i realiteten gjør det i dag der det ikke er ansatt ergoterapeut i åpen omsorg. Det vil også være rimelig å forvente at ergoterapeutens oppgaver i ulike kommuner vil variere mye. Dette trenger ikke være noen ulempe. En standardisering og avgrensning av hva som skal være ergoterapeutens oppgaver i kommunen, kan lett føre til stadige diskusjoner med andre yrkesgrupper. Ergoterapeuten representerer en helt spesiell tradisjon og historie. Mer enn å utpeke noen oppgaver som særegne for ergoterapeuten vil det være av interesse å studere systematisk hva som er ergoterapeutens bidrag i dag og hvilken betydning ulik organisering og relasjonene til samarbeidspartnere - både klienter og andre yrkesgrupper - har for utforming av ergoterapeutens arbeidsfelt.

¹⁹ Sosiologen Robert Merton (1957) bruker betegnelsen rollesett om de ulike rollene som en yrkesutøver har. Til en stilling som ergoterapeut hører ikke bare en rolle, men et helt sett av roller fordi yrkesutøveren samhandler med flere personer med ulike forventninger til henne og som hun har ulike forventninger til.

Litteratur

- Abbot, Andrew (1988)
The System of Professions. Chicago and London: The University of Chicago Press.
- Alm Andreassen, Tone og Jagmann, Helge (1992)
 Pleie eller omsorg? Konsekvenser av integrerte hjemmetjenester.
 Daatland, Svein Olav og Solem, Per Erik (red.) *Og du skal leve lenge i landet. Dilemmaer og veivalg i eldrepolitikken*. Oslo : Universitetsforlaget.
- Alm Adreassen, Tone, Sæterdal, Anne og Jagmann, Helge: (1993)
Forsøk med integrering av hjemmebaserte og institusjonsbaserte omsorgstjenester. NBI
- Alsvåg, Herdis (1991)
 Grenser vi ikke vil se. *Sosial kritikk*. 12/91:34-40.
- Becker, Howard.S., Geer, Blanche., Hughes, Everett, C. Strauss, Anselm. L. (1961)
Boys in White, Student Culture in Medical School, Chicago: University og Chicago Press.
- Clark, M. (1969)
Cultural Values and Dependency in Later Life. Occasional papers in gerontology, 6, 59-72.
- Cosser, Rose,L (1963)
 Alienation and the Social Structure. i Freidson, Eliot (red.) *The Hospital in Modern Society*, Free Press, New York.
- Ericsson, Kjersti (1974)
Den tvetydige omsorgen. Sinnsykevesenets utvikling. Et sosialpolitisk eksempel. Universitetsforlaget.
- Feiring, Marte (1992)
Kampen om kontroll. En studie av offentlig eldreomsorg i omstilling.
 Magistergradsavhandling. Institutt for Sosiologi, Universitetet i Oslo.
- Geer, Blanche. (1967)
 Occupational commitment and the teaching profession. I Becker, Howard,S.; Geer, Blanche; Riesman, David & Weiss, Robert,S. (red): *Institutions and the Person*: Aldine Publishing Company Chicago USA.
- Gullestad, Marianne (1992)
The Art of Social Relations. Essays on Culture, Social Action and Everyday Life in Modern Norway. Scandinavian University Press.

