

Kjersti Helene Haarr og Anne Katrine Folkman



DIAKONHJEMMET HØGSKOLE

RAPPORT 2013/1

Samhandling, folkehelse og frivillighet;

Nye former for engasjement og deltakelse innenfor helse- og omsorgssektoren?



Diakonhjemmet Høgskole

Denne rapporten er utgitt av

Diakonhjemmet Høgskole

Postboks 184, Vinderen

N-0319 Oslo

<http://www.diakonhjemmet.no>

Rapport 2013/1

ISBN: 978-82-8048-125-2

ISSN: 1891-2753

Elektronisk distribusjon:

Diakonhjemmet Høgskole

Omslag

Aud Gloppen, Blæst Design

Opphavsrettigheter

Forfatteren har opphavsrettighetene til rapporten.

Nedlasting for privat bruk er tillatt.

Mangfoldiggjøring, videresalg av deler eller hele rapporten er ikke tillatt uten avtale med forfatterne eller Kopinor.

Innholdsfortegnelse

Sammendrag.....	4
Innledning.....	6
Leserveiledning.....	6
Bakgrunn og problemområde.....	7
Hensikt og problemstillinger.....	8
Begrepsavklaringer.....	9
Teoretisk perspektivering.....	11
Kommunal organisering: Moderat kontra radikal innovasjon.....	11
Nye samhandlingsmåter og områder: Frivillig sektor.....	14
Hvordan forske på et felt i endring?.....	17
Metodisk tilnærming.....	18
Metode.....	19
Utvalg.....	20
Metodekritikk og mulige feilkilder.....	21
Forskningsetiske overveielser.....	22
Kommunene i undersøkelsen.....	23
Sandnes kommune.....	24
Stavanger kommune.....	25
Jærkommunene.....	26
Oppsummering om kommunene.....	26
Presentasjon av resultater.....	27
Strategi og organisering.....	27
Fokus i reformarbeidet.....	28
Brukerinvolvering.....	29
Kunnskapsproduksjon og forskning.....	31
Helsefremmede versus sykdomsforebyggende tilnærming.....	33
Folkehelse.....	33
Sykdomsforebygging.....	34
Friskliv.....	36
Rehabilitering – et felt for innovativt tverrfaglig samarbeid?.....	38

Sivilsamfunn.....	39
Roller og arenaer for samhandling.....	39
Frivillighetspolitikk.....	40
Oppsummering av intervju med kommunalt ansatte.....	41
Det frivillige feltet.....	44
Selvhjelp Norge.....	44
Lokal ildsjel - «Regional nettportal».....	45
Sandnes menighetsdiakon.....	46
Kirkens sosialtjeneste, Crux.....	47
Bypresten.....	49
Oppsummering av intervju med frivilligfeltet.....	50
Veien videre – forskningsaktivitet.....	52
Frivillighet.....	52
Folkehelse og friskliv.....	53
Lokalsamfunnsarbeid.....	55
Sykehjemmet i lokalmiljøet.....	56
Rehabilitering; ny organisering og bedre ressursutnyttelse?.....	57
Avsluttende betraktninger.....	59
Fra 5 til 25 %...hvordan?.....	59
Hvem skal samhandle?.....	59
Litteratur og nettressurser.....	61
Vedlegg.....	65
Vedlegg 1: Prosjektbeskrivelse/informasjon til informanter.....	65
Vedlegg 2: Intervjuguider.....	67

Sammendrag

Hvordan planlegger og utvikler kommunene nye former for engasjement og deltakelse innenfor helse- og omsorgssektoren, spesielt med tanke på samarbeid med frivillige lag og organisasjoner, brukere og nærpersoner? Det relativt omfattende reformarbeidet som er startet i 2012 innenfor det kommunale helse- og velferdsområdet, krever strategiske, organisatoriske og faglig endringer, hvor mange aktører er involvert. I denne undersøkelsen ønsker vi å finne mer utav *hvor kommunene er i prosessen, og hvilke problemstillinger de anser som påtrengende* i forhold til reformarbeidet. Vi har valgt å konsentrere oss om noen kommuner i Rogaland fylke, og har intervjuet administrativt personell, samt noen frivillige organisasjoner, med ønske om å belyse problemstillingene. Ut fra et begrenset materiale presenterer, analyserer, fortolker og drøfter vi et situasjonsbilde våren 2012.

Oppsummert kan vi si at kommunene innen levekårsområdet har opprettet flere faglige nybrottsprosjekt for å møte reformen. De kommunale administrasjonene satser på utvikling av både helsefremmende og forebyggende tiltak, men med relativt tradisjonelle prosjektmetodiske tilnærminger og i stor grad med kommunalt helsefaglig (medisinsk) tenkning i førersetet. Det satses stort på frisklivstilbud. Fremtidsrettede tjenester må imidlertid ifølge NOU 2011:11, romme både medisinske og sosiale dimensjoner, og det bør satses intensivt på tverrprofesjonell kunnskapsutvikling som setter sektoren i stand til å ekspandere raskt og effektivt. Selv om det er tilløp til løsninger på tvers av fag og avdelinger, ser og hører vi lite som likner på *brede medvirknings- eller involveringsprosesser (collaborative governance, trust based governance etc.)*, hverken blant faggruppene det angår, eller aktuelle mottakere av de nye tjenestene. Medvirkning fra aktuelle mottakere av tjenestene/brukere dekkes av enkeltpersoner – en representant, plassert høyt opp i prosjektorganiseringen. Faggruppene deltar samme sted med representant fra fagorganisasjonene. (Hverdags-)rehabilitering tenkes innført i alle kommuner i en variant av den danske Fredericia-modellen, uten det Fredericia kaller «borgerinvolveringsgruppe», som var en vesentlig forutsetning for det danske prosjektet.

Ingen av kommunene har utarbeidet en frivillighetspolitisk plattform, etter modell fra KS og Frivillighet Norge (KS og Frivillighet Norge, 2013). Det finnes flere virkningsfulle enkeltksemplere på samarbeidprosjekter mellom det kommunale og organiserte frivillige, blant annet i form av organisasjoners medvirkning i kultur og fritid, og innen helse- og omsorgstjenester. Det er systematikken og en overordnet politikk i samarbeidet vi etterlyser, med anvendelse av virkemidler som tilrettelegger for (økt) frivillighet. I følge *Innovasjon i omsorg* er det nettopp i mellomrommet mellom det offentlige og sivilsamfunnet de nye fellesskapsløsningene kan utvikles (NoU 11:2011,s. 17). *Sentrer for forskning på sivilsamfunn og frivillig sektor* (Institutt for samfunnsforskning og Rokkansenteret/UIB) peker også i sitt program på behov for kompetanse på feltet i skjæringspunktet mellom tredje sektor og det offentlige, og synliggjør blant annet betydningen av helsefremmede lokalsamfunnsarbeid, som vi tenker kommunene og frivilligfeltet kan nyttegjøre seg i større grad.

