

PROSJEKT INNOVATIV REHABILITERING

Personen som eier av egen rehabiliteringsprosess



Levering fra arbeidsgruppen «Myndiggjøring av person»

22.01.18



Innholdsfortegnelse

Innholdsfortegnelse	1
Oppsummering.....	2
1.0 Mandat og organisering av arbeidsgruppen	3
1.1 Forankring	3
1.2 Bakgrunn for delprosjektet – Myndiggjøring av person - MAP.....	3
1.3 Mål for Myndiggjøring av person (MAP).....	4
1.4 Deltakere og bidragsyttere	4
1.5 Arbeidsprosessen	5
1.6 Definisjoner og avgrensninger	6
1.7 Om rapporten.....	6
2.0 Innledende avklaringer.....	7
2.1 Politiske signaler.....	7
2.2 Individuelle forløp	7
2.3 Paternalisme vs empowerment	7
2.4 Myndiggjøring som begrep	8
3.0 System, roller og relasjoner.....	9
3.1 Tilpasning av systemet	9
3.2 Kommunikasjon i likeverdige relasjoner	9
3.3 Tjenesteutøverens veilederrolle	10
3.4 Ingen av oss lever for seg selv (Nærpersoner)	11
3.5 Motivasjon og ansvar for egen rehabilitering	12
4.0 Mulige fremgangsmåter for å understøtte at personen skal eie egen rehabiliteringsprosess. 13	
4.1 Kommunikasjon og samskaping	13
4.2 Forpliktende avtale om individuell rehabilitering	14
4.3 Likepersonarbeid som ressurs.....	15
4.4 Teknologi for å underbygge samskaping og kommunikasjon	16
4.5 Organisering av rehabiliteringsforløpet	16
5.0 Arbeidsgruppens oppsummering og anbefalinger.....	18
5.1 Oppsummering.....	18
5.2 Arbeidsgruppens anbefalinger	19
6.0 Anvendt litteratur.....	20
Vedlegg – Utdrag fra - Prosjektplan Myndiggjøring av person	22

Oppsummering

Prosjekt Innovativ rehabilitering, som ble etablert i 2016, har utarbeidet en modell kalt samfunnsbasert rehabilitering. Den viktigste aktøren i denne modellen er personen som mottar rehabilitering. Dette brakte med seg perspektiver rundt rolleforståelse og myndiggjøring, som man så behov for å drøfte i fortsettelsen.

Delprosjekt for «myndiggjøring av person» ble satt i gang for å se nærmere på hvordan personer, som mottar rehabilitering, kan myndiggjøres. Hva vil en slik tilnærming bety i praksis og hvilke utfordringer avdekkes i møtet mellom den enkelte person og tjenesteutøver?

Arbeidsgruppen har bestått av et bredt spekter av fagprofesjoner, også fra andre virksomheter enn helse. Prosjektplanen for arbeidsgruppen er godkjent av styret for Helsehuset – Indre Østfold Medisinske Kompetansesenter IKS.

Møtene i arbeidsgruppen har blitt lagt opp som verksteder for refleksjon, der også eksterne kompetanse har deltatt. Gjennom samtalene i arbeidsgruppen ble det etter hvert tydelig at «myndiggjøring» var et lite egnet begrep. Ikke minst fordi det forutsatte at noen var umyndig før prosessen startet, og dertil at det forutsatte at noen skulle gjøre en person myndig. På den måten sto man i fare for å opprettholde en paternalistisk tankegang. I mangel av andre uttrykk valgte arbeidsgruppen å beskrive målet for tilnærmingen ved å omtale det som: «Personen skal eie sin egen rehabiliteringsprosess».

Arbeidsgruppen har ikke hatt til hensikt å utdype enkeltområder, men å utlede prinsipper og fremgangsmåter basert på tilgjengelig og presentert materiale. Den grunnleggende tilnærmingen tar utgangspunkt i at rehabiliteringsprosessen er et forløp som er bestemt av personen selv i samskaping med tjenesteytere og andre relevante aktører. Personen er sentrum for rehabiliteringsprosessen, og personen eier sin egen rehabiliteringsprosess.

På grunnlag av denne tilnærmingen gis en rekke anbefalinger som gjelder roller, kompetanse og motivasjon. Det presenteres ulike verktøy og ressurser som kan understøtte de ulike aktørenes deltakelse i prosessen. Det gis også tilråding om hvordan rehabiliteringstjenesten kan innrettes og organiseres, for å ivareta sitt ansvar for rehabilitering og sikre hensiktsmessig tilnærming til den enkelte person som er i rehabilitering.

1.0 Mandat og organisering av arbeidsgruppen

1.1 Forankring

Dette delprosjektet er forankret gjennom «Prosjektrapport, Forslag til handlingsplan 2017-2020», som ble vedtatt i styret (styringsgruppa) og presentert i eiermøte for Helsehuset i januar 2017.

Prosjektplanen for arbeidsgruppen er godkjent av styret for Helsehuset – Indre Østfold Medisinske Kompetansesenter IKS.

Denne prosjektrapporten oversendes til prosjektleder for Innovativ rehabilitering Indre Østfold.

1.2 Bakgrunn for delprosjektet – Myndiggjøring av person - MAP

Prosjekt Innovativ rehabilitering Indre Østfold er igangsatt for å utvikle og styrke det kommunale rehabiliteringsarbeidet i regionen. Prosjektet skal ha nasjonal overføringsverdi, og skal være i samsvar med gjeldende lover og forskrifter. «Veileder for habilitering, rehabilitering, individuell plan og koordinator» ligger også til grunn for utviklingsarbeidet.

Indre Østfold omfatter her 7 kommuner med til sammen ca. 50 000 innbyggere. Kommunene er eiere av Indre Østfold Medisinske Kompetansesenter IKS, også kalt Helsehuset, som er oppdragstaker for prosjektet. Prosjektmidler er gitt direkte over statsbudsjettet for 2016 og 2017, der Helsedirektoratet har oppfølgingsansvar.

Prosjektaktiviteten i 2016 kan sees på som et forprosjekt. Målsetting for denne fasen var å utarbeide en handlingsplan for 2017 til 2020. I tråd med denne planen har det i år blitt utarbeidet anbefalinger om senger for intensiv rehabilitering (SIR) og tverrfaglig vurderingsteam (TVT), herunder bruk av teknologi. Dette er pekt ut som viktige tjenester på regionalt nivå, for å styrke rehabiliteringen. Samtidig har forprosjektet vært tydelig på at pasientens rolle også må endre seg for å få en best mulig rehabiliteringsprosess. Dette er også i samsvar med politiske føringer om å skape pasientens helsetjeneste.

I handlingsplanen for 2017-2020 står brukermedvirkning sentralt i utforming av tjenestetilbudet: «Sammen med brukerorganisasjoner, kommunale elderåd og råd for mennesker med nedsatt funksjonsevne, vil prosjektet gi innhold til den «myndiggjorte personen». Myndiggjøring av personen er overordnet for hvordan tjenestene skal innrettes, og skal fremkomme av leveransen.»¹ Prosjektet har ønsket å arbeide videre med hvorledes personer, som mottar rehabilitering, kan myndiggjøres, og hvilke utfordringer en slik tilnærming avdekker i møtet mellom den enkelte person, tjenesteutøver og rammebetingelser for et rehabiliteringsforløp.

I modellen for samfunnsbasert rehabilitering, som forprosjektet utviklet, er ikke tjenestene eller aktørene de viktigste, men personen selv. I innledningen til rapporten fra 2016 peker forprosjektet på at det er behov for en dypere forståelse av dette: «Pasienten skal gå fra en passiv rolle i et behandlingssystem, til en aktiv og bestemmende rolle i egen rehabiliteringsprosess. ... Resultatet av en rehabilitering avhenger av hvilke mål personen har, og hvilken innsats vedkommende er villig til å yte, samt at fagmiljøet legger til rette for at dette kan skje på beste måte.»²

Konklusjonen fra forprosjektets arbeid med rehabiliteringsforløp var at personen, som skal gjennom en rehabiliteringsprosess, skal være sentrum for og i vesentlig grad styre sin egen

¹ Innovativ Rehabilitering Indre Østfold, Prosjektrapport, Forslag til Handlingsplan 2017-2020, Kap. 1.5, s. 20

² Innovativ Rehabilitering Indre Østfold, Prosjektrapport, Forslag til Handlingsplan 2017-2020, Kap. 1.1, s. 12

rehabiliteringsprosess. Selve konseptet ble omtalt som «myndiggjøring av person» i lys av en tradisjonell oversettelse av empowerment. Begrepet person ble valgt i stedet for pasient eller bruker, fordi daværende arbeidsgruppe opplevde pasient/bruker som lite dekkende for det vi konkluderte med i det prosjektet. Det henvises til rapporten fra forprosjektet for mer utfyllende om denne diskursen.

For å gi innhold til en slik tilnærming, og hva en slik tilnærming ville bety i praksis, ble det opprettet et delprosjekt, som skulle trekke denne debatten videre. Delprosjektet ble kalt MAP, som forkortelse for «Myndiggjøring Av Person». Arbeidsgruppen fikk i oppdrag å drøfte og svare på aktuelle problemstillinger. Utdrag av prosjektplanen er vedlagt prosjektrapporten.

1.3 Mål for Myndiggjøring av person (MAP)

1.3.1 Hovedmål

Det skal beskrives på system- og personnivå hva begrepet myndiggjøring betyr og hva det innebærer for organisering og gjennomføring av rehabilitering, der målet er at personen kan leve et selvstendig liv, slik personen selv definerer det, med sine utfordringer i sitt lokalsamfunn.

1.3.2 Delmål

- Det skal vurderes om det finnes spørsmålsstillinger og/eller språk/begreper/ord som er sentrale for å understøtte myndiggjøring i møtet mellom fagperson og person
- Det skal beskrives hvordan myndiggjøring bør komme til uttrykk i de ulike delene i rehabiliteringsforløpet
- Det skal tegnes et bilde av praktisk gjennomføring av myndiggjøring, der det legges vekt på gjennomførbarhet
- Det skal sees på mulige paralleller mellom CBR-modellen³ og prinsipper for myndiggjøring av person
- Det skal beskrives hvordan teknologiske løsninger og verktøy kan fremme myndiggjøring av person
- Det skal drøftes hvordan likepersonarbeid kan bidra til myndiggjøring

1.4 Deltakere og bidragsytere

1.4.1 Arbeidsgruppen for Myndiggjøring av person (MAP)

Det ble nedsatt en arbeidsgruppe bestående av ulike fagprofesjoner fra de sju kommunene som eier Helsehuset IØMK IKS, dertil representanter fra råd for eldre og personer med nedsatt funksjonsevne i de samme kommunene, samt at fagforening for ansatte i de samme kommunene er representert.