- Hakken; David (1992)
Electronic Curb Cuts: Computing and the Cultural (Re) construction of Disability in the United States. Paper presented to the 1992 Annual Meeting, Society for Social Studies of Science, Göteborg Sverige.
- Halsa, Astrid og Ytrehus, Siri: (1992)
Bordet fanger. Rekruttering til vernepleierutdanningen. Rapport. Oslo og Akershusvernepleierhøgskole.
- Helsedirektoratets veiledningsserie (3/1991) Medisinsk rehabilitering.
- Holmøy, Jan (1993)
Pleie - og omsorgstjenesten i kommunene 1989.
 Statistisk sentralbyrå Rapport 1993/3.
- Jacobsen, Dag Ingvar (1993)
 Hvorfor er samarbeid så vanskelig? Tverretatlig samarbeid i et organisasjonsteoretisk perspektiv. I Repstad, Pål (red.) *Dugnadsånd og forsvarsverker. Tverretatlig samarbeid i teori og praksis.* TANO Oslo.
- Kjølørød, Lise og Ramsøy, Natalie,R. (1986)
 Velferdsstatens yrker. i Allden, Lars, Ramsøy, Natalie,R. og Vaa, Mariken (red.): *Det norske samfunn.* Gyldendal.
- Knudsen, Oddbjørn og Ringdal, Kristen (1984)
Yrkesprestisje i Norge: 141 yrker vurdert av 60 studenter, Institutt for sosilologi og samfunnskunnskap, Trondheim 1984.
- Lov av 19. november 1982 nr.66. Om helsetjenesten i kommunen
- Løken, Yngvar (1965)
Idealer og realiteter i et psykiatrisk sykehus. Universitetsforlaget.
- Merton, Robert.K. (1957)
 The Role-set: Problems in Sociological Theory. *British Journal of Sociology*, 8 106-120 1957.
- Ness, Nils Erik (1992)
 Hvordan ble ergoterapi til. *Ergoterapeuten* nr.6/92.
- Ness, Nils Erik (1994)
Ergoterapi - fagets ide og teoriehistorie. Upublisert materiale.
 Trondheim helsefaghøgskole.
- NOS 1978 Helsestatistikk
 Statistisk sentralbyrå
- NOU 1979 Helse-og sosialtjenesten i lokalsamfunnet

NOU 1992:1 Trygghet - Verdighet - Omsorg.

Norsk Ergoterapeutforbund (1986)

Orientering om ergoterapi. Med hovedvekt på kommunehelsetjenesten.

Ot.prp. nr.nr.36 (1980 - 81) Helsetjenestene og sosialtjenestene i kommunene.

Ramsøy, Natalie, R. (1986)

Holdninger til velferdsstatens yrker. Institutt for sosialforskning. Stensil. Oslo.

Ramsøy, Natalie, R. og Hvinden, Bjørn (1988)

Aktet etter stilling og stand? Om anseelsen i velferdsstatens yrker.

I Ellefsen, Bodil og Romøren, Tor Inge (red.) *Betalt for å hjelpe. Yrker og arbeid i velferdsstaten.* Oslo :TANO

Romøren, Tor Inge (1987)

Hjemmesykepleien og helsesøstertjenesten i endring. I *Sykepleien* 74:6-13.

St.meld. nr. 36. (1989-90)

Røynsler med lova om helsetenesta i kommunane.

Weber, Max (1985)

The Protestant Ethic and the Spirit of Capitalism, George Allen & Unwin, London. Publisert første gang 1904-05.

B

Prosjekt "Ergoterapi i kommunehelsetjenesten".

Norges Byggforskningsinstitutt skal på oppdrag av Ergoterapiforbundet undersøke ergoterapitjenesten i kommunene.

Mange kommuner har opprettet stilling(er) for kommuneergoterapeut(er). Disse har mange forskjellige arbeidsoppgaver. Denne undersøkelsen skal bl. a. se på kjennetegn ved både kommuner som har valgt å ansette kommuneergoterapeut og kommuner som ikke har valgt å ansette ergoterapeut, hvilke arbeidsoppgaver kommuneergoterapeuten har og hvem som erstatter ergoterapeuten i kommuner som ikke har ansatt ergoterapeut..

Undersøkelsen er en spørreskjemaundersøkelse. Et utvalg på ca. 100 kommuner deltar. Det sendes ut to spørreskjema til hver kommune. Et spørreskjema, del A, skal besvares av helse-og sosialsjefen i kommunen.

Denne delen, del B, bør fylles ut av kommuneergoterapeuten. Dersom det er ansatt flere enn en overordnet ergoterapeut i kommunen ber vi om at spørreskjemaet fylles ut av hun/han. Hvis ikke besvares spørreskjemaet av en ergoterapeut med ansvar for hjemmeboende brukere.