Tidligere har kommunehelsetjenesten i for liten grad vært åpen for systematisk oppfølging, og er nå pålagt å tilrettelegge for forskning (St. Meld. 47/NoU11:2011). De administrativt ansvarlige vi har snakket med virker til å være fullt klar over dette. Slik vi erfarer de nå, er de inviterende og åpne, men mangler likevel ressurser, både faglige og økonomisk. Mulige satsingsområder og eksempler på eventuell videre kunnskapsutvikling og forskningsaktivitet, presenteres derfor som forslag i siste del av rapporten.

Nøkkelord:

Samhandlingsreform, brukermedvirkning, folkehelse, frivillighet, lokalsamfunn, innovasjon

Innledning

Samhandling, rehabilitering og frivillighet; Nye former for engasjement og deltakelse innenfor helse- og omsorgssektoren har vært arbeidstittel på dette prosjektet. Underveis har det vist seg å bli mindre fokus på rehabilitering og mer på helsefremmende og forebyggende tanker og tiltak. En mer dekkende tittelen på den endelige rapporten vil derfor være *Samhandling, folkehelse og frivillighet*, som heller ikke utelater rehabilitering som fagfelt.

Som utdanningsinstitusjoner har vi krav på oss til å følge med i disse reformtider; *Ny melding om utdanninger til velferdstjenestene* (St.Meld.. 13, 2011-2012) krever at studenter skal lære sammen på tvers av utdanningene, og at fagmiljøene skal samarbeide om utdanningskvalitet og forskning, for å nevne noe. Diakonhjemmet Høgskole (DHS) utdanner ergoterapeuter og vernepleiere i Rogaland, som er godt kvalifisert til å jobbe innovativt, tverrfaglig og i etiske krevende relasjoner. Sammen med kommunene ønsker vi å støtte og utfordre slik at innbyggerne kan være en aktiv del av familie og lokalsamfunn så lenge som overhode mulig. Dermed ønsker vi å få nærmere innblikk i kommunens reformarbeid, med sikte på å kunne tilby utdanninger som imøtekommer de behov for profesjonell kompetanse reformarbeidet vil medføre.

Leserveiledning

Rapporten innledes med bakgrunn for problemområdet, og studiens hensikt og problemstillinger. Deretter følger et kapittel kalt teoretisk perspektivering; ment som en ramme om og en inngang til presentasjon av datamaterialet. Kapittelet inneholder både oppsummeringer basert på eget materiale, samt teori og forskning vi finner relevant for å belyse problemstillingene som reises.

Deretter gjør vi greie for våre metodiske valg og intervjupersonene/utvalget i undersøkelsen, inkludert en kort presentasjon av kommunene de representerer og deres folkehelseprofiler.

Presentasjon av resultatene er gjort i form av tematisering på tvers av intervjuene med de kommunalt ansatte, mens intervjupersonene fra frivillig-feltet er presentert og gjengitt enkeltvis.

Rapportens siste del tar sikte på å synliggjøre eksempler på forskningsbaserte tilnærminger til noen av de utfordringene vi belyser, siden vi som utdanningsinstitusjon er særlig opptatt av forskning og fagutvikling. Avslutningsvis tar vi et oppsummerende blikk på reformens ambisjoner om sterk vekst av frivillig engasjement knyttet til helse- og omsorgsfeltet, og trekker opp en rekke overordnede spørsmål vi sitter igjen med, knyttet til temaområder fra resultatdelen helt til slutt.

Bakgrunn og problemområde

Samhandlingsreformen er den største norske helsereformen på mange år. Et hovedfokus i reformen som startet i 2012, er å sikre pasienters og brukeres interesser og understreke deres eget ansvar. I tillegg vektlegges forsterket samarbeid mellom nivåene i helse- og omsorgstjenestene, samt gjennomgående fornye og forbedre kvaliteten (Helse- og omsorgsdepartementet 2000-2001 a).

Av tidligere reformarbeid kan nevnes fritt sykehusvalg, regionale helseforetak, innsatsstyrt finansiering og ventelistegarantien i sykehussektoren. Reformbegrepet er mangetydig og til dels uklart. Opprinnelig betyr reform «tilbakevending til sin opprinnelige form». Det har skjedd en forskyvning av begrepet fra gjenskapning til forbedring; et bevisst forsøk på å skape forandring i form av nødvendig forbedring (Bukve og Offerdal 2002).

Både reformbeskrivelsen i Samhandlingsreformen (St. meld. 47 2008-09) og beskrivelser i Innovasjon i omsorg (NoU 2011:11) peker på store fremtidsutfordringer med hensyn til demografiske endringer og økt etterspørsel etter velferdstjenester. Et historisk sett økende antall eldre og en høy andel personer som må leve lenge med helseplager, samt store krav fra befolkningen til pleie/omsorg og behandling, gjør nytenking og handling nødvendig.

Tre nye lovverk er samtidig iverksatt fra 1. januar 2012, og legger til grunn viktige forutsetning for prosessen: ny Folkehelselov styrker kommunenes ansvar for forebygging og helsefremmende arbeid i alle samfunnssektorer, og en ny felles lov for helse- og omsorgstjenesten i kommunene (Helse- og omsorgsdepartementet 2012 b).

Selv om Regjeringen har lagt frem er en melding til Stortinget, skal mye forhandles før reformen er klar (NRK.no 2012). Vi har bitt oss merke i to størrelser som tydeliggjøres allerede innledningsvis i NoU-2011:11, og som har gitt retning for denne undersøkelsen lokalt:

- Utvidet og forsterket engasjement fra brukeren selv, og økt involvering av pårørende og andre nærpersoner.
- Forslag om at 25 % av den samlede omsorgssektoren, fra eksisterende 5 %, bør organiseres og drives som ideell virksomhet. Begrep som samvirketiltak, partnerskapsavtaler og fellesskapsomsorg er nevnt, mens betydningen av disse ikke er utredet.

Kritikken mot Samhandlingsreformen har kommet både fra faglig hold og fra kommunene selv: endringene skjer for fort, de gode intensjonene i reformen drukner i for mye administrering og pengeflytting. Krav om stadig kortere liggetid og økt kompetanse i kommunene, gjør at det kan virke lettere å skrive ut pasienter før kommunen har det institusjonelle tilbud på plass. Psykisk helse og rusbehandling har vært et område av særlig bekymring, siden modellen om medfinansiering kun gjelder somatiske lidelser (Helsedirektoratet 2012).

Regjeringen, ved helseminister Strøm-Erichsen, håper likevel kommunene vil ha ambisjoner om å ta ut potensialet reformen legger opp til. Det innebærer aktivt og omfattende bruk av kunnskapen om kommunens egen befolkning, for å kunne gi et enda bedre folkehelse tilbud; forebygge mer og reparere mindre (Nr.no 2012).