Arbeidsgruppen har hatt følgende sammensetning:

- Alf Stausland Johnsen, kommuneoverlege, Askim
- Anna Lovinda Røed Skaar, Råd for mennesker med nedsatt funksjonsevne og Eldreråd, Skiptvet
- Anne Jorunn Nilsen, hovedtillitsvalgt, Fagforbundet Indre
- Arne Lein, forbundsleder Norges Handikapforbund NHF, leder for arbeidsgruppen
- Dagmar Moseby, fysioterapeut, Askim
- Grete Syljuåsen, Råd for mennesker med nedsatt funksjonsevne, Trøgstad
- Irene Teigen Paulsen, prosjektmedarbeider, Helsehuset IØMK IKS
- Teddy Kjendlie, Råd for mennesker med nedsatt funksjonsevne, Eidsberg

³Community based rehabilitation, definert av WHO (World Health Organisation)

Leder av Tverrfaglig vurderingsteam (TVT), Carina Kolnes, har også deltatt på flere av møtene.

Følgende fagbakgrunner har vært representert i arbeidsgruppen: Ergoterapeut, ernæringsfysiolog, fysioterapeut, helsefagarbeider, lege, pedagog, student og teolog.

1.4.2 Eksterne ressurser

I løpet av arbeidsprosessen har følgende ressurspersoner deltatt:

- Hilde Eide, Professor, Vitensenteret Helse og Teknologi, Høgskolen Sørøst-Norge
- Kjell Dahl, Professor II, Høgskolen Innlandet
- Kristin Skeide Fuglerud, Førsteamanuensis II, Vitensenteret Helse og Teknologi, Høgskolen Sørøst-Norge
- Ole Petter Askheim, Professor Høgskolen Innlandet

Hilde Eide og Kristin Skeide Fuglerud er følgeforskere for prosjektet, og har deltatt på noen av arbeidsmøtene. Eide har i tillegg bidratt med eget fagseminar.

1.5 Arbeidsprosessen

Arbeidet startet opp i andre halvdel av august 2017 og ble avsluttet i siste halvdel av november måned. Arbeidsgruppen har gjennomført til sammen 8 møter.

Gruppeleder har vært godt hjulpet av en fra prosjektstaben som har sørget for alt det praktiske og ikke minst skrevet diskusjonsreferat fra møtene som har vært i arbeidsgruppen.

I forkant av arbeidsmøtene utarbeidet prosjektet et ressursdokument med oversikt over ulike rapporter, presentasjoner, seminarer, nettsider, kurs etc. som er relevant for teamet. Dette kunne deltakerne lese seg opp på. Vedlagt i ressursnotatet var også et notat med innspill fra referansegruppen for brukerrådene (eldreråd og råd for mennesker med nedsatt funksjonsevne). Gruppeleder møtte referansegruppen for å konferere før arbeidet startet opp, samt ved arbeidets avslutning, for å orientere om hovedkonklusjonene.

MAP-prosjektet arrangerte to fagseminarer. Det ene med professor Ole Petter Askheim som har arbeidet med empowerment. Det andre fagseminaret med professor Hilde Eide som har arbeidet med kommunikasjon i relasjoner. Til disse to fagseminarene inviterte prosjektet bredt ut til ulike miljøer i de sju eierkommunene. De som deltok på seminarene, var ansatte innenfor rehabiliteringsmiljø i kommunene, ansatte i prosjektet Innovativ rehabilitering Indre Østfold, representanter fra Eldreråd og Råd for personer med nedsatt funksjonsevne i de aktuelle kommunene, politikere og arbeidsgruppen i MAP prosjektet.

Etter seminarene hadde arbeidsgruppen MAP en egen samtale med foredragsholder, hvor det aktuelle temaet ble belyst ut fra oppdraget som arbeidsgruppen hadde fått. Disse samtalen varte i om lag to timer. I tillegg til dette hadde arbeidsgruppen i MAP et internt seminar med Professor II Kjell Dahl, som omhandlet organisering og ledelse.

Arbeidsgruppen hadde deretter tre møter hvor gruppeleder i forkant av hvert møte, hadde skrevet et diskusjonsnotat om de omtalte temaene, hvor informasjon og samtalen fra seminarene ble lagt til grunn, samt en del fagstoff som er gjennomgått av gruppeleder. Disse notatene ble diskutert og utdypet i arbeidsgruppen. På grunnlag av drøftingene i gruppa lagde gruppeleder et utkast til prosjektrapport som ble gjennomgått, revidert og godkjent arbeidsgruppen.

I august innledet Prosjekt Innovativ rehabilitering en pilotperiode for Tverrfaglig vurderingsteam (TVT). TVT jobber ambulant ut til personer og sikrer tidlig tverrfaglig funksjonsvurdering, koordinering og igangsetting av rehabiliteringstiltak. I tråd med forventningene fra prosjektet tok MAP kontakt med TVT, for å drøfte praktisk tilnærming til arbeidsgruppens idéer og refleksjoner. Dialogen foregikk ved at gruppeleder for MAP hadde møter med TVT, og teamleder fra TVT deltok i enkelte av møtene i MAP-gruppen.

1.6 Definisjoner og avgrensninger

Rehabilitering er definert av helsemyndighetene i Norge. Det er tiltak som settes i verk omkring en person for at denne etter sykdom/skade, så langt som mulig skal komme tilbake til det funksjonsnivået som vedkommende hadde før sykdom/skade skjedde. Prosessen er omtalt som tidsavgrenset med klare mål for den enkelte. Helsemyndighetene har nylig sendt på høring forslag til ny definisjon.

Målgruppen for tiltakene foreslått i Prosjekt Innovativ rehabilitering, er avgrenset til somatiske lidelser. Det betyr at psykiatri og rus ikke har vært i prosjektets tilnærming som primærdiagnoser. Likens har vi avgrenset oss fra habilitering da det er et annet fagområde enn rehabilitering.

Arbeidsgruppen har ikke sett på delmålet om mulige paralleller mellom CBR-modellen og prinsipper for myndiggjøring av person. I samråd med prosjektleder er dette arbeidet lagt til 2018, hvor dette vil få prioritet gjennom arbeid med ressursmobilisering i helhetlige forløp.

1.7 Om rapporten

Innledningsvis pekte arbeidsgruppen ut tre hovedområder som vi ønsket å utdype nærmere:

1. Hva empowerment betyr og hvilke strategier som er relevante i forhold til en slik tilnærming i rehabilitering
2. Kommunikasjon i relasjon mellom tjenesteapparat og personen som er i en rehabiliteringsprosess
3. Hvilken organisering og ledelse er nødvendig for at arbeidsgruppens anbefalinger skal kunne bli realisert?

Store deler av arbeidsgruppens diskusjoner og refleksjoner dreier seg om disse hovedområdene, i lys av delprosjektets målsettinger. Disse feltene belyses og kommer igjen flere steder i rapporten. Vi har imidlertid ikke hatt til hensikt å utdype enkeltområder, men å utlede prinsipper og fremgangsmåter basert på tilgjengelig og presentert materiale. Det er få henvisninger i selve teksten, men bakerst i dokumentet er det tatt med en utfyllende liste over anvendt litteratur.

Rapporten innledes med noen avklaringer som arbeidsgruppen legger til grunn for videre drøfting. Deretter tar vi for oss sentrale elementer som helsesystemet, kommunikasjon og ulike roller. Lenger ut i rapporten foreslås ulike strategier og fremgangsmåter for å realisere idéene. Avslutningsvis oppsummeres anbefalingene fra arbeidsgruppen.

2.0 Innledende avklaringer

2.1 Politiske signaler

I 2016 la Regjeringen fram Opptappingsplan for habilitering og rehabilitering. Denne er tydelig på at kommunene skal ta og få et større ansvar for helhetlig habilitering og rehabilitering i fremtiden. Et helhetlig rehabiliteringsforløp omfatter både spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. Dette innebærer at kommunen må sørge for å ha kompetanse til både å bestille, utføre og koordinere rehabiliteringstjenester langs hele tiltakskjeden.

En helhetlig tilnærming til rehabilitering omfatter mer enn helsetjenester; det må søkes samarbeid med andre virksomheter og etater som er viktige i et rehabiliteringsforløp. Personen som er gjennom et rehabiliteringsforløp, skal være sentrum i tråd med verdiene som omtales som brukermedvirkning og «pasientens helsetjeneste». Opptappingsplanen gir føringer til kommunene om å organisere og innrette sitt arbeid innenfor rehabilitering, slik at disse verdiene preger tjenesten.

Samtidig er det en erkjennelse at rehabiliteringstilbudet i mange kommuner har vært mangelfullt. For å kunne gi et godt og helhetlig rehabiliteringstilbud til innbyggerne i en kommune, er det avgjørende at det tenkes nytt. Dette stiller kommunene overfor utfordringer, både faglig og organisatorisk, ikke minst i lys av at personen skal være sentrum i sin egen rehabiliteringsprosess.

2.2 Individuelle forløp

Rehabiliteringsbehovene og rehabiliteringsinnsatsen vil være høyst individuelle og ganske forskjellige, avhengig av situasjonen til den enkelte person og årsaken til at en rehabiliteringsprosess er nødvendig og ønskelig å sette i gang. Det er knapt mulig å standardisere et rehabiliteringsforløp; det er individuelt med hensyn til omfang og innsats. Det vil være stor variasjon både med hensyn til hvilken fagkompetanse som inngår i prosessen, og hva og hvordan den enkelte person har mulighet til å være aktiv i egen prosess, ikke minst fra starten av.

Nettopp for å understreke dette individuelle perspektivet, er det viktig at vi omtaler rehabiliteringsprosessen som et forløp gjennom ulike trinn og nivå. Det er ikke å forvente at en person skal pålegges å ta ansvar for sin egen prosess om vedkommende knapt er i stand til å ivareta hverdagssituasjonen som vedkommende er i. Det er helt vesentlig at tjenesteytere fra første stund har som utgangspunkt at personen er sentrum, og bygger opp under at personen skal ta ansvar for sin egen rehabiliteringsprosess. Samtidig må vedkommende møtes på det nivået hvor vedkommende er og ut i fra den muligheten som personen reelt har til å styre og eie sin egen rehabiliteringsprosess.