I kommuner der det ikke er ansatt kommuneergoterapeut vil vi be om at del B fylles ut av fysioterapeut ansatt i kommunen.

Vi vil be om at spørreskjemaet returneres til oss så snart som mulig, og seinest innen 6/10 - 93.

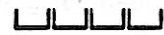
Spørsmål angående utfylling av spørreskjemaet eller undersøkelsen forøvrig kan stilles til **Siri Ytrehus Norges Byggforskningsinstitutt**
tlf. 22965806/22965500.

På forhånd takk for hjelpen!

Vennlig hilsen

Siri Ytrehus
Siri Ytrehus
(Prosjekt leder)

Ergoterapi i kommunehelsetjenesten.



Besvares av ergoterapeuten i kommunehelsetjenesten. Dersom det er ansatt en overordnet ergoterapeut i kommunen besvares spørreskjemaet av hun/han. Hvis ikke besvares spørreskjemaet av en ergoterapeut med ansvar for hjemmeboende brukere. Dersom det ikke er ansatt ergoterapeut besvares spørreskjemaet av fysioterapeut.

1. Utanningsbakgrunn til den som fyller ut spørreskjemaet.

- Fysioterapeut
- Ergoterapeut
- Annet, spesifiser.....

2. År avsluttet høgskoleutdanning?

1	9		
---	---	--	--

3. Hvilke yrkesgrupper i kommunen har ansvaret for/utfører formidling av tekniske hjelpemidler?

.....

.....

4. Hvilke yrkesgrupper i kommunen har ansvar for/utfører veiledning i bruk av tekniske hjelpemidler til funksjonshemmede?

.....

.....

5. Hvilke yrkesgrupper har ansvaret for boligutbedringssaker når det gjelder:

a) Utarbeide funksjonsbeskrivelse for den aktuelle bruker

b) Hjelp til utfylling av søknad?.....

c) Innhenting av anbud.....

d) Oppfølging av byggearbeid?.....

6.

a. Har kommunen en egen plan for rehabilitering?

- Ja
 Nei

b. Hvis ja, hvilke yrkesgrupper har ansvaret for denne?

.....

7. Hvilke yrkesgrupper i kommunen har ansvaret for/utfører ADL-trening (trening i dagliglivets gjøremål). med de nedenfor nevnte brukergruppene.

Eldre funksjonshemmede.....

Unge funksjonshemmede.....

Funksjonshemmede barn.....

Psykisk utviklingshemmede.....

Bevegelseshemmede.....

Syns- og hørselshemmede.....

Personer med psykisk lidelser.....

Andre.....

8. Gitt en ideell situasjon i kommunen, hvilke yrkesgrupper mener du **kunne ha** hatt ansvaret for/utført ADL-trening (trening i dagliglivets gjøremål). med de nedenfor nevnte brukergruppene.

Eldre funksjonshemmede.....

Unge funksjonshemmede.....

Funksjonshemmede barn.....

Psykisk utviklingshemmede.....

Bevegelseshemmede.....

Syns- og hørselshemmede.....

Personer med psykisk lidelser.....

Andre.....

Spørsmål 9 -12 besvares bare dersom det er ansatt ergoterapeut i kommunen.

9. Ofte blir behovet for ergoterapitjenester oppdaget og meldt av andre yrkesgrupper. Hvilke 3 yrkesgrupper får du som ergoterapeut hyppigst melding fra?

Ranger fra 1 til 3. Sette 1, 2 og 3 for de yrkesgruppene du oftest får melding fra.

- Fysioterapeut
- Sykepleier
- Hjelpepleier
- Lege
- Sosionom
- Vaktmester
- Aktivitør
- Hjemmehjelp
- Vernepleier
- Andre.....