Innovasjon i omsorg (NOU 2011:11) viser til St. Meld. 47, kalt «den første samhandlingsreformen», som dreier seg om å bruke ressursene bedre i omsorgstjenestene, mens «den andre samhandlingsreformen» (NOU 2011:11) handler om hvordan mobilisere mer ressurser inn i den økonomiske og sosiale verdiskapningen. Kommunale politikere og administrativt personell bes om å vurdere hvordan bedre utnytte sosiale og menneskelige ressurser i befolkningen og samfunn som helhet. Hvordan mobilisere «rommet» mellom det lovregulerte og profesjonaliserte kommunale ansvaret for tjenestene, og enkeltmennesker, familie, sosiale nettverk, frivillig organisering, sosialt entreprenørskap og nærsamfunn?

Hensikt og problemstillinger

Diakonhjemmet Høgskole utdanner faggrupper med kunnskap vi oppfatter svært egnet i den omstillingsprosessen kommunene pålegges nå og i fremtiden. Det gjelder spesifikt faglige utfordringer knyttet til helsefremmede, forebyggende og rehabiliterende virksomhet, samt metodisk tilnærming til sivilsamfunnet/det frivillige feltet. Profesjonene DHS utdanner til, vil blant annet kunne imøtekomme ferdigheter som kreves av den fremtidige helse- og sosialfaglige «nettverksarbeideren» (jmf NOU 2011:11). En hensikt for denne pilotstudien vil derfor være å komme med tentative innspill på dreininger i egne utdanninger og praksissamarbeid.

Videre i denne studien er det et formål å synliggjøre mulige fokusområder for nærmere forskningsaktivitet knyttet til reformarbeidet, i hovedsak på kommunalt nivå. Hvordan imøtekommer kommunen de føringene samhandlingsreformene legger på kommunal organisering og drift av helse- og omsorgssektoren? I den sammenheng er vi interessert i hvilke strategier de kommunale administrasjoner og frivillige organisasjoner velger for sitt endring- og utviklingsarbeid, og hvorvidt de fører til ønsket resultat. Samtidig lytter vi med interesse etter hvilke (hoved-)fokusområder som blir vektlagt.

På bakgrunn av den kunnskapen vi foreløpig har tilegnet oss, har vi formulert følgende problemstillinger for prosjektarbeidet vårt:

- Hvordan planlegger og utvikler kommunene nye former for engasjement og deltakelse innenfor helse- og omsorgssektoren blant brukere og nærpersoner?
- Hvilke former for koordinering og involvering av det sivile samfunnet; nærpersoner og lokalsamfunn, vurderes av helse- og omsorgsadministrasjon og profesjonene?

Begrepsavklaringer

I denne rapporten forholder vi oss til Frivillighet Norge sin (2012) forståelse av organisert frivillighet:

Frivilligheten er mangfoldig – men forenes gjennom bestemte trekk. En frivillig organisasjon er en sammenslutning av personer eller virksomheter som driver frivillig virke på ikke-fortjenestebasert og ikke-offentlig basis. Frivillig virke er virksomhet med ikke-kommersielt formål, som baserer en vesentlig del av sin virksomhet på gaver, kontingenter, innsamlede midler, eller frivillig innsats og tidsbruk. Sammenslutninger av personer eller virksomheter kan være frivillige lag, foreninger, stiftelser, nettverk eller paraplyorganisasjoner.

Mens familie, pårørende, slekt, (sosialt) nettverk, nærpersoner, venner, naboer, nærmiljø og sivilsamfunn og lokalsamfunn alle er betegnelser på den uorganiserte frivilligheten – betegnelser brukt blant annet i NoU 11:2011.

Brukermedvirkning defineres i Helse- og omsorgsdepartementets nasjonale strategi for habilitering og rehabilitering (2008 – 2011) som: *brukeres innflytelse på utformingen både av tjenestene til den enkelte og av tjenestetilbudet på systemnivå*. Brukermedvirkning beskrives i offentlige dokumenter både som et virkemiddel for å øke kvaliteten i tjenestene og en rett som følger av pasientrettighetsloven og sosialtjenesteloven.

Sykdomsforebyggende arbeid handler om å fjerne eller redusere risikofaktorer for sykdom, og har et overveiende patogent fokus (det som produserer sykdom). På gruppe- eller befolkningsnivå kan sykdomsforebygging drives gjennom helseopplysning og eller forebyggende tiltak, for eksempel vaksinasjon, fjerning av kreftfremkallende stoffer i miljøet eller tilsetning av vitaminer i maten (Mæland 2005).

Det kan hevdes at sykdomsforebyggende arbeid, spesielt helseopplysning, bidrar til å skyve ansvaret over på ofrene for et skadelig miljø eller en helsefiendtlig politikk (blame the victim, Mæland 2005:63). Den enkelte person anses å ha begrensede muligheter til å velge livsstil, særlig gjelder det for dem som har mindre utdanning og dårligere økonomi. Oppfordringer om å endre levevaner er å se bort fra de tilgrunnliggende sosiale ulikheter som er med på å skape dårlig helse. Fokuset på (endring av) livsstil og enkeltmenneskets atferd innebærer en ekspertstyrt tilnærming, og baseres dermed på medisinsk teknologi og behandling (Mæland 2005, Hauge og Mittelmark 2003).

Grensen mellom individ og samfunn er imidlertid uklare. Det viser seg vanskelig for helsetjenesten alene å snu uheldige utvikling med hensyn til livsstil og helse i befolkningen. En dreining i innsats og fokus kom utover på 1970-tallet frem mot Ottawa-charteret, hvor sterkere fokus på samfunnsendringer får bred støtte (Hauge og Mittelmark 2003).

Helsefremmede arbeid (health promotion) vokser da frem og kjennetegnes ved lokal samfunnsdeltakelse og maktfordeling (empowerment) som hovedstrategier for å styrke helsen

blant folk. En salutogen tilnærming (det som produserer helse) vektlegges. Helsefremmende arbeid må foregå på mange nivå og sektorer samtidig; både offentlig, privat og frivillig sektor bør involveres i brede medvirkningsprosesser (Amdam 2011)

Helse i sammenheng med health promotion forstås som en sosial verdi, som fremmes ved at folk engasjerer seg i sosiale prosesser, får økt selv-forståelse, som igjen gir større kontroll over egne liv. Samlet vil prosessen kunne redusere ulikhet i helse. Helse betraktes ikke som et mål i seg, men en ressurs i forhold til andre formål (WHO/Ottowa-charteret 2013). Kommunikasjon på tvers av faggrenser og befolkningsgrupper er nødvendig i det helsefremmende arbeidet, og profesjonene må vurdere å forlate ekspertrollen og gå inn i nye roller (Mæland 2005).

Kritikken mot helsefremmede arbeid handler bl.a. om at helsebegrepet er vidt og uklart, og at bak retorikken om «deltakerstyring» og «maktstyrking» handler det om å disiplinere befolkningen i retning av større konformitet og rasjonalitet (Mæland 2005).

Siden grensene ikke er skarpe og (sykdoms)forebyggende og helsefremmende innsats i praksis er komplementære og til dels overlappende, samles innsatsen gjerne i betegnelsen forebyggende helsearbeid. En kritikk vil da være at sykdomsfokus og ekspertvelde tilslører og forskyve det egentlige helsefremmende fokuset (Mæland 2005).