2.3 Paternalisme vs empowerment

I arbeidsgruppen har det blitt påpekt at vi har en lang tradisjon for at helsesystemet har bestemt på pasientenes vegne. Medisinens legitimitet og vitenskapelige fundament gir en grunnleggende maktubalanse som gir konsekvenser for hvordan samtaler føres⁴. Ansatte i helsesystemene har gått inn i rollen som «de som vet best», hva som passer og er riktig for en person å gjøre (paternalisme⁵).

⁴ Professor Pål Gulbrandsen, Kan «hva er viktig for deg» overhodet realiseres i moderne sykehus, foredrag, 06.06.17

⁵ Paternalisme er en persons makt over en annen person som ikke kan forvalte seg selv, eller rettfærdiggjørelse av en slik praksis. Ordet betyr formynderi og kommer fra det latinske ordet pater som betyr «far». Innen medisinens verden betyr uttrykket at legen avgjør hva som er best for pasienten, Store norske leksikon.

På den andre siden har personers autoritetstro mot helsesystemer og personell som arbeider innenfor helsesystemene, også vært stor.

I en akutt fase av sykdom og funksjonsfall vil det i mange tilfeller være nødvendig at helsesystemet setter inn tiltak for å redde liv og redusere skadeomfanget hos pasienten. Her sees ingen grunn til å problematisere en asymmetrisk relasjon. I løpet av en behandlings- og rehabiliteringsprosess er det imidlertid viktig at denne relasjonen endres.

Manglende likevekt i forholdet mellom person og tjenesteutøver kan sees på som innlært og opprettholdt av tradisjon og kultur. Denne utfordringen omfatter både personens og tjenesteutøverens forventninger til seg selv og til hverandre. Vi mener at en god rehabiliteringsprosess bygger på jevnbyrdighet mellom personen selv og tjenesteyterne. Dette vil kreve at man tar inn over seg en ny rolleforståelse og at gamle mønstre avlæres.

Empowerment-tenkningen er på mange måter et oppgjør med denne paternalistiske tenkemåten. Empowerment er et begrep som er forsøkt oversatt med ulike begrep. I sak handler det om å overføre styrke til en person, og er derfor forsøkt oversatt med «styrking». Andre oversetter det med «myndiggjøring». Personen som det hele dreier seg om, skal bevege seg fra avmakt til makt.

Tre begreper som empowerment assosierer til er styrke, kraft og makt. Begrepet brukes i svært mange sammenhenger. I vår sammenheng betyr det at personen, som er i et rehabiliteringsforløp, skal ha en posisjon i prosessen som gir vedkommende styrke, kraft og makt til å kontrollere prosessen, og ta del i prosessen ut fra egne preferanser og tanker. Vi er ute etter arbeidsmetoder og perspektiver som understøtter dette.

2.4 Myndiggjøring som begrep

Gjennom samtaler i arbeidsgruppen ble det etter hvert tydelig at myndiggjøring var et lite egnet begrep. Ikke minst fordi det forutsatte at noen var umyndig før prosessen startet, og dertil at det forutsatte at noen skulle gjøre en person myndig. Vi stod i fare for at vi på denne måten opprettholdt en paternalistisk tankegang. På samme måte ble begrepet styrking vurdert, det var noen som skulle styrke en annen. Det ble i arbeidsgruppen stadig tydeligere at vi i realiteten snakket om en tilnærming som hadde klarere referanser til begreper som vi finner innenfor samskaping-/samvalgstradisjonen; at personen sammen med tjenesteutøvere skaper en ny dimensjon inn i og gjennom rehabiliteringsprosessen.

Vi fant ikke noe godt begrep som kunne erstatte myndiggjøring, men vi ville understreke at personen må ta aktivt del i - og eie sin egen rehabiliteringsprosess. Som eksempel beskriver Fagkonseptet for varig tilrettelagt arbeid⁶ myndiggjøring slik: «Attføringsbedriftene skal legge forholdene til rette slik at deltakernes integritet ivaretas og at vedkommende opplever seg selv som aktør i egen prosess». Uten eierskap og involvering fra personen selv, vil det være svært utfordrende å komme til et mål hvor personen får tilbake mest mulig av sin funksjon, og kunne ta aktivt del i samfunnet som enhver annen borger ut fra de forutsetninger som den enkelte har.

Vi vil derfor anbefale å ikke bruke myndiggjøring som begrep i det videre arbeidet. Vi velger heller ikke å oversette empowerment, men i stedet å beskrive målet for vår tilnærming ved rett og slett å omtale det som: «Personen skal eie sin egen rehabiliteringsprosess». På denne måten understrekes; personen skal eie sin egen rehabiliteringsprosess i samskaping med tjenesteutøvere som vedkommende møter i denne prosessen.

⁶ Utgitt av Arbeid og Inkludering, som er fagorganisasjon for attføringsbedriftene i NHO

3.0 System, roller og relasjoner

3.1 Tilpasning av systemet

Det ble i våre samtaler tydelig at vi måtte rette oppmerksomhet mot systemene; hvordan systemene eller tjenesteapparatet er innrettet og utfører sitt arbeid for å oppnå det resultatet som den enkelte person ønsker. Ut fra tradisjonen kan det være en fare at både personen og tjenestesystemet har fokus på det som er feil, vondt eller ulike diagnoser. I stedet vil vi at tjenestesystemet i større grad fokuserer på ressursene, drømmene og ønskene som personen har. For å oppnå dette er det viktig for oss å rette blikket mot hvordan tjenesteutøver, fra første stund og helt uavhengig av hvor personen befinner seg i forhold til å eie sin egen rehabiliteringsprosess, kommuniserer at det vedkommende skal inn i er personens egen prosess. Det skal ikke på noen måte fritta tjenesteutøver fra å involvere seg, men at man helt fra starten av er tydelig på hvor eierskapet ligger.

På samme måte hadde vi diskusjoner om hvilken kompetanse eller kunnskap som måtte overføres fra fagperson til person, men også fra person til fagperson. Kompetanse er et utfordrende og mangetydig begrep. Tradisjonelt kunne en tenke seg at en tjenesteutøver skulle overføre noe av sin kunnskap til personen. Det kan selvfølgelig være viktig og riktig i en enkelt prosess, men da uten at dette presenteres som noe personen skal tilpasse seg. Det er tjenestesystemet som skal tilpasse seg personen og bruke sin faglige kompetanse for å bidra til at personen når sine målsettinger. Dette kan føre til at personen får ny kunnskap om seg selv og sine muligheter, og orienterer seg etter de mål som vedkommende setter for seg selv.

Å kunne sette mål for sin egen rehabiliteringsprosess, forutsetter at personen har reelle valg og kan velge mellom disse. Personen må naturlig nok veiledes i forhold til mulige konsekvenser av de valg som tas, men vedkommende er selv ansvarlig for sine valg. Samtidig er det viktig å understreke at disse valgene må være realistiske. Det er ikke slik at en person kan bestille hva som helst av tjenestesystemet; det må ligge innenfor rammer som er tilgjengelig. På en annen side kan det være en fare at tjenesteyter vil påvirke personen til å ta hensyn til tjenestesystemets egne satsinger og prioriteringer når valg skal gjøres. Det er viktig at yrkesutøvere fra tjenestesystemet er seg bevisst denne muligheten og aktivt sørger for at det ikke skjer.

I en rehabiliteringsprosess vil personen møte ulike fagfolk. I arbeidsgruppen diskuterte vi betydningen av at den enkelte fagperson ga akt på og brukte sin profesjon i samarbeid med andre fagprofesjoner og personen som er i rehabilitering. Det er når fagpersonen er trygg i faget sitt at denne kan få til et godt samarbeid og bidra til «mer-viten»⁷ med andre fagpersoner som bidrar i den samme rehabiliteringsprosessen. Denne tryggheten er nødvendig for å bruke sin egen fagkompetanse sammen med andre, forstå og kunne omsette det som er viktig i lys av andre fagdisipliners informasjon omkring situasjonen, for å oppnå personens mål.

3.2 Kommunikasjon i likeverdige relasjoner

I rehabiliteringsprosesser er relasjoner og kommunikasjon viktig. I diskusjonen som vi hadde omkring dette temaet, ble det understreket fra flere hold hvor nødvendig det er at denne kommunikasjonen blir satt inn i og forstått i lys av relasjoner. Tidligere i denne rapporten har vi omtalt faren for paternalisme. Skal kommunikasjonen mellom personen og tjenestesystemet underbygge tanken om

⁷ Se kapittel 4.5.1 Oppgaven er sjefen, her forklares begrepet «mer-viten».

at personen eier sin egen rehabiliteringsprosess, måtte vi finne andre ord og begreper som understøtter en helt annen relasjon.

Som et nyttig eksempel hentet vi opp noen tanker fra den kommunikasjonsformen som kjennetegner kontakten mellom student og lærer. Forholdet mellom en lærer og en student kan kalles en veiledningsrelasjon. Denne relasjonen er under endring, noe som preger dialogen mellom dem i de ulike fasene. I starten av studiet er kanskje ikke relasjonen mellom student og lærer vesentlig forskjellig fra det vi som oftest møter i helsesystemet. Mot slutten av studiet ser bildet annerledes ut. Da har student og lærer en mer jevnbyrdig relasjon, fordi studenten har tilegnet seg kunnskap og en evne til å omsette lærdommen i praksis.

Vi ønsker å hente opp denne tankegangen. I møte mellom person og tjenesteutøver er det to personer, to subjekter, som møtes. De har hver sin kunnskap, og begge kunnskaper er like viktig og avgjørende for resultatet. Den ene er ekspert på et fag, den andre er ekspert på eget liv. Det er med andre ord to eksperter som møtes. Rollen mellom disse to ekspertene er forskjellig. Den ene eier prosessen som er tema for kommunikasjonen – personen i rehabiliteringen. Den andre har faglig kunnskap om prosessens innhold.

