

En brytningstid i helse- og omsorgsektoren

BETYDNING FOR REHABILITERINGSVIRKSOMHETEN

Helse- og omsorgssektoren er inne i en interessant utvikling politisk, faglig og kunnskapsmessig. Alderssammensetningen i samfunnet endrer seg samtidig som vi erkjenner at veksten i helsesektoren har begrensninger. Utfordringene har skapt et stort engasjement, ikke minst i rehabiliteringsfeltet. I denne artikkelen kommer jeg med noen tanker om rehabiliteringsvirksomhetens betydning i møte med utfordringene. Utgangspunktet mitt er kommunal helse- og omsorgssektor.

Av Oddrun Linge



Oddrun Linge ble utdannet egoterapeut i 1979 og har Master of Public Administration fra 2012. Hun er nå ansatt som rådgiver i rådmannens fagstab i Trondheim kommune. Hun er medforfatter i «Det handler om verdighet og deltakelse» (Bredland, Linge Vik).

Det er ingen interessekonflikter knyttet til denne artikkelen.

Høyre- og Fremskrittspartiregjeringen varsler en opptrappingsplan for rehabiliteringsfeltet. Den vil hindre nedbygging av rehabilitering i spesialisthelsetjenesten før tilsvarende kapasitet og kompetanse er bygget opp i kommunene (Politisk plattform 2013). Det er ikke nytt at regjeringene signaliserer at rehabiliteringsfeltet må styrkes. Det ble blant annet framhevet i Stortingsmelding 21 (1998-99) Ansvar og meistring, i Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering (2008-2011, s 6), i Samhandlingsreformen (St.meld 47, 2008-2009) og i Stortingsmelding 29 (2012-2014) Morgendagens omsorg.

«Rehabilitering har ikke den posisjon og prestisje i helse- og omsorgstjenesten som de overordnede helse- og velferdspolitiske målene tilsier. Det overordnede målet for rehabiliteringsstrategien er å endre dette. Endringsarbeidet krever tiltak og innsats på mange områder og langsiktig utviklings-

arbeid.» (Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering, 2008-2011, s.6).

ENDRINGER MÅ TIL

Det har vært mange ord og lite handling fra myndighetene på rehabiliteringsfeltet. Jeg velger å tro at det vil bli mer enn ord i årene som kommer. Ikke fordi det er en ny regjering, men fordi det er en økende erkjennelse i alle leirer av at endringer må til. Samhandlingsreformen (St.meld. 47 (2008-2009)) beskriver utfordringen slik: «Dersom ikke utfordringene møtes med tilstrekkelig vilje og evne til å utvikle nye løsninger, vil valget stå mellom to ikke ønskelige alternativer. Enten får vi en utvikling som blir en trussel mot samfunnets bæreevne, eller så blir det over tid nødvendig med prioriteringsbeslutninger som vil bryte med grunnleggende verdier i den norske velferdsmodellen.» (s.14)

Trusselen mot bæreevnene handler både om at det er be-

grenset hvor stor andel av samlede ressurser som kan brukes til helse- og omsorgssektoren, og om at forholdet mellom personer i arbeidsstyrken og befolkningmengden endres. Dersom vi viderefører dagens standard og dekningsgrad på tjenester, så vil de offentlige utgiftene komme til å øke fra 44 prosent av brutto nasjonalprodukt i dag til 55 prosent i 2060. Fram mot 2050 vil vi få en betydelig økning i antall eldre, mens andel yrkesaktive i samme periode sannsynligvis vil øke relativt lite. Økningen i andelen eldre mennesker vil også medføre økninger i aldersrelaterte sykdommer. Med samme standard på tjenestene som i dag vil behovet for arbeidskraft fordobles fram til 2050 (Samhandlingsreformen, s.24). Uavhengig av offentlig og privat økonomi vil det ikke være arbeidskraft nok til å takle utfordringene ved å gjøre mer av det vi alltid har gjort. I tillegg til disse utfordringene er det et stort forventningsgap mellom hva folk forventer og hva som er mulig for samfunnet å innfri, noe som øker presset og svekker tilliten til tjenesteapparatet. Dersom vi ikke viser evne eller vilje til nytenkning, vil kommunene etter hvert bli nødt til å prioritere strengere og redusere tilgangen og kvaliteten på tjenester.