Folkehelsearbeid sies å være betegnelsen på "samfunnets totale innsats for å opprettholde, bedre og fremme folkehelsen" (Mæland 2005, s. 18). Informanter og andre kilder til denne rapporten, oppfatter vi bruker betegnelsen folkehelse langt på vei synonymt med helsefremming og forebygging – det vil si det forebyggende helsearbeidet.

I neste del har vi gjort noen valg av teoretiske og forskningsmessige perspektiveringer, for å gi en inngang til det totale bildet vi mener å se og høre av interesse for temaet *Samhandling, folkehelse og frivillighet; Nye former for engasjement og deltakelse innenfor helse- og omsorgssektoren*, i form av et kritisk teoretisk blikk på de pågående prosjekter og prosesser (Thagaard 2009). Sentrale føringer gitt i offentlige dokumenter (St.Meld nr. 47, NoU 11:2011), samt kommunale satsingsområder som fremkommer gjennom sakspapirer og intervjuene vi har gjort, utgjør grunnstammen i den videre tematiseringen som denne rapporten er bygd opp rundt:

- Kommunal strategisk tenking og organisering av reformarbeidet
- Helsefremmende versus sykdomsforebyggende tilnærming i folkehelsearbeid
- Mobilisering av sivilsamfunn inn mot helse- og omsorgssektoren

Teoretisk perspektivering

Kommunal organisering: Moderat kontra radikal innovasjon

Innovasjon i omsorg (NoU 2011:11) viser til at fokus på ledelse er avgjørende for å skape innovasjonskultur i offentlig sektor. Kommunale omsorgstjenester i Norge kjennetegnes av å ha store driftsenheter og svært få ledere, som i hovedsak må sikre og ivareta rene administrative og driftsmessige oppgaver. En annen utfordring i forhold til å tenke innovativt, er de strenge krav til økonomistyring og forvaltning kommunene pålegges. Inntektene kommunene disponerer er i hovedsak skatteinntekter, statlige overføringer av frie inntekter og øremerkede midler; midler som i stor grad er bundet opp gjennom statens styring av prioriterte politiske områder og satsinger (NoU 2011:11). Politisk styring og økonomiske begrensninger kan lett utgjøre bremsen for en viss risikovillighet, som er en forutsetning i innovativt arbeid (Digmann m.fl. 2012).

Omstilling og reformer er ikke et nytt fenomen i den norske statsforvaltningen, det er langt på vei en rutineaktivitet. I et komparativt perspektiv kan likevel Norge karakteriseres som en nølende reformator (Lie, 2010). Det ser imidlertid ut som det er større grad av reformvilje i forvaltningen nå enn tidligere. En av flere årsaker til dette er partiet Høyres styrkede rolle etter valget 2001, der nyliberale trekk i Høyre utfordrer mer tradisjonelle og verdikonservative holdninger i partiet. Arbeiderpartiet har på samme tid orientert seg mer i retning av Høyre i forvaltningspolitikken. Reformbildet i Norge er likevel ikke entydig i retning av mer radikale endringer som f.eks. New Public Management/NPM (Lie 2010).

Impulser til NPM-inspirerte reformer er kommet utenfra, bl.a. fra England og New Zealand. Som ledd i denne bevegelsen har offentlige myndigheter i mange land stilt (og stiller) krav om evaluering og dokumentasjon av effekt av offentlige innsatser (Foss Hanssen og Rieper 2009). Gjennom evaluering og effektmålinger kan det offentlige demonstrere sitt demokratiske sinnelag. Det er særlig fire forhold i modernisering av den offentlige sektor som preger endringene de siste to tiår: resultatorientering, evaluering, kvalitetsutvikling og profesjonalisering av velferdsstatens service.

Markeds- og management-idealet gir også grobunn for evidensbølgens utvikling (Foss Hanssen og Rieper 2009, s. 34) og preger i tillegg forståelsen av hva i prosessen det bør og kan forskes på – se også kapittel om forskning og utvikling, s. 51.

Strukturer har innvirkning på det som faktisk skjer i organisasjonen, fra organisering og ledelse til virksomhetenes samhandlingsmønster og tenkemåter (Lie, 2011, s. 27). Uten å påberope oss mye kunnskap om organisasjonsteori og styringssystemer, kjenner vi igjen virkemidler og arbeidsmetoder fra New Public Management/NPM – nytt offentlig styringssystem, brukt i sammenheng med utvikling og etablering av samhandlingsreformen; politikere ønsker seg fagutvikling, byråkratene og administrasjonen utreder, forbereder saker og legger frem for politikere, som i neste omgang vedtar. Det administrative leddet effektuerer i siste

instans vedtakene, også denne forholdsvis "top-down"-styrt. Den prøving, feiling og «eksperimentering» som arbeid med innovative løsninger krever, står i fare for å oppfattes som misbruk av kommunens økonomiske midler. Byråkratisk ledelses mål er sikker drift ved koordinert drift og selv skape fornyelse (NOU 2011:11). Inkrementalisme – «små stegs metodikk» benyttes isteden for, og delvis som et supplement til, klare målrettede planprosesser, der man velger å utvikle arbeidet på et fagfelt/politisk område gjennom endringer av det som har vært. I mange kommuner foregår blant annet budsjettarbeidet på denne måten. En tar utgangspunkt i forrige års budsjett, legger til en liste av ønsker som skal bidra til en forbedring og starter styrkingen av ønsker. Samtidig reduseres tjenestetilbudet i henhold til de økonomiske rammer (Kommunetorget.no 2012).

Faglig, «bottom-up»-innspill til prosjektgruppene i kommunene vi har snakket med, på ulike tematikk, blir til en viss grad tatt med fra utøvende tjenesteledd i form av representanter (fra fagorganisasjonene), sammen med representanter for brukere (fortrinnsvis fra brukerorganisasjoner). Selv om det er tilløp til løsninger på tvers av fag og avdelinger, ser og hører vi lite som likner på *brede involveringsprosesser*. Med dette mener vi involvering der de personer resultatet angår mest, er flest, og aktivt med gjennom hele prosessen med planlegging og implementering. Medvirkning dreier seg om alt fra «deltakelse og involvering i formelle demokratiske prosesser, der man har innflytelse på politiske beslutninger, til frivillig aktiviteter og prosjekter» (Ruud og Vestby 2011, s. 4).

Hvilke former for koordinering og involvering av det sivile samfunnet; nærpå personer og lokalsamfunn vurderes av helse- og omsorgsadministrasjon og profesjonene? Stavanger kommune, som nevner lokalsamfunnsarbeid som et interessant satsingsområde – noe vi kommer tilbake til. Her kan *Utviklingen av Søndre Nordstand* tjene som eksempel på et vellykket endringsarbeid, der ett av flere hovedfokus er folkehelse (Ruud og Vesby 2011). Deltakelse og medvirkning fra innbyggerne i bydelen er en del av Oslo Sør-satsingen, der hensikten med oppdraget var å få mer kunnskap om innbyggenes involvering og hva som skal til for at de engasjerer seg, samt bydelens metoder for å skape deltakelse og medvirkning.