I veiledningsrelasjonen vil hovedpersonen kunne nyttiggjøre seg fagpersonens innsikt i hva som er mulig og hvilke tiltak som bør settes i verk. Personen har selv en oppgave i å veilede fagutøveren i hvordan igangsatte tiltak fungerer. Som en respons på dette kan fagutøveren veilede tilbake med andre løsninger eller nye tiltak. Når de møtes vil altså begge ha noe å gi, og begge vil ha noe å hente. Den ene søker muligheten for å få hjelp til egen prosess for å oppnå et godt resultat. Den andre er åpen for å kunne bli en bedre fagutøver.

Veiledningsfunksjonen understreker både eierskap, roller og gjensidighet. Kommunikasjonen mellom personen og tjenesteutøveren vil preges av at de står i et veiledningsforhold til hverandre. Ved hjelp av denne gjensidige veiledningen vil jevnbyrdigheten mellom to subjekter bli tydeliggjort. Vi mener en slik relasjon er nødvendig for en konstruktiv rehabiliteringsprosess.

3.3 Tjenesteutøverens veiledningsrolle

Veiledningsrollen stiller krav til ferdigheter og kompetanse som går ut over tradisjonelle profesjoner og yrkesfag. Veiledningen må justeres i forhold til hvor personen er i sitt rehabiliteringsforløp. Professor Hilde Eide omtaler dette i sin bok «Kommunikasjon i relasjoner»: *«En veileder skal være en ledsager på veien, en som går sammen med pasienten, og som hjelper pasienten til å se sin egen vei og sine egne mål klarere. Veilederen gir informasjon når det er trengs, råd når pasienten ønsker det, har et lyttende øre, kan gi instruksjoner når det er nødvendig, og fungerer som coach (trener) som stimulerer pasienten til å yte sitt beste. Men først og fremst er veilederen i en endringsprosess en profesjonell samtalepartner».*

Tradisjonelt snakkes det mye om hvordan en person kan medvirke i sitt eget rehabiliteringsforløp. Om vi bruker veiledningskategoriene vil vi samtidig snu rundt på dette medvirkningsbegrepet. For om det er personen som eier sin prosess og dette kommuniseres helt fra starten av, vil veilederen være den som medvirker i personens prosess, og rollene er byttet om.

I boken «Den vet best hvor skoen trykker» som Sidsel Tveiten har skrevet, utvikler hun disse tankene i møte med brukere av helsestasjonstjenester. Hun presenterer en modell som er modifisert fra Rinders og omtaler den som Empowermentmodell relatert til veiledning av brukere. Denne går over tre faser:

- Første fase: Fokus - Lytte til brukeren. Hensikt - Forstå brukerens egne tanker, meninger, erfaringer
- Andre fase: Fokus - Identifisere og prioritere behov, problemer og ressurser i samarbeid med brukeren. Hensikt - Engasjement i dialog og kritisk tenkning
- Tredje fase: Fokus - Identifisere problemløsning, handling og forandring. Hensikt - Delt og felles forståelse relatert til brukerens anliggende. Anvende kunnskap

Disse fasene beskriver godt hvorledes rehabiliteringsprosessen kan foregå. Det er dynamiske prosesser som utvikler seg over tid. Veilederens rolle er kanskje i den første perioden, en som er mest ute etter å lytte og forstå behov, samtidig som vedkommende tar noen beslutninger, mens en lengre ute i prosessen er en som «jobber med hendene på ryggen» og kun veileder vedkommende i hvordan handlinger utføres, og selv tar imot veiledning fra den som eier prosessen.

I arbeidsgruppens samtaler, ble det tydelig for oss at åpen dialog i den enkelte rehabiliteringsprosess var viktig. I manges rehabiliteringsprosesser er det ulike fagdisipliner som bidrar. Skal samskapingen og mer-viten bli benyttet inn i prosessen, er det avgjørende at det foregår en åpen og transparent dialog. Det er en forutsetning at slike dialoger skjer sammen med personen som eier sin rehabiliteringsprosess, og om personen selv ønsker det, at vedkommendes nærpersoner kan delta inn i slike dialoger. Disse dialogene kan også være med på å vurdere resultat, evaluere innsats, justere retning og være med å skape ny motivasjon for å fortsette rehabiliteringsprosessen på en formålstjenlig måte.

3.4 Ingen av oss lever for seg selv (Nærpersoner)

I løpet av prosessen så arbeidsgruppen behovet for å reflektere ytterligere omkring pårørendes rolle i forhold til kommunikasjonsprosessen og selve rehabiliteringsprosessen. Pårørende kan i denne sammenheng være ektefelle, samboer, barn og eventuelt deres familiemedlemmer, samt nære venner. Vi omtaler dem samlet som nærpersoner. Det er personen selv som bestemmer hvem som er nærpersoner.

Det er åpenbart at nærpersoner kan ha forventninger til resultat og involvering i en rehabiliteringsprosess. Når skade eller sykdom oppstår og det er behov for rehabilitering, vil nærpersoner vanligvis ha meninger om hva som skal skje og hvilke aktiviteter som skal foregå. Involvering av nærpersoner i planlegging og gjennomføring av prosessen, vil skape trygghet og forutsigbarhet. Nærpersoner er en del av helheten og vil således gå inn i den helhetlige rehabiliteringsprosessen på en naturlig måte, slik at relasjonene forblir på samme måte eller nær inn på samme måte, som det var før sykdom eller skade oppstod.

Forholdet mellom personen og dennes nærpersoner har gjerne blitt utviklet over lang tid. Samsillet og oppgavefordelingen dem imellom er vel etablert. Det er etter arbeidsgruppens mening viktig at slike etablerte relasjoner blir respektert. Det er viktig at personer gjennom en rehabiliteringsprosess gjeninntar sin tidligere rolle f.eks. i hjemmet.

Tjenesteapparatet må for øvrig sørge for at personens egne ønsker respekteres med hensyn til å involvere nærpersoner. Når det legges en plan for individuell rehabilitering, er det viktig at nærpersoner forstår målene som settes, og at de også understøtter disse og bidrar til at målene nås.

I Prosjekt Innovativ rehabilitering har Tverrfaglig vurderingsteam lagt til rette for involvering av nærpersoner i sin praksis. Både personen selv og nærpersonene har gitt gode tilbakemeldinger på at nærpersoner har deltatt i samtaler. Nærpersoner spiller en viktig rolle, ikke minst for personen, og kan være viktig for å opprettholde fokus og motivasjon. Det kan imidlertid ikke gjøres til noe krav at

nærpersoner skal delta i samtalene. På en annen side er det viktig for rehabiliteringsmålet at nærpersoner ikke overtar oppgaver fra personen eller fra tjenestesystemet.

3.5 Motivasjon og ansvar for egen rehabilitering

Når det settes i gang en rehabiliteringsprosess, er det som regel slik at personens rehabiliteringspotensiale utredes og vurderes. Vanligvis benyttes det ulike tester for å måle mulighet for bedring, og man vurderer hvilke tiltak som skal settes i gang for å oppnå ønsket resultat. Med utgangspunkt i oppdraget som er gitt delprosjektet, har vi diskutert om utredningen av rehabiliteringspotensialet også kan ha en annen innfallsvinkel.

Vårt utgangspunkt for rehabiliteringsprosessen er at det er personens prosess. Det er da grunnleggende at personen, som av en eller annen grunn har opplevd et funksjonsfall, blir klar over hvilke muligheter som er tilstede for å gjenvinne funksjon, samt at vedkommende kjenner til sine rettigheter og plikter som følger med en slik prosess. Ofte har kanskje rettigheter blitt tillagt vesentlig vekt. For arbeidsgruppen har det vært viktig at det også fokuseres på ansvar, selv om det ikke skal redusere personens rettigheter.

Det er nettopp samspillet mellom rettighet og plikt som er avgjørende når en person skal eie sin egen rehabiliteringsprosess. Og det er i skjæringspunktet mellom rettighet, mulighet og ansvar, at perspektivet omkring samskaping kan bli en viktig tilnærming. Dette forutsetter at samskaping mellom ekspertene i rehabiliteringsforløpet, blir et bærende perspektiv og tilnærming for rehabiliteringsarbeidet.

Gitt at vi legger til grunn at tjenesteutøvere får en veiledningsrolle overfor personen i rehabiliteringsprosessen, så vil et sentralt spørsmål være om personen er villig til å bli veiledet. Dette er likevel nok ikke det første som skal vurderes, jf. alle de forskjellige nivåene som personer kan befinne seg på i oppstarten av en rehabiliteringsprosess.

Når det settes inn rehabiliteringstiltak, blir det et annet sentralt spørsmål om vedkommende er motivert til å gå inn i en rehabiliteringsprosess som vil medføre aktiv egeninnsats fra personen selv. Hvis personen er motivert og er villig til å bli veiledet, så påvirker det rehabiliteringsprosessen positivt. Og på bakgrunn av dette starter arbeidet med en avtale om individuell rehabilitering i samarbeid og samskaping med personen.

Om en person på det aktuelle tidspunkt ikke er motivert for å bli veiledet, fritas selvfølgelig ikke tjenesteyter fra å arbeide med motivasjonen. Det er viktig at fagpersoner formidler de muligheter, teknologier, ressurser og potensiale som er tilstede for en person og hva denne kan oppnå. Det er ikke overraskende om en person som nylig har hatt et funksjonsfall, kun ser begrensninger og ikke muligheter. Derfor er motivasjonselementet viktig ved de første samtalene omkring en rehabiliteringsprosess, og tjenesteutøvere må ha plikt til å forsøke å motivere personen til å ta imot veiledning og gå inn i en aktiv rehabiliteringsprosess.

Om en person takker nei til å gå inn i en rehabiliteringsprosess, er det av stor betydning at personen blir informert om konsekvensene. Samtidig må det understrekes at personen kan oppsøke rehabiliteringstjenesten på nytt når motivasjonen er tilstede.

I arbeidsgruppen kom det frem ulike synspunkter på de ordninger som ble drøftet under dette temaet. Det ene var hvordan en slik tilnærming var i lys av rettigheter som personer har ifølge pasient- og brukerrettighetsloven, det andre om dette kunne være brudd på kommunens «sørge for» ansvar. Det er på den annen side ikke slik at personer som er umotivert for et rehabiliteringsforløp

står utenfor tilbud fra kommunen. Mange av personene vil ha behov for pleie- og omsorgstjenester og vil ha rett på dette. Arbeidsgruppen er av den oppfatning at personens egen motivasjon er avgjørende. Om ikke motivasjon er tilstede, kan kommunen risikere å sette i gang tiltak som kunne komme andre personer i kommunen bedre til nytte.