FOKUS PÅ MULIGHETENE

Sannsynligvis kommer man ikke utenom visse innstramminger når det gjelder rettigheter og standarder, men oppmerksomheten bør samles om det store ubrukte potensialet som ligger i å opprettholde og bedre kvaliteten gjennom å utvikle alternative arbeidsformer. Derfor er det godt å se det store engasjementet for innovasjon som finnes i kommunene i dag.

Er det mulig å oppnå bedre kvalitet samtidig med at rammevilkårene strammes inn? Langt på vei mener jeg at svaret er ja, men det vil kreve en formidabel omstilling for hele tjenesteapparatet. Sterkt forenklet kan man si at helse- og omsorgstjenestene hittil har hatt fokus på å dekke behov for tjenester, mens man i framtida må ha fokus på å påvirke selve behovet. Det handler både om utforming av samfunnet (velferdsteknologi, universell utforming, avbyråkratisering og forenkling) og om å utvikle nye målrettede arbeidsmodeller i tjenesteapparatet, slik at vi forvalter ressursene på en bedre måte (bedre samordning og logistikk, teknologi, tiltak med dokumentert effekt på opplevd behov). Det overordnede målet for alt dette må være bedre helse og mestring.

Samfunnet (fellesskapet og myndighetene) og den enkelte borger har felles interesser av at behovet for tjenester er minst mulig, dekkes så effektivt som mulig og at behovet ikke varer lenger enn høyst nødvendig. God helse og mestring gir frihet og kontroll over eget liv, og samtidig gir det god ressursutnyttelse. Derfor øker politiske og administrative myndigheters interesse for helsefremmende og forebyggende arbeid og rehabilitering.

«Det er et mål å styrke brukernes muligheter for egenmestring og opprettholdelse av funksjonsnivå så lenge som mulig. Derfor må rehabilitering være en naturlig og selvstendig del av all innsats og pleie. Det ligger et rehabiliterende element i all god behandling.» (Meld. St. 29 (2012–2013) Morgendagens omsorg, kap.5.3)

I rehabiliteringsfaget framheves

betydningen av å ta utgangspunkt i brukerens mål, ikke bare fordi det er etisk riktig, men fordi det er nødvendig for motivasjon og resultat. Å starte med å spørre hva som er viktig for brukeren er derfor et gammelt prinsipp på dette tjenesteområdet (Bredland m fl 1. utg. 1996) som har fått ny aktualitet de siste årene i forbindelse med hverdagsrehabiliteringen.

«Sentralt er brukerstyrte tiltak med utgangspunkt i hva den enkelte synes er viktig å gjøre i hverdagslivet; Hverdagsrehabilitering starter med spørsmålet Hva er viktige aktiviteter i livet ditt nå?» (Ness m fl 2012)

Tjenestemottakeren må tas på alvor, og vi må spille på lag med familien. Klarer vi ikke det, vil tjenestemottakeren og familien sitte igjen med en opplevelse av udekte behov og frustrasjon som vil øke etterspørselen etter tjenester.

Effektivisering har vært et upopulært tema i helsesektoren, muligens fordi man i liten grad har forent økonomi og helsefag i planleggingen av effektivisering. I helse- og omsorgssektoren handler effektivitet om å gjøre de riktige tingene på riktig tidspunkt og i riktig omfang.

PRIORITERE REHABILITERING

Rehabilitering har vært en lov-pålagt oppgave siden 1988, men oppgaven har hatt lav prioritet. Det er flere årsaker til dette, og jeg skal her komme inn på noen av dem.

Det er forskjellige måter å tenke på i prioriteringsdebatt. «Å prioritere dem som trenger det mest» er en vanlig måte å tenke på, og det er vanskelig å være uenig i en slik prioritering. Skal noe bort, må det bli det som ikke er «helt nødvendig». Folkehelse-

arbeid og rehabilitering nedprioriteres ut fra en slik tankegang. Hvis rehabilitering tildeles, blir det gjerne seint i tjenesteforløpet, gjerne når det nærmer seg behov for sykehjemsplass, noe vi ser mange eksempler på i kommunene i dag.