En vellykket kombinasjon av neden-fra-opp og ovenfra-ned-organisering finner vi også i det store EU-prosjektet HEPRO gjennomført blant annet i Østfold fylke, hvor lekfolk og eksperter samarbeidet i en kompleks og dynamisk intervensjonsprosess, for å finne effektive måter å fremme helse og samtidig få oppmerksomhet fra de som trengte å engasjeres (Amdam, 2011). Mer om lokalsamfunnsarbeid s. 56.

Viktigheten av å få tilgang til ubrukte ressurser i grenselandet mellom kommune og sivilsamfunn understrekes av Hagen-utvalget, sammen med det å utfordre fagdisiplinære skiller (NoU 2011:22). I den sammenhengen registrerer vi med interesse at i alle kommunene er prosjektledelse og arbeidsgrupper overrepresentert av tradisjonell medisinsk-/helsefaglige tenkning. Sosial- og samfunnsfaglige perspektiv, samt innspill fra organisasjonsledere med bredere (uformelle og private) nettverk, er nesten fraværende, og i den grad de finnes, plassert "høyt oppe" i planleggingsprosjektene. I følge ny Helse- og omsorgstjenestelov (2011),

er det ikke tilstrekkelig med en rent helsefaglig eller medisinsk tilnærming, verken i helsefremming, forebygging eller rehabilitering. Kommunen skal sikre en helhetlig og sosialfaglig tilnærming til arbeidet.

Skal det utvikles gode innovasjonsprosjekter i helse-, velferds- og omsorgstjenestene, må kunnskap om innovasjonsledelse finnes i alle deler av kommunen. Vi stiller oss spørrende til hvordan dette forstås på kommunalt nivå. Begrepet innovasjon blir i svært liten grad brukt av informantene vi er i kontakt med. Det vi kaller *hverdagsinnovasjon* forekommer derimot i noen grad (se også s. 58). *Hverdagsinnovasjon* finner oftest sted i den offentlige sektors "personlige" møter med brukere eller innbyggere, og andre sektorer i samfunnet (Digmann m.fl. 2012) – eksempelvis de frivillige! Mye av hverdagsinnovasjonen kan se banal ut, men være vel så radikal i sine effekter som annen innovasjon eller radikale målsetninger bestemt av politisk og administrativt nivå. Typisk for hverdagsinnovasjon er at det har et lokalt preg, og har sitt utspring nedenfra i en organisasjon eller virksomhet (også i kraft av mellomledere), og brer seg vanligvis ikke som politikk, men som praksis.

I hovedsak har vi som tidligere nevnt, fått inntrykk av at prosjektledelsen i kommunene vi har snakket med, tenker relativt tradisjonelt organisatorisk og metodisk, gjennom videreføring og igangsetting av diagnoseredde tiltak og eventuelt holdningskampanjer knyttet til de målgruppene samhandlingsreformen peker på. Det gjøres også isolerte prosjektutprøvinger på ny teknologi/velferdsteknologi og organisering av deler av rehabiliteringstjenesten. NoU 2011:11 oppfordrer til å prøve ut nye løsninger på helt konkrete utfordringer i tjenesteytingen. Slik vi ser det, fordrer slik nytenkende og utprøvende virksomhet ledere som kan involvere brukere og underleverandører i radikale innovasjons- og utviklingsprosesser, som har evne til å involvere bredt og se løsninger på tvers av hele det kommunale tjenestespekteret.

Som sagt er det i følge *Innovasjon i omsorg* (NoU 2011, s. 17) i mellomrommet mellom det offentlige og sivilsamfunnet de nye fellesskapsløsninger kan utvikles. Fremtidsrettede tjenester må romme både medisinske og sosiale dimensjoner. De neste årene bør det satses intensivt på kunnskapsutvikling som setter sektoren i stand til å ekspandere raskt og effektivt, ifølge utredningen. Det gjelder alle ledd i organisasjonsutviklingen; organisering og ledelse, utvikling og ombygging av hensiktsmessige fysiske lokaler, effektive modeller for samhandling med pårørende og sivilsamfunn, så vel som utvikling av et bredt politiske aksepterte modeller for brukerbetaling og andre finansieringsløsninger.

NoU 2011:11 beskriver videre kommuneorganisasjonen som en kompleks tjenesteproducent som tradisjonelt har dekket brukernes behov ved i hovedsak å utnytte ressurser innenfor egen organisasjon. Fremtidens utfordringer skaper imidlertid behov for å bringe sammen nye grupper på tvers av organisatoriske skillelinjer og på tvers av skillet mellom offentlig sektor og sivilsamfunn. Vi stiller oss spørrende til hvilke former for involvering av det sivile samfunnet, nærpersoner og lokalsamfunn som vurderes både administrativt og profesjonelt.

Begrepet *samskapning* brukes som en videreføring av *samproduksjon*, kjernen er nye relasjoner mellom brukere, pårørende, ansatte i den berørte sektoren, eksperter og andre relevante aktører. Samskaptene tjenester er forskjellige fra tradisjonelle kommunale tjenester i forhold til utforming, innhold og strukturer og ressursallokering, da de skal adressere spesifikke behov hos enkeltindivider i lokalsamfunnet. Noe som krever interaksjon, deltakelse og felles problemløsning mellom brukere, pårørende og ansatte i førstelinjen og fra eksperter. Tverrfaglig samarbeid og nye måter å jobbe sammen med andre på, er en forutsetning for å få dette til. På dette området er det behov for kunnskapsutvikling, noe bl.a. Fredericiaprosjektet viser (Rehabilitering på borgernes premisser). Gjennom intervju og observasjon av borgeres og pårørendes hverdag, samt møter med fagpersoner i rehabilitering, har forskere sett på muligheter for å fremme pårørendesamarbeidet (Navne og Wiuff 2011).

Nye samhandlingsmåter og områder: Frivillig sektor

NoU 2011:11 viser til ulike nye former for samvirkeformer- og modeller. Gjennom intervjuer med kommune, valgt å konsentrere oss om føringene *Plattform for samspill og samarbeid mellom frivillig og kommunal sektor 2012-2013*, KS og Frivillighet Norge har utarbeidet. Et overordnet prinsipp i dette samspillet er å behandle frivillig sektor som en uavhengig og selvstendig samfunnssektor, plassert mellom næringsliv og det offentlige (NoU 2011:11).

Frivillighetsundersøkelse gjennomført av KS, november 2010 viser at av de 52 % av kommunene som svarte på undersøkelsen, mente et stort flertall at det vil være behov for tettere samarbeid med frivillig sektor i framtida. Undersøkelsen inneholder ikke spørsmål om pårørendesamarbeid, eller samarbeid med «nærpersoner», kun samarbeid med frivillige lag og organisasjoner. Det foregår allerede et relativt omfattende samarbeid mellom kommunen og frivillige organisasjoner innenfor kommunale tjenesteområder, mest innenfor kultur og fritid, med helse- og omsorg på en god andreplass. Kun 20 % av kommunene hadde i 2010 utviklet frivillighetspolitikk, mens halvparten derimot hadde utviklet konkrete samarbeidsavtaler/partnerskapsavtaler med frivillige organisasjoner. Et absolutt flertall av avtalene innebar en økonomisk forpliktelse for kommunene (KS 2010).