10. Som ergoterapeut har du mange samarbeidspartnere i kommunen. Hvilke yrkesgrupper/etater ser du på som dine mest verdifulle samarbeidspartnere i arbeidet med å nå dine faglige målsetninger? Ranger fra 1 til 3. Sette 1 for den yrkesgruppen du anser som den mest verdifulle samarbeidspartnere.

- Fysioterapeut
- Sykepleier
- Hjelpepleier
- Lege
- Sosionom
- Vaktmester
- Aktivitør
- Hjemmehjelp
- Vernepleier
- Boligsentralen
- Bygningskyndig/teknisk etat.....
- Andre.....

11. Hvem samarbeider ergoterapeuten mest med? Ranger fra 1 til 3 . Sett 1 for den yrkesgruppen ergoterapeuten samarbeider mest med.

- Fysioterapeut
- Sykepleier
- Hjelpepleier
- Lege
- Sosionom
- Vaktmester/altmuligmann
- Aktivitør
- Hjemmehjelp
- Vernepleier
- Andre.....

12. Hvilken yrkesgrupper i kommunen mener du i størst grad har overlappende arbeidsområde med ergoterapeuten i kommunen? Ranger fra 1 til 3. Sett 1 for den yrkesgruppen som du mener i størst grad har felles arbeidsområde med ergoterapeuten.

- Fysioterapeut
- Sykepleier
- Hjelpepleier
- Lege
- Sosionom
- Vaktmester
- Aktivitør
- Hjemmehjelp
- Vernepleier
- Andre.....

A

Til
Helse-og sosialsjef.

Prosjekt "Ergoterapi i kommunehelsetjenesten".

Norges Byggforskningsinstitutt skal på oppdrag av Ergoterapiforbundet undersøke ergoterapitjenesten i kommunene. Vedlagt følger to spørreskjema som vi ønsker at kommunen besvarer.

Mange kommuner har opprettet stilling(er) for kommuneergoterapeut(er). Disse har mange forskjellige arbeidsoppgaver. Denne undersøkelsen skal bl. a. se på kjennetegn ved kommuner som har valgt å ansette kommuneergoterapeut og kommuner som ikke har stilling for ergoterapeut, hvilke arbeidsoppgaver kommuneergoterapeuten har og eventuelt hvem som erstatter ergoterapeuten i kommuner som ikke har ansatt ergoterapeut. Undersøkelsen vil også gi kunnskap av mere generell karakter om erfaringer med ulike organisasjonsmodeller og yrkesgrupper i kommunene. **Kunnskapen vil være spesielt nyttig for ansatte med ansvar for organiseringen og helse-og sosial tjenesten i kommunen. Rapportene fra dette prosjektet vil være tilgjengelig i først halvdel av 94.**

Undersøkelsen er en spørreskjemaundersøkelse. Et utvalg på ca. 100 kommuner deltar. Det sendes ut to spørreskjema til hver kommune. Et spørreskjema, del A, skal besvares av helse-og sosialsjefen i kommunen. **Dersom det ikke er ansatt helse-og sosialsjef, vil vi be om at spørreskjemaet besvares av den personen som leder etaten/avdelingen der ergoterapeuten/ene er ansatt. Det kan f. eks. være helsesjef, sosialsjef eller pleie- og omsorgssjef.**

Den andre delen, del B, bør fylles ut av kommuneergoterapeuten. Dersom det er ansatt flere enn en overordnet ergoterapeut i kommunen ber vi om at spørreskjemaet fylles ut av hun/han. Hvis ikke besvares spørreskjemaet av en ergoterapeut med ansvar for hjemmeboende brukere.

I kommuner der det ikke er ansatt kommuneergoterapeut vil vi be om at del B fylles ut av fysioterapeut ansatt i kommunen.

Vi vil be om at spørreskjema del B og følgeskrivet til dette blir videreformidlet til kommuneergoterapeuten eller til kommunefysioterapeuten i kommuner der det ikke er ansatt ergoterapeut.