Hvilke følger en slik tilnærming vil ha for kommunenes prioriteringer og innsats på ulike områder, er ikke vurdert. For arbeidsgruppen har det vært viktig å understreke at personens motivasjon og ønske om veiledning er avgjørende. Dette for å underbygge at det som skjer innenfor rehabilitering er en aktiv innsats både fra tjenesteyternes side og fra personens side.

4.0 Mulige fremgangsmåter for å understøtte at personen skal eie sin egen rehabiliteringsprosess

4.1 Kommunikasjon og samskaping

Det er utviklet flere kommunikasjonsmetoder for nettopp å få fram personens egne tanker, drømmer og preferanser. Innenfor Hverdagsrehabilitering er spørsmålet «Hva er viktig for deg?» blitt lansert. Vi mener det i og for seg er et sentralt og viktig spørsmål. Mer avgjørende er imidlertid hvilke metoder som brukes for å være i dialog med personen. Motiverende intervju er én blant flere ulike metoder, kognitiv adferdsterapi er en annen.

Innenfor spesialisthelsetjenesten er det utviklet samvalgsrutiner for enkelte diagnoser (<https://helsenorge.no/samvalg>). Samvalg er både en kommunikasjonsform og en metode, og pasient- og pårørendeopplæring er en viktig forutsetning for samvalg. Personer må få kunnskap om egen helse og innsikt i behandlingsoalternativene for at de skal kunne medvirke i egen behandling, og ta beslutninger sammen med behandler.

Samvalg dreier seg om å velge mellom kjente alternativer, som oftest presentert fra fagmiljøene. Arbeidsgruppen forstår samskaping som en arbeidsmåte der personen og fagmiljøet sammen kan komme frem til alternativer og valg av løsninger for personens rehabiliteringsprosess.

Derfor anbefaler arbeidsgruppen å lage samskapingsrutiner innenfor rehabilitering, slik at vi på en tydelig måte sikrer at innholdet i samskapingsprosessen og valgene som blir gjort, kan dokumenteres. Det sentrale vil være å sikre at personens egne mål, drømmer og preferanser kommer tydelig fram samtidig som tiltak og handlinger, som settes inn for å oppnå personens mål, blir beskrevet, se punkt 4.2. En slik tilnærming vil være nødvendig og riktig bruk av tid.

Tilnærmingen vi anbefaler vil med nødvendighet gjøre noe med tjenesteyters forståelse av seg selv, og hvordan vedkommende presenterer seg overfor personen som skal starte opp sin rehabiliteringsprosess. Det vil nok være fremmed både for personen og for tjenesteyteren om vedkommende presenterer seg som *veileder*. På den annen side vil vi anta at det for personen i og for seg, er likegyldig om det er en fysioterapeut, ergoterapeut, sykepleier eller en annen yrkesprofesjon som kommer for å gjøre de(n) første samtalen(e) omkring oppstarten av en rehabiliteringsprosess.

Personen er opptatt av å realisere sine mål, og vi forutsetter at de som opptrer på vegne av rehabiliteringstjenesten i kommunen, opptrer i samsvar med de verdiene som styrer tjenesten. Hvilke yrkeskategorier personen møter senere i prosessen, er av større betydning ut fra det veiledningsbehovet vedkommende har. Arbeidsgruppen vil anbefale at tjenesteutøver presenterer

seg som en som kommer fra rehabiliteringstjenesten, med mål om å planlegge din rehabiliteringsprosess sammen med deg.

Det avgjørende ved de første møtene og de første kontaktene mellom rehabiliteringstjenesten og personen, er at det skapes trygghet og at det gis tydelige signal om at det er personens egen rehabiliteringsprosess. Tjenesteutøvere skal veilede personen fram til de målene som vedkommende setter for seg selv i samskaping med rehabiliteringstjenesten og eventuelt andre.

Vi ser det som viktig at tjenestepersoner som skal inn i personers rehabiliteringsprosess, har kunnskap om ulike kommunikasjonsmetoder og at man har nødvendig verktøy og rutiner for reelt å oppnå at personen eier sin egen rehabiliteringsprosess. Om ansatte i forkant av ansettelse ikke har slike kvalifikasjoner, må det sørges for at de tilegner seg denne kompetansen. Det må legges til rette for kompetanseheving innen dette feltet.

4.2 Forpliktende avtale om individuell rehabilitering

Tverrfaglig vurderingsteam bruker en Individuell rehabiliteringsplan (IRP) som et verktøy i pilotprosjektet. Denne inneholder mål som er konkrete og målbare. En IRP kan være starten på og en del av en individuell plan (IP), som er lovhjemlet, og som en person har krav på ved langvarige og koordinerte helse- og omsorgstjenester. I tillegg til å beskrive personens mål, kan en IRP både beskrive tjenesteyteres ansvar og personens ansvar. På denne måten vil en IRP kunne fungere som en avtale eller kontrakt mellom personen og rehabiliteringstjenesten. Denne vil være gjenstand for evaluering med jevne mellomrom, samtidig som måloppnåelse kan vurderes.

Arbeidsgruppen diskuterte om IRP burde omtales som en plan eller en avtale. Vår anbefaling er at det vurderes som en avtale mellom person og rehabiliteringstjenesten, og at navnet bør vise at det er en avtale. Et alternativ kan derfor være å kalle det «Avtale om individuell rehabilitering».

En annen diskusjon dreide seg om hvordan en slik avtale kan understøtte vedtaksprosessen og forenkle saksgangen. Med dette som bakgrunn kom arbeidsgruppen frem til at en slik avtale om individuell rehabilitering bør omfatte alle tiltak som er nødvendig for rehabiliteringsprosessen, også de som krever vedtak. I tillegg bør vedtaket fattes av dem som i denne fasen er nærmest personen, altså rehabiliteringstjenesten. På denne måten vil en gjennomarbeidet avtale kunne fungere avbyråkratiserende, samtidig som den fremstår som en gjensidig forpliktelse mellom personen og tjenestesystemet. For øvrig må personen ha mulighet til å klage på vedtaket, på lik linje med andre vedtak.

Dette forslaget vil kreve en nærmere vurdering i lys av de rammer som ligger i dagens lovverk; dette gjelder bestemmelser om både vedtaksmyndighet og koordinerende enhet. I dag er det tildelingskontoret (dette har forskjellig navn i kommunene) som gir vedtak om tjenester og det er koordinerende enhet som utarbeider personens IP. Vårt forslag reiser spørsmål om hvordan vedtaksmyndighet og koordinerende enhet best kan innrettes, for å kunne sette i gang tiltak som personen selv ser nytten av og som tjenesteutøver ser nødvendigheten av. Arbeidsgruppen anbefaler at dette tas opp i arbeidet med sammenslåing av kommuner i Indre Østfold.

Arbeidsgruppen mener det er avgjørende for alle at helhet og forutsigbarhet er tilstede, samtidig som behov og muligheter er kommunisert og forstått for alle parter som er involvert. Derfor vil det være viktig at personen selv er med på å skrive avtalens formuleringer, om ikke annet, nedfelle stikkord for avtalens innhold. Om skriveferdigheter er redusert, vil tjenesteutøver evt. nærperson

kunne føre personens ord inn i avtalen. Arbeidsgruppen ser på «Avtale om individuell rehabilitering» som et samskappingsverktøy i rehabiliteringsprosessen.

I den samskapingen som skjer, er det viktig at personen og rehabiliteringspersonale kan ha en åpen dialog om valgmulighetene som er tilstede og hvilke mulige konsekvenser de ulike valgene medfører. I denne prosessen vil det bli avklart hva personen skal bidra med, hva tjenestesystemet skal bidra med og hva eventuelle nærpersoner kan bidra med. I hvor stor grad andre enn tjenestesystemer som er direkte underlagt rehabiliteringstjenesten i kommunene kan inngå i en slik avtale, er avhengig av lovgrunnlag som slike enheter må forholde seg til.

Gjennom en slik avtale kan man formalisere eierskapet til egen rehabiliteringsprosess. En slik rutine er med på å underbygge samskaping i prosessen. Dette forutsetter imidlertid at en slik avtale ikke bare er oppramsing av mål, men et konkret og forpliktende dokument. Dette innebærer også at en slik avtale må danne grunnlag for ledelsesstrukturen omkring den enkelte persons rehabiliteringsprosess. Skal det lykkes, forutsetter det at disse verdiene gjennomsyres og preger hele organisasjonen slik at det blir helhetlig og verdibasert ledelse av rehabiliteringen.

4.3 Likepersonarbeid som ressurs

Ulike organisasjoner av og for funksjonshemmede, tilbyr likepersonarbeid. Personer kan få tilbud om samtale med en likeperson som selv har ervervet en sykdom eller skade og som har levd med det en stund. Vedkommende som tilbyr samtalen, skal ha bearbeidet sin egen erfaring og lært seg å leve med den på en tilfredsstillende måte. Funksjonshemmedes organisasjoner gir kurs til sine likemenn, men det er ingen standard opplæring; opplæringens innhold og lengde varierer fra organisasjon til organisasjon. I noen organisasjoner godkjennes likepersoner. Det ytes tilskudd til organisasjonenes likepersonarbeid gjennom BUFDIR.

Likepersonarbeidet som tilbys fra organisasjonene, er som oftest diagnoseavhengig. Ved enkelte sykehus er det etablert brukerkontor hvor representanter fra ulike organisasjoner bemanner kontoret, og kan formidle kontakt til relevant likeperson når noen tar kontakt. Ofte er brukerkontoret etablert i forbindelse med lærings- og mestringssenter ved helseforetaket. Andre steder, blant annet Sunnaas sykehus, har ansatt egne brukerkonsulenter som, så langt vi forstår, er tilstede på sykehuset for å gi motivasjon til innlagte pasienter.

Erfaringsoverføring fra en person til en annen person er viktig. At en person eier sin egen rehabiliteringsprosess kan kanskje virke skremmende på noen. Derfor vil det være nyttig at personer som har vært gjennom et slikt forløp, kan videreformidle noen av sine erfaringer til personer som skal gjennom en rehabiliteringsprosess. En slik erfaringsoverføring kan bidra til å skape trygghet og realisme i hva det betyr å eie sin egen rehabiliteringsprosess. Fokuset vil da primært ikke være på hvordan funksjonsnivået utvikler seg over tid, men på eierrollen, og hvordan den vil gi utslag på innsats, samhandling og kommunikasjon gjennom rehabiliteringsforløpet.