St. Meld. 39 (2006-2007) "Frivillighet for alle", tar for seg ulike områder hvor frivillig innsats spiller en betydelig rolle for samfunnet, men peker på følgende (kap.26.6. s. 198):

Det er en mangel på samlet frivillighetspolitikk i kommunene, og også manglende forståelse for hvilken rolle frivillige virksomheter kan og bør spille i kommunene.

Statsminister Jens Stoltenberg, følger opp meldingen og har tro på at det kan skje endringer. Mars 2010 skrev statsministeren i en kronikk i Dagens Næringsliv:

Utgangspunktet vårt må være å plassere verdien av frivillighet sentralt i forståelsen av det sivile samfunn. Jeg mener at det er her – i dette mellomrommet mellom det offentlige og det private - mye av det mest spennende vil skje i samfunnet vårt i årene som kommer – i form av fornyelse, oppfinnsomhet og utvikling av nye bånd mellom mennesker.

KS har også laget en veileder for utvikling av lokal frivillighetspolitikk. Denne er en oppfølger av Landstingets vedtak fra 2004: *Det må utformes en politikk overfor de frivillige virksomhetene fra kommunenes side som gir dem større forutsigbarhet og bedre vilkår.* Foruten oppfordring om å lage partnerskapsavtaler, foreslår samarbeidsplattformen etablering av lokal frivillighetspolitikk, med virkemidler som tilrettelegger for frivilligheten. Eksempler på dette kan være økonomisk støtte, infrastruktur/lokaler/møteplasser, kontakt- og informasjonsmuligheter innad i kommunen. Videre er oppfordring til kommunene å etablere en arena for kontinuerlig dialog med frivillig sektor, for eksempel et frivillighetsforum/frivillighetsråd, der alle frivillige organisasjoner i kommunen inviteres til å delta (KS & Frivillighet Norge 2012). Viser til erfaringer på dette fra prosjektet «Fra pilot til skvadron» en evaluering av Byer i Midt Norge (Elvegård m.fl. 2012).

Det finnes helt klart virkningsfulle og prisverdige samarbeidsprosjekter med det frivillige i kommunene vi har snakket med, for eksempel etaten for Park og Vei i Stavanger kommune sitt samarbeid med Turistforeningen, gjennom turer i nærområdet. Prosjektet er kalt "52 hverdagsturer", hvor det hver uke i 2012 skal åpnes en ny, lokal merket turløype. Det er mer systematikken og en overordnet politikk i samarbeidet med tredje sektor vi etterlyser.

Politikere i Stavanger spør etter en ny stilling til en frivillighetskoordinator, og opprettelse av to nye frivilligsentraler innen 2014. Etablering av frivillighetsråd for sykehjemmene, og det å lage en katalog med oversikt over frivillige lag og organisasjoner innen levekårsområdet tilgjengelig for innbyggerne, er andre politiske ønsker.

Det finnes eksempler på gode samarbeid og forbedringer i form av *hverdagsinnovasjon* (se også s 13). Ved Øyane sykehjem i Stavanger kommune, legger de profesjonelle godt til rette for frivillig engasjement som representerer en betydelig ressurs. Driften er til etterfølgelse, og vi stiller oss spørrende til hvorfor ikke flere sykehjem i Stavanger og andre kommuner organiseres etter samme modell. Nærmere om Øyane sykehjem på side 57.

I rådmannens sak «Sunn i Sandnes» til bystyret (19.6.2012) ønsker en å prioritere de seks temaene som beskriver i «Nasjonale forventninger til regional og kommunal planlegging.» Rådmann har utarbeidet et program for Sandnes som «Sunn By», med en rekke tiltak som fremmer helse, trivsel og et godt miljø for alle i byen. Saken inneholder imidlertid *ikke* forslag til en frivillighetspolitisk plattform, i tråd med KS og Frivillighet Norges anbefalinger (Sandnes kommune arkivsak 201201115). Til gjengjeld foreslås en offensiv satsing på forhold og muligheter som fremmer sunne livsstiler for alle, i henhold til tradisjonell sykdomsforebyggende virksomhet, der målsettingen er å forhindre, eventuelt utsette sykdomsforløp (Mæland 2005). Følgende satsingsområder tjener som eksempler på dette: Forebygge livsstilssykdommer – Intensivere satsingen og styrke lokale partnerskap for å takle epidemien av livsstilssykdommer og kroniske sykdommer gjennom innbyggerbaserte tiltak relatert til de faktorene som fremmer slike sykdommer. Lokale helsetjenester – Styrke primærhelsetjenesten for å forebygge, kontrollere og behandle hjerte- og karsykdommer, kreft, luftveissyk-

dommer og alkoholrelaterte sykdommer. Tobakkfrie byer – Implementere og forsterke bydekkende politikk for røykfrie arbeidsplasser og offentlige rom (Sandnes kommune 2012). Sandnes kommune er i tillegg opptatt av helsefremmede tiltak (Mæland 2005), i form av tilbud basert på aspekter ved helse som: kontroll og mestring, sosial rolleoppfyllelse og fungering, personlig vekst og velvære i form av ulike aktivitetstilbud: «Aktivitet for helse» (Sandnes kommune arkivsak 201201115).

Mer helhetlig tenking omkring helsefremming og oppvekst, for å oppnå mestring og trivsel, bør være et fokusområde, hevder politiker i Klepp kommune (Stavanger Aftenblad 19.1.2012). I stedet for å satse på resultater, bør en i større grad tenke trivsel. Denne politikeren foreslår en ordning hvor kommunen ansetter tilsynsvakter, og åpner skolene for kurs, kulturaktiviteter og sosiale trygge møteplasser. Kommunen har allerede et lavterskeltilbud, en møteplass for alle på tvers av generasjoner og kulturer i hjertet av kommunen, noe hun mener er gull verd med tanke på forebygging. Dette er i tråd med det man innenfor folkehelseforskning kaller «healthy settings» (WHO 2013). En tilnærming til helsefremmede tiltak som involverer holistiske og tverrfaglige metoder som integrerer handling på tvers av risikofaktorer. «Healthy Cities», initiert av WHO in 1986, er et vellykket eksempel på en slik setting:

“A healthy city is one that is continually creating and improving those physical and social environments and expanding those community resources which enable people to mutually support each other in performing all the functions of life and developing to their maximum potential.” (WHO 2013)

Helsefremmende lokalsamfunn, hvor man ønsker å styrke kollektiv empowerment (community empowerment) innebærer at et bredt utvalg deltakere er involvert i beslutninger som angår deres lokalsamfunn og helse, gjennom kommunikativ planlegging (*communicative planning*) (Amdam 2011). Ulikheter blant annet i form av alder, kjønn, sosiale, kulturelle og etniske variasjoner vil gjøre at dersom målene og initiativene er definert av dem det gjelder, øker sjansen for å lykkes i det helsefremmende arbeidet. Å skaffe til veie lokalbefolkningens egne forslag, vil derfor øke sjansen for treffsikkerhet, samt ansvarliggjøre og engasjere de det angår mest (Sletteland og Donovan 2012, s. 180).