Spørreskjemet returneres til oss så snart som mulig, og seinest innen 6/10 - 93.
Spørsmål angående utfylling av spørreskjemaet eller undersøkelsen forøvrig kan
stilles til **Siri Ytrehus Norges Byggeforskningsinstitutt**
tlf. 22965806/22965500.

På forhånd takk for hjelpen!

Vennlig hilsen

Siri Ytrehus

Siri Ytrehus
(Prosjekt leder).

Ergoterapi i kommunehelsetjenesten.

LLLLL

Stilling til den som har fylt ut skjemaet:.....

1. Hvordan er helse-og omsorgstjenestene i kommunen organisert?

- I en felles helse-, sosial og pleie-og omsorgsavdeling.
 - Helseavdeling og pleie- og omsorgsavdeling i to ulike avdelinger
 - Annen organisasjonsmodell:.....
-

2. Antall stillinger for ergoterapeuter og fysioterapeuter i kommunene

	Ergoterapeut	Fysioterapeut
Arbeidsområdet både <u>i og utenfor institusjon</u>		
Besatt	LL	LL
Ubesatt	LL	LL
Arbeidsområdet bare <u>utenfor institusjon</u>		
Besatt	LL	LL
Ubesatt	LL	LL
Arbeidsområdet bare <u>i institusjon</u>		
Besatt	LL	LL
Ubesatt	LL	LL

3. Hvor lenge har det vært stilling for ergoterapeut i kommunen? For hver av de tre områdene sett antall år det har vært stilling for ergoterapeut.

	Antall år	
	Ergoterapeut	Fysioterapeut
Med arbeidsområdet både <u>i og utenfor institusjon</u>	LL	LL
Med arbeidsområdet <u>bare utenfor institusjon</u>	LL	LL
Med arbeidsområdet <u>bare i institusjon</u>	LL	LL

4. Hvilken yrkesgruppe har i dag hovedansvaret for :

a. Tilrettelegging av boliger for funksjonshemmede.....

b. Hjelpemiddelformidling.....

c. Kontakten med hjelpemiddelsentralen.....

d. ADL trening:(trening i daglivets gjøremål)

Hjemmeboende brukere

Brukere på institusjon

Funksjonshemmede barn

Unge funksjonshemmede

Eldre funksjonshemmede

Psykisk utviklingshemmede

Bevegelseshemmede

Syns-og hørselshemmede

Personer med psykiske lidelser

e. Rehabilitering av:

Hjemmeboende brukere

Brukere på institusjon

Funksjonshemmede barn

Unge funksjonshemmede

Eldre funksjonshemmede

Psykisk utviklingshemmede

Bevegelseshemmede

Syns-og hørselshemmede

Personer med psykiske lidelser

Gå videre til spørsmål 8 dersom det i dag er stilling for ergoterapeut i kommunen.

5. Dersom det i dag ikke er opprettet stilling for ergoterapeut med ansvar for hjemmeboende brukere, er det planer om å opprette denne type stilling?

Ja - gå videre til spørsmål 8

Nei - gå videre til spørsmål 6

6. Dersom det ikke planlegges å opprette stilling for ergoterapeut med arbeidsområde utenfor institusjon, hva er årsaken til dette? **Sett et kryss for hver linje.**

	Stor betydning	Litt betydning	Ingen betydning
Andre yrkesgrupper kan utføre de samme oppgavene	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kommuneøkonomien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kommentarer.....

.....

7. Dersom du mener at andre yrkesgrupper kan erstatte/utføre de samme arbeidsoppgavene som ergoterapeuten, hvilke yrkesgrupper mener du dette er? **Ranger fra 1 til 3 både for yrkesgrupper med ansvaret for hjemmeboende brukere og for yrkesgrupper med ansvaret for brukere i institusjon. Sett 1,2 og 3 i begge kolonnene nedenfor. Sett 1 for den yrkesgruppen som du mener i størst grad kan erstatte ergoterapeuten.**

Hjemmeboende brukere

Brukere i institusjon

Fysioterapeut

Sykepleier

Hjelpepleier

Lege

Sosionom

Vaktmester

Aktivitør

Hjemmehjelp

Vernepleier

Andre.....