I arbeidsgruppen har vi så langt konkludert med at det vil være behov for erfaringsoverføring, for å gjøre det lettere for en person å ta eierskap til sin egen rehabiliteringsprosess. Et slikt likepersonarbeid, knyttet til rehabiliteringstjenesten, vil også bety mye for utvikling av lærings- og mestringstilbud. Dette bør kunne tilbys som en integrert del av rehabiliteringstjenesten, utviklet i tråd med de verdier som er nedfelt i denne rapporten. Skal man ha et utstrakt likepersonarbeid, anbefales det å lage en oversikt over personer som er villig til å dele av sine erfaringer omkring dette.

4.4 Teknologi for å underbygge samskaping og kommunikasjon

I løpet av de siste årene har teknologiske løsninger knyttet til rehabilitering fått stor oppmerksomhet. Vi har knapt fantasi til å forstå hvordan teknologien vil utvikle seg og være med på å underbygge mulighetene innenfor rehabilitering. Arbeidsgruppen mener det vil være formålstjenlig at prosjektet tar i bruk teknologiske løsninger som underbygger samskaping og kommunikasjon i det enkelte forløp. Teknologi kan på denne måten forsterke personens muligheter til å eie egen rehabiliteringsprosess.

Som eksempel kan avtalen om individuell rehabilitering gjøres elektronisk tilgjengelig. Når personen og rehabiliteringstjenesten til enhver tid har tilgang til avtalen, kan eventuelle merknader legges inn fortløpende etter som rehabiliteringsprosessen pågår. På denne måten vil det være mulighet for kontinuerlig dialog mellom person og tjenesteutøvere understøttet av teknologi. I tillegg til å opprettholde god og oversiktlig kommunikasjon mellom alle parter, vil det helt sikkert være mulig å knytte avtalens innhold opp til de handlinger som gjøres av personen og/eller tjenestesystemet.

4.5 Organisering av rehabiliteringsforløpet

4.5.1 Oppgaven er sjefen

Arbeidsgruppen har drøftet organisering og ledelse i lys av at personen skal eie sin egen rehabiliteringsprosess. I en rehabiliteringsprosess er det vanligvis mange fagprofesjoner, og samhandlingen mellom disse skaper mer viten enn om en enkelt fagprofesjon arbeider alene. Ulike fagområder har ulik faglig tilnærming, og vil se ulike sider og løsninger i et rehabiliteringsforløp. Kunnskapen de har felles kan kalles «mer-viten». I hvilken grad denne mer-viten kommer til anvendelse, er avhengig av hvordan de evner å samhandle. Det kom tydelig fram at en åpenbar forutsetning for å bruke denne mer-viten, var en felles forståelse av hva oppgaven bestod av. Det er med andre ord oppgaven som er sjefen, og som bestemmer hva som skal og kan gjøres.

Oppgaven er den enkeltes rehabiliteringsprosess, med alle de elementer en slik prosess inneholder. Det forutsetter at hele organisasjonen er innrettet på å løse denne oppgaven. Uansett hvor de ulike aktørene som er involvert, organisatorisk tilhører rent formelt, så må det være lojalitet til oppgaven som er avgjørende. Dette forutsetter at alle som er involvert i en konkret rehabiliteringsprosess, er lojale mot målene som er definert.

En slik tilnærming krever fokus på organisering og ledelse. Ikke bare ledelse av den enkelte prosess, men også ledelse og organisering av hele rehabiliteringstjenesten. Verdien med at den enkelte person er sentrum og rehabiliteringen som sjefen, må prege hele organisasjonen, og disse verdiene må være grunnleggende for arbeidet og helheten i organisasjonen og i den enkelte prosess.

Verdibasert ledelse har nettopp fokus på at hele organisasjonen er preget av de samme verdiene, helt fra øverste nivå i organisasjonen, gjennom eventuelle team-arbeid omkring en person, og til selvløselten som finner sted mellom en person og en tjenesteutøver. Det er avgjørende at de nevnte verdiene også er grunnlag for evalueringene som fra tid til annen må gjennomføres. Det bør etter arbeidsgruppens mening bli utarbeidet et evalueringsskjema som gir svar på om det praktiske arbeidet blir gjennomført i lys av disse verdiene.

Vår tilnærming forutsetter en helhetlig ledelse som baserer seg på verdiene som denne prosjektrapporten peker på. Det kan oppstå mange dilemmaer fordi mange er involvert og flere kommer fra ulike organisasjoner og enheter innenfor en kommune. Det er selvfølgelig nødvendig

med styring og kontroll, men administrative rutiner må ikke stå i veien for verdiene og målene som settes i personens rehabiliteringsplan.

Det er personen selv og fagmiljøet som best kan vurdere innhold og omfang av rehabiliteringsforløpet, og dette er en nødvendig del av at personen eier sin egen rehabiliteringsprosess. Vedtak som fattes må skje i samskaping med personen, mens det formelle vedtaket bør skje i rehabiliteringstjenesten. Arbeidsgruppen mener derfor at det bør legges opp til at vedtaksmyndigheten blir liggende i rehabiliteringstjenesten slik at forvaltningsmessige behov blir ivaretatt på en god og forsvarlig måte. Dette vil være med på å sikre personens sentrale rolle i rehabiliteringsprosessen.

4.5.2 Drøfting - Kan personen være sin egen koordinerende enhet?

I arbeidsgruppen «Helhetlig pasientforløp» i 2016, ble tanken om at personen kunne være sin egen koordinerende enhet løftet opp. Koordinerende enhet er en lovpålagt enhet i kommunen som skal bidra til å sikre helhetlige tilbud til pasienter og brukere med blant annet rehabilitering. De har også et overordnet ansvar for arbeid med individuell plan og for oppnevning av koordinator. I flere kommuner er tildeling av tjenester og koordinerende enhet en og samme etat, som har ansvar for å tildele og iverksette nødvendige ressurser i en rehabiliteringsprosess. Det er med andre ord en svært viktig rolle som krever at koordinator har myndighet og makt til å utløse nødvendige ressurser. Koordinerende enhet skal også være personens hovedkontakt inn mot kommunale systemer og slik være personens «advokat».

Tanken med å stille dette spørsmålet har vært at personen selv, i eget rehabiliteringsforløp, skal ha en rolle som er annerledes og som skal være noe mer enn det man hittil har fått til; en person som er bestemmende, som deltar sammen med et fagmiljø med kunnskap om seg selv, men som selv ikke er en del av organisasjonen.

Arbeidsgruppen har kommet fram til at idéen om at «personen kan være sin egen koordinerende enhet» nok ikke er realistisk eller ønskelig. Først og fremst fordi personen ikke har myndighet til å utløse ressursene som må til for en god rehabiliteringsprosess; dette må gjøres fra ansatte og ledere innenfor rehabiliteringstjenesten. For det andre ville en slik modell kunne medføre at tjenestesystemet som uansett har ressursansvaret, kunne blitt fraskrevet sitt ansvar for å levere avtalte tjenester.

Arbeidsgruppen vil i stedet anbefale at det skrives en individuell rehabiliteringsplan som fungerer som en avtale om individuell rehabilitering: En kontrakt mellom person og rehabiliteringstjenesten. Dette understreker betydningen av at oppgaven er sjefen som alle involverte lojalt må forholde seg til. Vi forutsetter at det som er sagt omkring utarbeidelsen av en slik avtale, følges opp slik at personens involvering i avtaleteksten blir ivaretatt på en god måte som beskrevet under punkt 4.2.

Selv om arbeidsgruppen ikke anbefaler at personen kan være egen koordinerende enhet, vil arbeidsgruppen understreke behovet for at én tjenesteutøver fra rehabiliteringstjenesten har ansvar og er kontaktperson, for å støtte opp under personen som eier sin egen rehabiliteringsprosess.

4.5.3 Organisering av rehabiliteringstjenesten

Arbeidsgruppen mener det vil være best at rehabilitering organiseres sammen med andre tjenester som arbeider med deltakerperspektivet og aktiv deltakelse i lokalsamfunnet. Rehabilitering som fag har en annen tilnærming til den enkelte person enn det som er tradisjon innenfor pleie- og omsorgstjenesten i en kommune. Arbeidsgruppen tror at nettopp den nære forbindelsen som har

vært mellom pleie- og omsorgstjenesten og rehabiliteringstjenesten i kommunene, har vært et hinder for å utvikle et helhetlig rehabiliteringstilbud.

Særlig i lys av Regjeringens signaler i Opptappingsplan for habilitering og rehabilitering, hvor det omtales tett samarbeid mellom kommunene og andre aktører både i og utenfor kommunen, vil det i framtiden være viktig at rehabilitering i kommunal regi finner sin egen faglige plattform. Det er nærliggende å se rehabilitering i nær forbindelse med folkehelsearbeidet, frisklivssentral og tilsvarende enheter i kommunene. For arbeidsgruppen er det viktig at organiseringen i kommunen også er med på å underbygge målsettingen om at det er personens rehabiliteringsprosess, og at målet er at personen skal gjenvinne funksjon og være en aktiv samfunnsborger.

I tillegg er selve arbeidsformen med personen, som eier av rehabiliteringsprosessen og aktiv part i denne, for mange et fremmedelement innenfor tradisjonene i pleie- og omsorgstjenestene i kommunen. Mange av personene som får veiledning fra rehabiliteringstjenesten vil, naturlig nok, også ha behov for tjenester fra hjemmebaserte tjenester og andre deler av det helse- og omsorgstjenesten tilbyr. Dette er imidlertid ikke mer spesielt enn at enhver innbygger i en kommune har behov for tjenester på kryss og tvers av ulike etater og enheter i en kommune. Vedtak og tiltak for den enkelte person må fremstå som helhetlige løsninger, og innbyggere i framtidens kommune skal ikke oppleve seg som kasteballer mellom ulike enheter i kommunen og/eller andre offentlige etater.

For noen personer vil det være likegyldig hvor vedtak er fattet, eller om ressursene til det som gjennomføres er finansiert fra det ene eller det andre budsjettet. For personen er det viktig at det som er avtalt skjer, at tilbudene har høy faglig og etisk standard, og at den enkelte person opplever helhet i eget liv som vedkommende selv må styre. Dette må også legges til grunn for organisering av tjenestene.