Svakheten med denne tankegangen er at de langsiktige konsekvensene av valgene man tar, kan få alvorlige konsekvenser både for den enkelte tjenestemottaker og for tjenesteapparatet som helhet. På lang sikt kan faktisk tilbudet til de mest hjelpetrengende gradvis bli dårligere fordi problemene ofte øker i påvente av hjelp. Når tilgangen på kvalifisert arbeidskraft og penger blir mindre, må tilgangen på tjenester gradvis innstrammes fordi det blir flere å fordele tjenestene på. Man kommer inn i en ond sirkel.

Prioritering ut fra prinsippet om effektiv bruk av ressurser vil gi en helt annen rangering og dimensjonering av tiltak enn om man prioriterer de sykeste eller de mest hjelpetrengende. Tjenestene må ha den tilsluttede virkningen og settes inn når virkningen er størst, det vil si tidlig i forløpet. De mest hjelpetrengende kommer faktisk best ut ved en slik prioritering, både fordi tilbud dekker behovet bedre, fordi presset på sykehjem blir mindre, og fordi man kan frigjøre ressurser til å hjelpe flere. Forutsetningen for å bygge opp en tjeneste ut fra dette prinsippet er kunnskap om hvilke tiltak og arbeidsformer som er mest effektive. I tillegg betinger det store omfordelinger av ressurser, og det kan skape sterk motstand.

Det kan i praksis være vanskelig å frigjøre ressurser til å styrke forebygging og rehabilitering. Ideelt skulle man hatt ekstramid-

ler i en periode til å bygge opp noe nytt som kan gi innsparing på sikt, ofte omtalt som pukkeeffekten. Problemet er at midlene må tas fra et annet sted. Innsparingseffekten av rehabilitering kan legges inn i budsjettet, men man må da være oppmerksom på at effekten av rehabilitering ikke kommer i rehabiliteringstjenestene, men innen pleie og omsorg, og ressursene der er marginale.

De som trenger rehabilitering mest, er de som har størst utbytte av tilbudet. Det handler om å ha styringen over eget liv lengst mulig. De som kommer høyest opp på prioriteringslista er de som vil tape mest livskvalitet og mestringsevne ved å utsette eller ta bort tilbudet.

Det er vanskelig å skille rehabilitering fra andre tilbud. Derfor er det også lett å prioritere ned innsatsen og likevel hevde at rehabilitering er ivaretatt som oppgave.

Lav prioritering av rehabilitering kan også skyldes at rehabilitering er en liten del av en stor sektor. Innflytelsen blir deretter. Ønsker ergoterapeuter innflytelse utover egen tjeneste? Innflytelse betyr ikke nødvendigvis å få medhold, men å ta et medansvar for de beslutningene som tas i tjenesteapparatet som helhet. Det er dessverre få ergoterapeuter som viser interesse for arbeid på systemnivå, til tross for mye relevant kunnskap. For å få innflytelse må man være tilstede der avgjørelser tas, ha evne til å se sin tjeneste som en del av en større sammenheng, og ha kunnskap om hvordan de ulike delene av tjenesteapparatet påvirker hverandre.

EFFEKTIV BRUK AV RESSURSER I HELSE- OG OMSORGSSEKTOREN
Effektiv bruk av knappe ressurser og god kvalitet er etter min

mening to sider av samme sak. Kvalitet handler om at tiltakene har god virkning på behov. Det blir ikke god kvalitet av å sette inn mer tjenester dersom det er feil tjeneste til feil tid. Det er ikke alle problemer som kan løses, men det må alltid være rom for å prøve seg fram når man er usikker på hva som er den riktige løsningen. Men tiltak som ikke virker, bør avsluttes.