Fysioterapeut

Sykepleier

Hjelpepleier

Lege

Sosionom

Vaktmester

Aktivitør

Hjemmehjelp

Vernepleier

Andre.....

8. Hva var utslagsgivende for at det ble opprettet stilling for/planlegges å opprette stilling for ergoterapeut i kommunen med ansvar for hjemmeboende brukere? **Sett ett kryss på hver linje.**

	Stor betydning	Litt betydning	Ingen betydning
Behovet for å tilrettelegge bolig for hjemmeboende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Behov for formidling av tekniske hjelpemidler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ønske om å redusere pleie og omsorgsutgiftene	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I forbindelse med reformen av omsorgen for psykisk utviklingshemmede	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ønske om å redusere sykehjemsinnleggelse for eldre.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ønske om å satse på rehabilitering	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Påvirkning fra hjelpemiddelsentralen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kommentarer.....

Spørsmål 9 og 13 besvares bare dersom det i dag er opprettet stilling for ergoterapeut i kommunen.

9. Hvilken avdeling tilhører ergoterapeuten/ene i kommunen? Nedenfor er det listet opp noen eksempler på avdelinger. **Kryss for de avdelingene der det er opprettet stilling/er for ergoterapeut i din kommune.**

- Helse, pleie- og omsorgsavdeling.
- Helseavdelingen
- Pleie-og omsorgsavdelingen
- Avdeling/etat for funksjonshemmede
- Rehabiliteringsavdeling
- Andre avdelinger, spesifiser:.....

10. Helse-og sosialtjenesten er organisert ulikt i kommunene. Dette spørsmålet handler om den avdelingen/ene der ergoterapeutene til daglig arbeider.

	Nærmeste overordnede. Sett kryss ved overordnede yrkesgruppe Er det snakk om flere avdelinger sett flere kryss	Hvilken yrkesgruppe er i flertall i avdelingen? Sett ett kryss for den yrkesgruppen som er i ll i avdelingen Er det snakk om flere avdelinger sett kryss	Hvilken yrkesgrupper er representert i avdelingen? Kryss av for alle yrkesgruppene som er representert i avdelingen.
Fysioterapeut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ergoterapeut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sykepleier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hjelpepleier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sosionom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vaktmester	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aktivitør	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hjemmehjelp	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vernepleier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11. Dersom det er flere ergoterapeuter i kommunen, arbeider de i samme avdeling eller i ulike avdelinger? Sett et kryss.

- I en og samme avdeling med bare ergoterapeuter
- I en og samme avdeling sammen med andre yrkesgrupper
- I en egen avdeling sammen med fysioterapeutene
- I ulike avdelinger

12. Hvilke brukergrupper i kommunen mener du har hatt særlig nytte av at dere har ansatt ergoterapeut/er i kommunen med arbeidsområdet utenfor institusjon? **Sett ett kryss på hver linje.**