Rehabilitering handler om å veilede innbyggere som på grunn av sykdom og skade har mistet noen funksjoner, og bistå til at disse igjen lever aktive liv i samfunnet ut fra sine egne preferanser. Da må vi ikke fokusere på begrensninger, men fokusere på deltakelse og aktivitet med utgangspunkt i hvor det enkelte menneske er, dets preferanser og drømmer. Derfor må lokalsamfunnet legges til rette for at personer kan delta i lokalsamfunnets aktiviteter enten det er innenfor arbeidsliv, skole, kulturliv, fritidsarenaer og alle de andre sosiale arenaer som den enkelte av oss, ønsker å være en del av. Dette er et rehabiliterende lokalsamfunn.

5.0 Arbeidsgruppens oppsummering og anbefalinger

5.1 Oppsummering

Arbeidsgruppen er opptatt av at den tilnærmingen vi legger til grunn for rehabiliteringsprosessen, vil ha betydning for hvordan vi utøver og organiserer vår rehabiliteringstjeneste.

Prosessen som vi har vært gjennom, har hjulpet oss til en del avklaringer og forslag til løsninger. Flere av disse er fremdeles på overskriftsnivå og bør utprøves og om nødvendig justeres gjennom praksis og gjennom det pågående arbeidet i Prosjekt Innovativ rehabilitering i Indre Østfold.

Vi håper rapporten peker på verdier og metoder som kan være til nytte for å sørge for at den enkelte person er sentrum i egen rehabiliteringsprosess, og at den kan gi stimulans i forhold til organisering og ledelse av rehabiliteringsarbeidet i Indre Østfold, i tråd med det som er forventet vil skje ut fra

politiske signaler som er tydelige; at kommunene får et større og mer helhetlig ansvar for rehabilitering i tiden som kommer.

5.2 Arbeidsgruppens anbefalinger

- Personen skal eie sin egen rehabiliteringsprosess; all aktivitet må ha dette som utgangspunkt uansett hvor og på hvilket nivå den enkelte person er
- En rehabiliteringsprosess skapes av personer i en likeverdig og gjensidig avhengig relasjon
- Personen og fagpersonen er likeverdige individer med ulik kompetanse i rehabiliteringsprosessen. Både person og fagperson skal utveksle kompetanse og veilede hverandre
- Tjenesteutøver skal innrette sin veilederrolle etter de faser som eieren av prosessen går igjennom
- Rehabiliteringspotensialet er i stor grad avhengig av om en person er villig til å bli veiledet og er motivert. Denne avklaringen må derfor gjøres tidlig i prosessen
- Det bør benyttes og utvikles gode samskapingsverktøy og dialogverktøy
- Det bør benyttes teknologi som kan understøtte rehabiliteringsprosessen
- I rehabiliteringsprosesser foreslås det å benytte en avtale om individuell rehabilitering som skal være styrende for prosessen. Denne avtalen er å anse som en kontrakt mellom personen og rehabiliteringstjenesten, og legges til grunn for nødvendige vedtak
- Når det legges en plan for individuell rehabilitering, er det viktig at nærpå personer forstår målene som settes, og at de også understøtter disse
- Ansatte ved rehabiliteringsenheten skal ha eller få tilført, nødvendig kompetanse til å kunne arbeide med og stimulere de verdier som ligger i prinsippet om at det er personen som eier sin egen rehabiliteringsprosess
- Rehabiliteringstjenesten i Indre Østfold bør gjennom sitt lærings- og mestringsarbeid knytte til seg likepersoner som har vært gjennom en rehabiliteringsprosess og som kan være med på å skape trygghet og motivasjon for personer som er på vei inn i sin rehabiliteringsprosess
- Rehabiliteringstjenesten bør ledes og organiseres i tråd med verdiene om at personen eier sin egen rehabiliteringsprosess
- Rehabiliteringsenheten i Indre Østfold anbefales organisert på en måte som understøtter rehabilitering som eget fagområde i samarbeid med enheter som har samfunnsdeltakelse som målsetting

Arbeidsgruppen takker for oppdraget. Rapporten med sine drøftinger og anbefalinger overleveres Prosjekt Innovativ rehabilitering som et ressursdokument for videre utvikling av en styrket rehabilitering i Indre Østfold.

Askim, 22.01.18



Arne Lein
Gruppeleder

6.0 Anvendt litteratur

Arbeid og Inkludering: Varig tilrettelagt arbeid, fagkonsept 2016

Asdal, Kristin og Moser, Ingunn (red): Ekspertise og brukermakt, Unipub 2008

Askheim, Ole Petter og Starrin, Bengt (red): Empowerment i teori og praksis, Gyldendal 1. utgave, 4. opplag 2012

Askheim, Ole Petter: Empowerment i helse- og sosialfaglig arbeid, Gyldendal 1. utgave, 3. opplag 2016

Askheim, Ole Petter: Samproduksjon som velferdssektorens kinderegg, Universitetsforlaget, Tidsskrift for omsorgsforskningen 2016

Barth, Tom: Motiverende Intervju: hvorfor og hvordan benytte denne samtaleteknikken?

Busch, Tor: Verdibasert ledelse i offentlige profesjoner. Fagbokforlaget 2012

Dehli, Kari Anne et al: Prosjektrapport, Innovativ rehabilitering Indre Østfold, Helsehuset IØMK IKS 2017

Eide & Eide: Kommunikasjon i relasjoner, personorientering, samhandling, etikk, 3. utgave, Gyldendal 3. utgave, 1. opplag 2017

Ekeland, Tor- Johann og Heggen, Kåre (Red): Meistring og myndiggjering, reform eller retorikk? Gyldendal 1. utgave, 1. opplag 2007

Folkehelseinstituttet: Utvikling av ny brukerrolle i helse og omsorgstjenesten – en beskrivelse av suksessfaktorer, 2016

Forsberg, Erik og Starrin, Bengt: Frigörande Kraft - Empowerment som modell i skola, omsorg och Arbetsliv, Gothia 1997

Freire, Paulo: De undertryktes pedagogikk, Gyldendal, 2. utgave, 4. opplag 2005

Gulbrandsen, Pål: Styrking – det rette norske begrep for empowerment?, Tidsskriftet for Den Norske Legeforening, 2000

Haukelien, Heidi, Møller, Geir og Vike, Halvard: Brukermedvirkning i helse- og omsorgssektoren, Telemarksforskning 2011

Helsedirektoratet: Veileder til forskrift om rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator, 2010 med revideringer.

Helse og Omsorgsdepartementet: Opptappingsplan for habilitering og rehabilitering, særtrykk til Prop. 1 S (2016-2017)

Heløe, Leif Arne: Fra paternalisme til pasientrettigheter; Tidsskriftet for Den Norske Legeforening nr. 4 2012: 132: 434-6

Holm Stabel, Henriette: Borgerinddragelse giver en mere aktiv hverdag, Forskningsenheden regionshospitalet Neurocenter, <http://borgerrehab.dk/files/2012/10/borgerinddragelse-giver-en-mere-aktiv-hverdag.pdf>

Innst. 11 S (2016-2017), Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om bevilgninger på statsbudsjettet for 2017, kapitler under Helse- og omsorgsdepartementet (rammeområde 15)

Joosten, E.A.G. m fl: Systematic review of the effects of shared Decision- Making on patient satisfaction, Treatment Adherence and Health Status, Krager AG, Basel 2008

Myndiggjøring og medvirkning, prosjektbeskrivelse for videreføring av brukerforum i Stange og Hamar 2004-2006

Norenberg, Dorte Lybye og Haneborg, Ragnhild: Prosjekt HjemRehabilitering, Sandvika 2003

Nowelle Wiggins: Popular education for health promotion and community empowerment: a review of the literature, Health Promot Int. 2012 Sep;27(3):356-71. doi: 10.1093/heapro/dar046. Epub 2011 Aug 11

Petersen, Kirsten: Brugerinddragelse i rehabilitering. En kvalitativ undersøgelse af borgernes perspektiv, Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet, Aarhus Universitet 2015

Stride Geyti, Anna-Maj: Rehabilitering på borgernes præmisser. University College Lillebælt, 2010

Sunhed & Omsorg Esbjerg kommune: Model for koordination med borgeren i centrum, 2013

Sørensen, Marit m fl: Empowerment i helsefremmende arbeid, Tidsskriftet for Den Norske Legeforening nr. 24, 2002; 122

Tveiten, Sidsel: Den vet best hvor skoen trykker, om veiledning i empowerment prosessen, Fagbokforlaget, 3. utgave 2017

Videncenter for brugerinddragelse: Brugerinddragelse i det kommunale Sundhedsvæsen, København 2015

Walseth, Liv Tveit og Malterud, Kirsti: Salutogenese og empowerment i allmenmedisinsk perspektiv, i Tidsskrift for Den Norske Legeforening nr. 1 2004; 124:65-8

Vedlegg – Utdrag fra - Prosjektplan Myndiggjøring av person

Prosjektplan, delprosjekt 3, 190617

I. Bakgrunn

Prosjekt Innovativ rehabilitering Indre Østfold er igangsatt for å utvikle og styrke det kommunale rehabiliteringsarbeidet⁸ i regionen. Prosjektet skal ha nasjonal overføringsverdi. Indre Østfold omfatter her 7 kommuner med til sammen ca. 50 000 innbyggere. Kommunene er eiere av Indre Østfold Medisinske Kompetansesenter IKS, også kalt Helsehuset, som er oppdragstaker for prosjektet. Prosjektmidler er gitt direkte over statsbudsjettet for 2016 og 2017, der Helsedirektoratet har oppfølgingsansvar.

Prosjektaktiviteten i 2016 kan sees på som et forprosjekt. Målsetting for denne fasen har vært å utarbeide en plan for 2017 til 2020. Det har i perioden vært arbeidet langs tre hovedspor:

1. Helhetlig rehabiliteringsforløp
2. Rehabiliteringsenhet og ambulans rehabiliteringsteam
3. Teknologi i et rehabiliteringsforløp

Så langt i 2017 har det vært utarbeidet anbefalinger om senger for intensiv rehabilitering (SIR) og tverrfaglig vurderingsteam (TVT), herunder bruk av teknologi. Dette er pekt ut som viktige strukturer på regionalt nivå, for å styrke rehabiliteringen (Delprosjekt 1 og 2 har tatt for seg dette). Samtidig med at man har sett et behov for tjenesteutvikling, har forprosjektet vært tydelig på at pasientens rolle også må endre seg for å få en vellykket rehabiliteringsprosess.