Terskelen for å prøve rehabilitering bør være lav fordi rehabilitering innebærer en vurdering av muligheter, og er dermed også et godt grunnlag for å velge andre tjenester. Men vi ser ofte at rehabilitering prøves flere ganger også etter at man har konkludert med at det ikke fører til bedring. Årsaken er sannsynligvis at de tjenestene det er behov for, ikke finnes, eller at kapasiteten er for liten. Dimensjoneringen av de ulike tjenestene kan være feil. Få rehabiliteringsplasser med god sirkulasjon (gjennomstrømming) er bedre enn mange plasser med lav sirkulasjon. For å få til riktig dimensjonering av tjenester, må man ha gode styringsdata.

Kost/nytte-vurderinger har ikke vært helt «stuerent» i helsefagmiljøene, men har likevel vist seg å være en sentral årsak til hverdagsrehabiliteringens gjennomslag i Skandinavia. De ressursmessige konsekvensene av prioriteringer og valg av tiltak eller strategier er viktige. Uvilje til å «blande inn økonomi», som mange sier, har etter min mening skadet helsesektoren som helhet og rehabiliteringsfeltet i særdeleshet. Rehabilitering er en målrettet tjeneste som både ivaretar individuelle mål, styrker mestringen av egen hverdag og utnytter ressurser på en god måte. Derfor kan rehabilitering være et vik-

ting virkemiddel i effektivisering av helse- og omsorgssektoren. Folkehelsevirksomhet er minst like viktig som rehabilitering, men det tar lengre tid før effekten kommer. I rehabilitering kommer effekten raskt, vel og merke om tjenesteapparatet er i stand til å identifisere og prioritere personer med rehabiliteringspotensial (rehabiliteringsbehov). Innsatsen skal være tidsavgrenset og intensiv, etterfulgt av et lavere innsatsnivå som vedlikeholder resultatet.

Tjenestemottakerens subjektive opplevelse av behov er viktig. Jeg tror at vår evne til kommunikasjon og samhandling med tjenestemottaker og deres familie vil være avgjørende for presset på tjenesteapparatet i årene som kommer. Det brukes i dag store ressurser for å forholde seg til frustrerte brukere og familier og behandle klager. Urealistiske forventninger er en stor utfordring i offentlig sektor, og det er ingen tegn til at forventningene vil bli mindre. Offentlig debatt om muligheter og prioriteringer er viktig for å påvirke befolkningens forventninger. Utfordringen er å øke tilliten til systemet. Skal det bli mulig må folk være med på å vurdere mulighetene både på individnivå og systemnivå, og erfare at de vurderingene som blir gjort, er gode. Også her er tidlig innsats avgjørende. Folk som ikke når fram i systemet, og går og plages mens de venter på hjelp, mister tilliten til systemet. Jeg tror ikke at reell brukerinnflytelse er kostnadsdrivende, tvert imot. De mest fornøyde tjenestemottakerne er de som blir sett og forstått, ikke de som får mest. En person som opplever seg sett og forstått, og som deltar i vurderingen av mulighetene, vil ha lettere for å mobilisere egne ressurser enn

en som opplever seg misforstått, og vil også være mest tilbøyelig til å slå seg til ro med tingenes tilstand.

BEHOV FOR BEDRE STYRINGS-DATA INNEN REHABILITERING

Dersom lokale og sentrale myndigheter skal prioritere rehabilitering, må man ha bedre styringsdata enn vi har i dag.

Rehabilitering er vanskelig å måle og blir derfor lett usynlig i offentlige statistikker, for eksempel i KOSTRA (Kommune-Stat-Rapportering). KOSTRA er et nasjonalt rapporteringssystem som gir statistikk over ressursinnsatsen, prioriteringer og måloppnåelse i kommuner, bydeler og fylkeskommuner. Slike statistikker gir viktig informasjon til beslutningstakere i kommune og stat (www.regjeringen.no og www.ssb.no). Kvaliteten på tallene varierer, blant annet fordi kommunene registrerer ulikt og fordi organisering påvirker rapporteringen. Rehabilitering registreres på en felles kode for «behandling og rehabilitering», og data på rehabilitering kan derfor ikke trekkes ut. Det rapporteres årsverk for fysioterapeuter, men ikke ergoterapeuter.

Fagmiljøet i kommunesektoren er fragmentert, og både rapporteringssystemer og forskningen preges av dette.