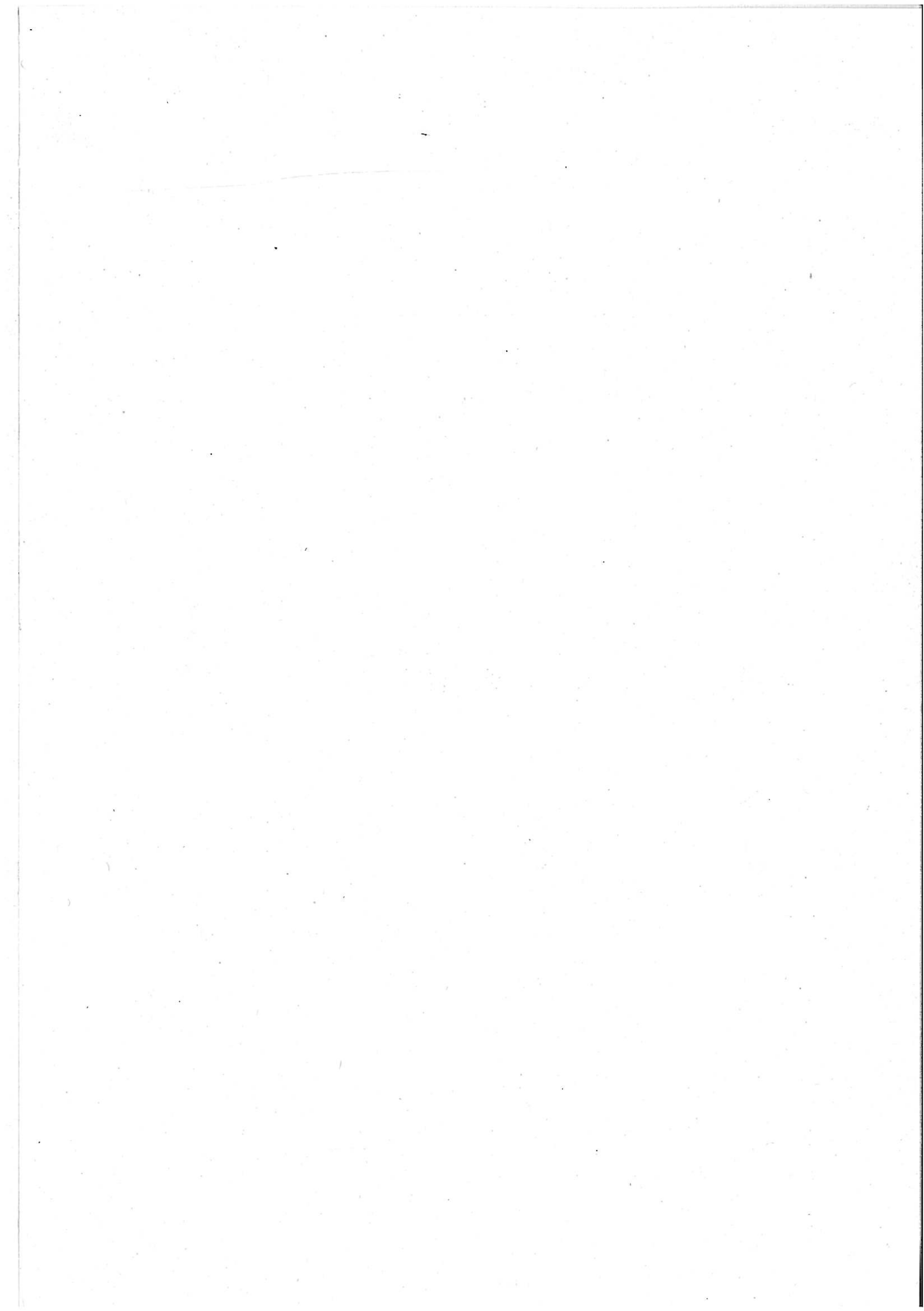
	Stor nytte	Litt nytte	Liten nytte
Eldre funksjonshemmede	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unge funksjonshemmede	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Familier med funksjonshemmede barn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psykisk utviklingshemmede	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bevegelseshemmede	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Syns- og hørselshemmede	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Personer med psykiske lidelser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

13. Det kan være mange fordeler ved å ha ansatt ergoterapeut med ansvar for hjemmeboende brukere. Nedenfor er det nevnt noen mulige fordeler. Hvilken innvirkning mener du ergoterapeuten i kommunen har hatt på de nedenfor nevnte områdene? **Sett ett kryss på hver linje.**

	Stor innvirkning	Litt innvirkning	Liten innvirkning
Redusere antall sykehjems innleggelse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Redusere pleie- og omsorgsutgifter til funksjonshemmede og eldre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Øke selvstendigheten for brukerne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bedre utnyttelse av tekniske hjelpemidler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bedre boligtilpassing for funksjonshemmede og eldre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Forebygge ulykker i hjemmene	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kommentarer.....

.....



Uke 32