I modellen for samfunnsbasert rehabilitering, som forprosjektet utviklet, er ikke tjenestene eller aktørene de viktigste, men personen selv. I innledningen til rapporten fra 2016 peker forprosjektet på at det er behov for en dypere forståelse av dette: *«Pasienten skal gå fra en passiv rolle i et behandlingssystem, til en aktiv og bestemmende rolle i egen rehabiliteringsprosess. ... Resultatet av en rehabilitering avhenger av hvilke mål personen har, og hvilken innsats vedkommende er villig til å yte, samt at fagmiljøet legger til rette for at dette kan skje på beste måte.»*⁹

For en del av dem som skal gå inn i et rehabiliteringsforløp, vil det kreve omstilling å sette seg mål og finne motivasjon for å nå dem. Delprosjektet skal arbeide med hvorledes personer som mottar rehabilitering kan myndiggjøres, og hvilke utfordringer en slik tilnærming avdekker i møtet mellom den enkelte person, tjenesteutøver og rammebetingelser for et rehabiliteringsforløp. Dertil i hvilken grad andre ressurser tilføres ved at personen selv tar ansvar i sin egen rehabiliteringsprosess.

Myndiggjøring av personen er overordnet for hvordan det skal arbeides i hele prosjektet, og hvordan teknologi skal innrettes gjennom prosjektet overfor den enkelte. Derfor er det nødvendig både med en teoretisk og praktisk tilnærming gjennom dette delprosjektet.

Delprosjektet er forankret gjennom «Prosjektrapport, Forslag til handlingsplan 2017-2020», som vedtatt i styringsgruppa og presentert i Eiermøte i januar 2017. Prosjektrapporten er sendt kommunene som orienteringssak i mars. Prosjektrapportene for SIR og TVT, som begge tar for seg myndiggjøring av person, er sendt kommunene på høring i mai. Myndiggjøring av person ble som tema belyst på Helsehusets fagdag i april i år.

⁸ Prosjektet omfatter ikke habilitering.

⁹ Innovativ Rehabilitering, Prosjektrapport, Forslag til Handlingsplan 2017-2020, Kap. 1.1, s. 12

II. Rammer og varighet

Delprosjektet vil gjennomføres i løpet av perioden juni - november 2017. Det etableres en arbeidsgruppe som vil ha om lag fem halvdagsmøter. I tillegg legges det opp til workshops eller temamøter som trekker veksler på ekstern kompetanse.

Prosjektet har i hovedsak to ulike fremgangsmåter:

1. Diskusjon og refleksjon med utgangspunkt i etablert kunnskap på feltet, hvor det forsøkes å danne en modell, som kan være et bidrag til videre forskning og undervisning omkring myndiggjøring.
2. Bidra inn i delprosjektene og rehabiliteringsforløpene som pågår – levere direkte inn til pågående delprosjekter TVT og SIR

Delprosjektet med myndiggjøring av person er tverrgående i forhold til de øvrige tiltakene som gjøres i prosjektet totalt sett, og vil søke å komme frem til metoder og strategier som kan brukes i forbindelse med forberedelser og etablering av TVT og SIR. I løpet av pilotperioden for tverrfaglig vurderingsteam (TVT) med oppstart september 2017, kan problemstillinger identifiseres og drøftes. Gjennom TVT kan tiltak prøves ut og gi utgangspunkt for videre forskning og kunnskapsinnhenting for MAP.

For prosjektet som helhet vil utvikling av helsesystemet være en pågående prosess gjennom hele perioden. Lokalsamfunnet er en viktig del av rehabiliteringen, både som innsats og som mål. Delprosjektet skal hente inspirasjon fra WHO's modell for community based rehabilitation (CBR)¹⁰ når myndiggjøring drøftes i lys av de ulike elementene som er vesentlige for å komme tilbake til og opprettholde et selvstendig liv.

Helt grunnleggende må det skapes eller arbeides fram en kunnskap om hva det vil si å være en myndiggjort person. I forarbeidet til prosjektplanen er det utarbeidet en oversikt¹¹ over referanser (rapporter, seminarer, møter, verktøy, etc.) som arbeidsgruppen bør kjenne til og benytte i sitt arbeid.

Dokumentasjon og metodebruk vil være av stor betydning for at resultatene skal ha nasjonal overføringsverdi. Både tjenestedesign (kommunikasjon mellom parter og for å vurdere organisering og ansvarsdeling mellom ulike parter i prosessen) og intervju av enkeltpersoner (som mottar tjenester fra rehabiliteringstjenesten for å finne frem til personens egne preferanser omkring det å ha myndighet over eget rehabiliteringsforløp og –resultat), vil være nyttige verktøy.

MAP vil samordnes med et mulig forprosjekt kalt «Teknologistøttet myndiggjøring av person» (TEMPO), hvor Helsehuset har søkt om midler hos forskningsrådet (Program – Forkommune). Dette er et samarbeid mellom Prosjekt Innovativ rehabilitering, Høgskolen i Sørøst-Norge, Sunnaas Sykehus, Oslo Med Tech og Norsk Regnesentral. Søknad er sendt med målsetting om å utvikle verktøy og teknologi som understøtter en effektiv rehabiliteringsprosess, med personen i sentrum og med vekt på myndiggjøring av person.

¹⁰ WHO, CBR Guidelines, Introductory booklet, http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44405/9/9789241548052_introduutory_eng.pdf

¹¹ Ressursdokument. Myndiggjøring av person. Aktuelle referanser. Juni 2017

III. Mål

Hovedmål

Det skal beskrives på system- og personnivå hva begrepet myndiggjøring betyr og hva det innebærer for organisering og gjennomføring av rehabilitering, der målet er at personen kan leve et selvstendig liv, slik personen selv definerer det, med sine utfordringer i sitt lokalsamfunn.

Delmål

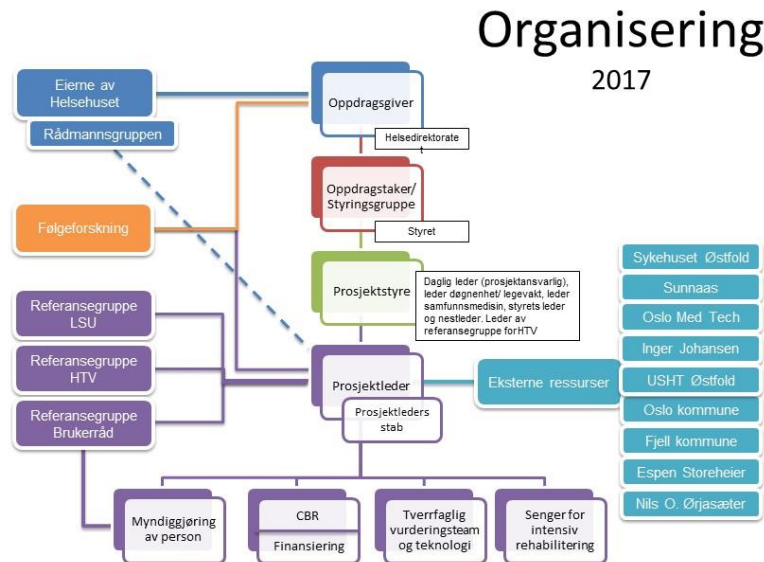
- Det skal vurderes om det finnes spørsmålsstillinger og/eller språk/begreper/ord som er sentrale for å understøtte myndiggjøring i møtet mellom fagperson og person
- Det skal beskrives hvordan myndiggjøring bør komme til uttrykk i de ulike delene i rehabiliteringsforløpet
- Det skal tegnes et bilde av praktisk gjennomføring av myndiggjøring, der det legges vekt på gjennomførbarhet
- Det skal sees på mulige paralleller mellom CBR-modellen og prinsipper for myndiggjøring av person
- Det skal beskrives hvordan teknologiske løsninger og verktøy kan fremme myndiggjøring av person
- Det skal drøftes hvordan likepersonsarbeid kan bidra til myndiggjøring

Effekt mål

- Personer som er i et rehabiliteringsforløp tar medansvar i egen rehabiliteringsprosess.
- Fagpersoner og aktører i rehabiliteringsforløpet legger til rette for myndiggjøring av personer i rehabiliteringsforløpet som en tilnærming og etablert arbeidsmetode.
- Personen selv og fagpersonene trekker inn og bruker lokalsamfunnet i rehabiliteringsprosessen.
- Teknologi brukes aktivt av personen som inngår i rehabiliteringsforløpet.
- Personen i rehabiliteringsforløpet har lett tilgang på kompetanse og verktøy, noe som understøtter selvstendighet etter rehabiliteringsforløpet.
- Likepersonsarbeid inngår som en viktig ressurs i rehabiliteringsforløpet. Personen selv vurderer å delta i dette etter endt rehabilitering.
- Personer som har vært gjennom et rehabiliteringsforløp tar ansvar for å opprettholde funksjon, mestring og deltakelse. Dette gir positive samfunnsøkonomiske ringvirkninger.

IV. Organisering

Prosjektet er organisert som et delprosjekt under «Innovativ rehabilitering Indre Østfold», slik organisasjonskartet viser:



Koordinering og medvirkning

Arbeidsgruppen for MAP rapporterer til prosjektleder m/stab. Delprosjektet vil ha en egen post på de ukentlige stabsmøtene. Prosjektleder sørger for koordinering av møteplasser og kobling mellom øvrige delprosjekter.

I forslag til handlingsplan for 2017-2020, er det beskrevet at brukermedvirkning er sentralt for utforming av tjenestene. Sammen med brukerorganisasjoner, kommunale elderråd og råd for mennesker med nedsatt funksjonsevne, vil prosjektet gi innhold til den «myndiggjorte personen».¹²

Referansegruppe for brukerrådene vil være en viktig arena for å diskutere delprosjektets funn og anbefalinger. Innspill fra referansegruppemøtet av 24. mai 2017 er tatt i betraktning i utarbeidelsen av prosjektplanen, og tas med i det videre arbeidet.

¹² Innovativ rehabilitering Indre Østfold, Prosjektrapport, Forslag til handlingsplan 2017-2020, Kap 1.5, s 20, 2017