«Også i kommunene der rehabilitering er prioritert, vises det til at det er en utfordring å få gode data som bekrefter fordelene med rehabilitering, inkludert langsiktige gevinster. Slike data vil gjøre det enklere å argumentere for prioritering av rehabilitering» (Riksrevisjonens rapport, s 50).

En av grunnene til at rehabili-

tering blir usynlig i offentlige statistikker, ligger i fagmiljøet, som blant annet har vanskelig for å bli enige om hva som skal registreres. Kanskje er også profesjonene mer opptatt av å dokumentere eget fag enn rehabilitering. En annen grunn er at man er redd for at statistikken kan misbrukes. Resultatet er uansett at andre tjenester dominerer offentlige statistikker og også av den grunn vinner mer oppmerksomhet hos beslutningstakerne.

Registrering av rehabiliteringsbehov er ikke satt i system verken i helseforetak eller i kommunene. Det kan ha sammenheng med lite kunnskap om rehabilitering i tjenesteapparatet som helhet, og dermed liten evne til å gjenkjenne et rehabiliteringsbehov når man møter det. Det handler også om at fagsystemene våre ikke har innebygd registrering av rehabiliteringsbehov.

IPLOS er et sentralt helseregister med standardiserte data med opplysninger av betydning for vurdering av bistands- og tjenestebehov. IPLOS er utviklet for at helsemyndighetene nasjonalt, regionalt og lokalt skal kunne utvikle tjenestene på grunnlag av kunnskap om søkeres/tjenestemottakeres bistandsbehov og kan følge med på utviklingen (www.helsedirektoratet.no). Registeret gir landsdekkende statistikk om alle lovpålagte helse- og omsorgstjenester og er obligatorisk i alle kommuner. Helsedirektoratet er databehandlingsansvarlig for IPLOS-registeret.

IPLOS-registeret inneholder ADL-data og koder for tiltak. Her kan man registrere tildelte tjenester som oppsøkende rehabilitering, dagrehabilitering og døgnrehabilitering. Tildelte tjenester er imidlertid ikke det

samme som behov. Koden for oppsøkende rehabilitering er lite brukt, blant annet fordi det er vanskelig å skille rehabilitering fra andre oppsøkende helsetjenester. ADL-data kan brukes for å vurdere pleietyngde, og de kan brukes som utgangspunkt for behovsvurdering. Før man kan si noe om reelt tjenestebehov, må man vurdere mulighetene til å påvirke funksjonsnivå og mestringsevne. Den dagen IPLOS-registreringen inkluderer en slik vurdering, vil registeret gi store muligheter for tjenesteplanlegging.

Siden myndighetene ikke stiller krav om innhold og kapasitet, er det vanskelig å måle om omfanget eller dekningsgraden på rehabiliteringstjenester er tilfredsstillende, men man kan bruke statistikken som grunnlag for diskusjoner, erfaringsutvikling og sammenligning mellom kommuner.

De siste tjue årene har modernisering av offentlig sektor handlet om nye organisasjonsformer og styringsmekanismer med fokus på konkurranseutsetting og markedslignende prinsipper kjent under navnet New Public Management (NPM) (Busch m fl 2009). Ved konkurranseutsetting og privatisering av offentlige oppgaver må bestillerrollen skilles fra utførerrollen (bestiller-utfører-modeller). Bestilleren kartlegger behov, og utføreren gjør oppgaven på tilmålt tid. Det hjelper ikke å gjennomføre et tiltak på en rasjonell måte dersom det er feil tiltak, eller til feil tid, men det er sjelden tjenester tas bort i dette systemet. Det kan derfor bli et dyrt system dersom forebygging og rehabilitering ikke brukes bevisst som et virkemiddel for å påvirke behovet for tjenester tidlig i pasientforløpet.

FELLES FORSTÅELSE FOR REHABILITERING

Helse og omsorg er en stor sektor som må endre tankesett hvis vi skal klare å møte framtidens utfordringer med en bærekraftig tjeneste av god kvalitet. Endring av tankesett er svært krevende. Det finnes mange motkrefter, både i og utenfor fagmiljøet. En så sammensatt tverrfaglig virksomhet krever balansering av ulike interesser. Knapphet på ressurser kan skjerpe motsetninger og hindre nytenkning.