Kommunen har ulike utfordringer i reformarbeidet, og mulighetene er mange. Den ene kommunens reformarbeid vil derfor ikke være den andres lik. NOU 2011:11 peker på den felles kommunal utfordring i forhold til å tenke innovativt. Kommunesektoren ser her behov for arenaer for utveksling av erfaringer. Arendalskonferansen er ett eksempel på en slik arena, med hensikt å bidra til innovasjon i kommunesektoren ved kompetansedeling for offensive kommuner, bygget på et strategisk samarbeid mellom lokale og nasjonale aktører.

Erfaringsutveksling i en paneldebatt ved Arendalskonferanse 2012, tok eksempelvis utgangspunkt i problemstillingene: Hvilke spilleregler og forutsetninger må være på plass for at et samarbeid skal kunne fungere mellom det kommunale og det frivillige? Hva er utfordring-

en ved et samarbeid for ideelle organisasjoner, sett innenfra? Flere ulike svar ble antydnet, som det å kunne inngå forskjellige typer samarbeidsavtaler, der frivillige involveres tidlig i planprosesser. Tydelige grenseoppganger mellom frivillige og kommunale ansvarsområder, og avklaring av roller, er et annet moment. Avklaring av hvem i kommunen som skal ta seg av å forhandle med frivillige organisasjoner, er viktig. Frivillig innsats bør ikke nødvendigvis være gratis, men fungere som et supplement til kommunal virksomhet.

Arbeidsmarkedsdirektøren i Randers kommune, Danmark, uttalte seg også i Arendal. Han oppfordrer til å tenke nytt om grensen mellom hva det frivillige – både organisert og uorganisert, versus det offentlige skal ta seg av. Han slår fast at det offentlige ikke kan fortsette å være en serviceinstitusjon, i den grad det har fungert slik.

Hvordan forske på et felt i endring?

Styringsidealene hentet fra markeds- og management-feltet nevnt ovenfor, påvirker fokusområder for politikere og administrativt personell, inkludert hvilke tilbakemeldinger man ber om fra etatene og brukerne. Sagt i et administrativt språk; hvilke styringsindikatorer som ansees interessante. Dette blikket vil klart påvirke hva de samme personene tenker det kan og skal satses og forskes på i forbindelse med reformarbeidet.

I tillegg (eller som del av samme diskurs?) kommer at alle helse- og sosialprofesjoner er underlagt kravet om å yte oppdatert og forsvarlige tjenester. Lenge var politikere og befolkningen generelt fornøyd med ambisjonen om at sosial- og velferdspolitikken ”brukte den sunne fornuft” og utviste ”god vilje” – slik er det ikke lenger (Konnerup 2009)! Dagens fokus på virkningen av innsatsene stiller profesjonene i feltet overfor nye og utfordrende situasjoner. Lederne vi snakker med er, som nevnt underlagt samme krav; de spør seg selv og hverandre: hvordan kan vi vite at endringene vi gjør virker? Og hva skal vi måles på – hvilke indikatorer skal vi bruke? Spørsmålene speiler direkte en snevrere diskusjon innen evidensforskningen, nemlig spørsmålet om effekt, som betyr at endringene og innsatsene som velges har fokus på ”hva virker?” (ibid, s. 96). Virkningen skal fremme formålet for brukeren eller pasienten (bedre helse eller velferd). Samtidig er det vanskelig å ikke høre en gjennomgangstone også om økonomisk effekt, det vil si reduserte kostnader for det offentlige.

Debatten om evidens og kunnskap om effekt er stor – altfor stor til å ta i hele sin bredde her. Kort sitert kan vi likevel si at evidensbasert politikk og praksis er; ”den omhyggelig, uttrykkelig og kritiske bruk av den aktuelt, bedste viden, når der træffes beslutninger om andre menneskers velfærd” (ibid, s. 93). Profesjonenes streben etter å jobbe evidensbasert, skal, etter internasjonale overenskomster, basere seg på alle former for kunnskap; forskning-erfaring- og ekspertkunnskap. Denne kunnskapen blir likevel først evidens, når den blir utsatt for omhyggelig, eksplisitt og kritisk bruk. Kunnskapsbegrepet er med andre ord sammensatt. Sammen med forståelse for at virkeligheten hvor tjenestene skal utøves, er svært kompleks, gjør at de daglige beslutninger som profesjonene og deres ledere står overfor, heller ikke kan

forenkles. Profesjonene må kontinuerlig, kritisk vurdere sin egen praksis, samtidig som politikere og andre beslutningstakere trenger et bredt og sammensatt beslutningsgrunnlag (Konnerup 2009). Og for å møte sammensatte utfordringer, trenger man flere perspektiv og et repertoar av metoder – en såkalt metode-pluralisme, ut fra det fornuftige synspunktet at én metode verken kan og ellers skal levere alle svarene!

Våre informanter sier noe om at det administrative sjiktet leter etter måter ”å måle effekt” av endringene på. Mulighetene for å forske på en virksomhet i endring, er mange. Spørsmålet (hva man ønsker å undersøke?) bestemmer selvsagt metoden, men generelt vil både kvantitative og kvalitative sider av en virksomhet være nødvendig å systematisere for å få et best mulig bilde for videre handlings- og beslutningsgrunnlag.

Især overfor helse-, sosial- og velferdstiltak er det samtidig umulig å finne sikker kunnskap om effekt, men mer sikker forskningsdesign gir mer sikker viten. Noen ganger må man likevel handle på grunnlag av usikker viten, eller også lang erfaring, og dernest gjennomføre noen studier, samtaler og observasjoner for å få ny kunnskap. Utprøving av hverdagsrehabilitering i Danmark er langt på vei basert på slike metoder – med brede borgerinvolveringsprosesser i bunnen for prosjektet (Kjellberg m.fl., 2011).

Helsefaggruppene skal gi den ”beste tilgjengelige medisin”, men det vil aldri være tilstrekkelig med et sett manualer for å sikre at alle gjør rett eller likt. Om utgiftene har økt eller minnet til den aktuelle virksomheten er selvsagt et mål i seg selv, men sjelden nok til å si om tiltaket kan forsvares i en større skala, med andre brukergrupper, om de oppsatte målene er nådd osv. Helsefaglig erfaring og skjønn vil alltid være nødvendig for å sikre rett tiltak til rett tid. Dersom profesjonene har et stort fokus på dokumentasjon og systematisk arbeid med kvalitet, vil det kunne bringe mer ny kunnskap tilbake til feltet, og samtidig heve anseelsen til profesjonene (Konnerup 2009). Det kan blant annet skje ved tettere samarbeid mellom praksis og forskning.

Videre gjør vi rede for våre valg og metodisk tilnærming til feltet i denne studien.