Riksrevisjonen (2011-2012) foretok i 2011 en undersøkelse om rehabiliteringsvirksomheten i helsesektoren. I intervjuene peker flere av kommunene på at rehabilitering er noe som foregår som en del av alle kommunens tjenester, og at det er viktig med felles forståelse både av hva rehabilitering er, og hva rehabilitering innebærer. Riksrevisjonen sier videre at forholdet mellom pleie og omsorg og rehabilitering er et utfordrende område. Etter min mening kan det samme sies om forholdet mellom behandling og rehabilitering.

Felles forståelse handler om språk og begrepsbruk, men tydelige definisjoner skaper i seg sjøl ingen felles forståelse. Det vil alltid være tolkningsmuligheter. Veien mot felles forståelse handler også om helhet og sammenheng, felles mål og konsekvensene av de valgene vi gjør i en budsjettprosess.

Etter min erfaring er det bred konsensus om begrepet rehabilitering slik det er definert i Stortingsmelding nr. 21 (1998-1999): «tidsavgrensa, planlagde prosessar med klare mål og verkemiddel, der fleire aktørar samarbeider om å gi nødvendig assistanse til brukaren sin

eigen innsats for å oppnå best mogeleg funksjons- og mestringsevne, sjølvstende og delta-king sosialt og i samfunnet.»

Begrepet er ikke entydig, og har vært diskutert både før og etter at denne definisjonen kom. Virksomhetsområder er sammensatt og mangfoldig, og vil alltid være det. Det er ikke alle som identifiserer seg med rehabiliteringsbegrepet sjøl om arbeidet deres kan passe inn under definisjonen for eksempel innen det spesialpedagogiske området. Nye begreper kan oppstå fordi det er behov for å nyansere et fenomen, eller fordi det kan være enklere å finne opp nye begreper enn å komme fram til felles forståelse av det gamle begrepet. Bruken av ordene «mestring», «hverdagsmestring» og «hverdagsrehabilitering» er eksempler på det.

Det er viktig å være seg bevisst at diskusjonene om begreper handler om mer enn felles forståelse av rehabilitering som fag. Det kan handle om rivalisering mellom tjenesteområder og profesjoner, definisjonsmakt og uenighet om prioriteringer og ressursfordeling.

Ulike meninger er en forutsetning for tverrfaglig samarbeid og for utviklingen, ikke en hindring. Aktørene har ulikt ståsted og perspektiv og belyser ulike elementer av ett og samme fenomen. Felles forståelse for oppgaven er viktig i enheter der man samarbeider tett over tid, men samtidig må vi samarbeide med andre som ikke har den samme forståelsen. Det viktigste er at målet er klart, og at bidragsyterne forplikter seg til felles mål.

Begrepene rehabilitering, mestring, hverdagsmestring eller hverdagsrehabilitering brukes noe forskjellig i dokumenter og

organisasjoner. Enhver organisasjon må bygge på kunnskap og muligheter som allerede finnes i organisasjonen. Kommunene har flere lovpålagte oppgaver, men står i dag fritt til å velge hvilke profesjoner som skal tilsettes for å utføre oppgavene bare man sørger for nødvendig kompetanse for å ivareta de oppgaver man er pålagt. Effektiv bruk av knappe ressurser handler også om riktig bruk av kompetanse. Kommunens ansvar for tekniske hjelpemidler kan for eksempel ivaretas de fleste helseprofesjoner, men det er ikke alle som gjør oppgaven like effektivt. Det samme kan sies om rehabilitering som lovpålagt oppgave.

KOMPETANSE OG KUNNSKAP

Et felles tankesett øker sjansen for å få til et helhetlig forløp der alle jobber mot felles mål. I tillegg må det være noen som har kunnskap og ferdigheter til å utføre rehabilitering som oppgave, og det krever kunnskap om tverrfaglig samarbeid. Kommunen har ansvar for mange ulike oppgaver, og alle kan ikke være like gode på alt. Et felles tankesett som bygger på forebygging og mestring, er ikke nok for å ivareta rehabilitering som oppgave. En slagrammet person har for eksempel behov for bistand fra flere aktører som er trent til å utføre rehabilitering som oppgave, særlig i starten på prosessen. Minimumskompetansen for å ivareta denne oppgaven er etter min mening tilgang på ergoterapeut, fysioterapeut, logoped, lege og sykepleier. På slutten av rehabiliteringsprosessen skal tiltakene integreres i hverdagsaktiviteten og kan assisteres av folk uten spesiell kompetanse.

Behovet for ny kunnskap gjelder både individnivå og system-

nivå, inkludert kunnskap om hva som er god ressursutnyttelse ved organisering av rehabilitering. Et godt eksempel på dette er studiene til Inger Johnsen (2012), som viser at personer som fikk tilbud om rehabilitering i eget døgnbasert kommunalt rehabiliteringssenter, økte funksjonsevnen med nesten det dobbelte i løpet av omtrent halvparten så lang tid sammenlignet med eldre som ble rehabilitert i korttidsplasser ved seks ulike sykehjem.

Utenfor institusjon er det ikke like lett å skille rehabilitering fra andre oppgaver, men for meg har det vært fruktbart å skille mellom hverdagsmestring (tankesettet) og hverdagsrehabilitering (oppgaven). Noen personer trenger rehabilitering, andre ikke. Tankesettet er viktig for å identifisere dem som har behov for rehabilitering, og for ivaretagelse av helse og mestringsevne gjennom hele tjenesteforløpet. Uansett hvilken oppgave som skal utføres, blir effekten størst når den utføres av fagfolk med nødvendig kompetanse. Når problemstillingen er sammensatt og en person ikke mestrer hverdagen tilfredsstillende, bør rehabilitering prøves i en tidsavgrenset periode før andre alternativer.

ERGOTERAPEUTENES ROLLE I FRAMTIDA

Ergoterapeutene bør ha en selvfølgelig plass i et tjenesteapparat som vektlegger forebygging og mestring av egen hverdag. Den framtidige rollen vår vil avhenge av samfunnets erfaringer med ergoterapitjenester, evnen til å samarbeide og til nytenkning. Nytenkning betinger evne til å løfte blikket og se sin tjeneste som en del av et større system.

I min arbeidshverdag registre-

rer jeg at flere og flere deler av tjenesteapparatet ser nytten av ergoterapeutenes kompetanse, både i hjemmetjenester, bofelleskap, aktivitetstilbud og forvaltningskontor (tildelingskontor), i tillegg til rehabiliteringstjenestene i og utenfor institusjon. Det jeg gjerne skulle sett mer av, er flere ergoterapeuter som viser interesse for innovasjon, ledelse (topplederstillinger), forskning og utviklingsarbeid på systemnivå, det vil si interesse for utvikling av tjenesteapparatet i årene som kommer.

Referanser

- Bredland, Linge, Vik (1996) 1.utg *Det handler om verdighet*
- Bredland, Linge, Vik (2011) 3.utg *Det handler om verdighet og deltakelse Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering 2008–2011*. Særtrykk av St.prp. nr. 1 (2007–2008) kapittel 9
- St.meld 21 (1998-1999) Ansvar og Mestring
- St.meld 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen
- Meld. St. 29 (2012-2013) *Morgendagens omsorg*
- Høyre og Fremskrittspartiet (2013) *Politisk plattform*
- Riksrevisjonens undersøkelse om rehabilitering innen helsetjenesten. Dokument 3:11 (2011–2012)
- Busch m fl (2009). *Modernisering av offentlig sektor*. Universitetsforlaget
- Ness, NE mf (2012): Hverdagsmestring og hverdagsrehabilitering. Rapport fra felles prosjekt «Hverdagsrehabilitering i Norge» med KS, Norsk Sykepleierforbund, Norsk Fysioterapeutforbund og Norsk Ergoterapeutforbund
- Kjellberg, P. sept. 2010: *Hverdagsrehabilitering i Fredericia Kommune*. 1. devaluering. Notat udarbejdet til Fredericia Kommune, Dansk Sundhedsinstitut