Metodisk tilnærming

Siden det foreløpig finnes sparsomt med forskning på feltet vi er opptatt av, direkte knyttet til samhandlingsreformen, velger vi innledende å gå eksplorerende og kvalitativt til verks.

Prosjektet er gjennomført med intervju i perioden desember 2011 til juni 2012, samt skriveprosess ut høsten 2012. Dette dekker en tidlig gjennomføringsfase av reformen, men et stykke ut i den kommunale planleggingsprosessen som gjerne går 1-2 år tilbake i tid. Den relativt korte intervjuperioden, har gitt oss et slags tidsbilde; en situasjonsbeskrivelse av den kommunale planleggingen akkurat i det reformen trer i kraft. Samtidig har vi fått et bilde av

frivillighetsfeltets pågående, mer langsiktige og langsomme, møysommelige prosesser, for å nå sine ideelle mål.

Metode

Kvalitativ metode ble valgt som mest hensiktsmessig for å svare på våre eksplorerende spørsmål. Studien har utgangspunkt i et sosial- og helsefaglig perspektiv, og fordyper seg lite i økonomiske detaljer. Spørsmållstillingen har likevel innslag av kvantifisering, som interesse for hva som må til for å få mer eller mindre av ønskede og uønskede konsekvenser, hvor mange det dreier seg om innen ulike målgrupper, hvilke tilnærminger som har effekt og ikke minst hvor mye det ene vil koste i forhold til det andre.

Sentrale dokument som nyere meldinger og utredninger til stortinget, angående velferd, omsorg og frivilligfeltet, kjente vi ganske godt til fra tidligere. Disse ble gjennomgått med ny interesse i innledende fase av prosjektet/studiet. Videre så vi nærmere på Folkehelseprofiler som Helsedirektoratet la ut i oppstartfasen, som hjelp og støtte til kommunenes planlegging av satsningsområder. I tillegg har vi lest et antall kommunale dokumenter og nettsider om virksomheter og reformen i Rogaland. Dokumenter angående satsninger i Danmark og Sverige på hverdagsrehabilitering viste seg i tillegg å være svært aktuelle å se nøyer på. Ordinære litteratursøk i internasjonale databaser for å screene feltet på aktuelle nøkkelbegrep, er ikke gjort som del av dette arbeidet.

Etter å ha informert om prosjektet vårt gjennom en kort skriftlig prosjektbeskrivelse (vedlegg 1), gjennomførte vi flere intervjuer. Vi har sett det som hensiktsmessig vekselvis å møte det kommunale og det frivillige feltet, for å sirkle inn de problemstillingene feltene ser som retningsangivere i innovativt arbeid med omsorg og velferd. Kunnskapen vi har vunnet i det ene feltet, har også gjort oss bedre i stand til å stille spørsmål inn i det andre. I de første møtene med kommunene arbeidet vi ut fra spontan spørsmållstilling som en sondering av feltet, hvor vi møtte ledere til en uformell prat og inngang til problemområdet vårt. For å få innblikk i sentrale problemstillinger og perspektiv innenfor et felt, er slike innledende intervjuer en velegnet metode. Det krever innsats å komme i posisjon i forhold til «rette person» i offentlig forvaltning. Underveis så vi derfor blant annet viktigheten av å presisere og avklare vår egen rolle ytterligere.

En intervjuguide tok dermed form, delvis som en konsekvens av et behov for å formalisere møtene med de kommunalt ansatte, delvis for sikrere gjengivelse. I neste runde ble informanter forespurt per mail eller telefon, og fikk tilsendt skriftlig informasjon og intervjuguide på forhånd (vedlegg 2). Spørsmålene som ble stilt, ble tilpasset den enkelte sitt (antatte) ansvarsområde og fagfelt. Svarene vi har fått, vil bære preg av hvorvidt vi har vært i stand til å stille relevante spørsmål til informantene våre.

I møte med talspersoner i de ideelle organisasjonene ble det ikke brukt lydopptak, kun notatblokk. Gjengivelse av disse intervjuene er dermed en mer indirekte innholdsgjengivelse,

med få direkte sitat. Alle andre intervjuene tatt opp på lydopptak ble transkribert i sin helhet, for å få med detaljer og sikre mer direkte gjengivelse, noe som ga nærmere 60 sider tekst.

Første tolkning ble gjort ut fra en «common sence»-versjon av hva informanten fortalte oss, der vi gir en kortfattet gjengivelse av våre «alminnelige» inntrykk av de delene vi oppfatter som mest interessante og relevante for våre problemstillinger (Kvale, 1997). Alle intervjupersonene fikk tilsendt gjengivelsen av sitt intervju til gjennomlesing og kommentering, som en del av valideringsprosessen. Etter tilbakemelding er de fleste intervjuene videre bearbeidet, samlet og tematisert, og gjengis her i sin endelige form. Vi har valgt å anonymisere alle informantene. Direkte gjengivelse av sitat fra informantene står med innrykk og i kursiv i rapporten.

Først og sist i rapporten holder vi, som nevnt, et kritisk teoretisk blikk på pågående prosesser og etablerte strukturer i kommunene – det vil si; vi stiller spørsmål og kommer med innspill både av vurderende og forhåpentlig konstruktiv art, om hvordan vi ser utviklingsmuligheter innenfor reformen (Thagaard 2009).

Utvalg

For å finne mer ut av hva det kommunale feltet er mest opptatt av i sine prosjekter og prosesser, har vi ønsket å gå relativt bredt ut. Utvelgelsen av undersøkelsesenheter er derfor skjønnsmessig. Vi søker de personene i feltet som vi oppfatter har god oversikt og kunnskap om det som interesserer oss. Den ene kontakten har ledet til andre. Med andre ord har vi tatt i bruk "snøballutvelgingsmetoden" (Halvorsen 2002). Ved å ta kontakt med prosjektledere for reformen i kommunene Stavanger, Sandnes og Jæren (bestående av Klepp, Time, Hå og Gjesdal kommuner), håpet vi å få tak i noe av utfordringene kommunene selv mener de møter. Jærkommunene trakk seg underveis fra prosjektet. Vi velger likevel å presentere noe av det som foreligger i form av offentlige dokumenter for samarbeidskommunene, om hvor i prosessen de befinner seg med reformarbeidet. For bykommunene Sandnes og Stavanger gikk vi videre med flere intervju av administrativt ansatte.

For å belyse frivillighetsfeltet sitt arbeid, kompetanse og mulig tilknytning til offentlig/kommunal virksomhet, ble noen av DHS sin allerede etablerte avtalepartnere kontaktet for intervju. De valgte informantene representerer sivilsamfunnet på den måten at de tilhører frivillig organisert virksomhet, har avgrenset arbeidsfelt eller målgrupper, i tillegg et diakonalt preg eller fundament. Vi ser at denne utvelgelsen avgrenser det organiserte frivillighetsfeltet ved at vi ikke har berørt store instanser som Røde Kors, Norsk Folkehjelp, Norske Kvinners Sanitetsforening, Lions og mange flere. Det norske frivillighetsfelte er særlig mangfoldig, og til dels uoversiktlig, noe vei også fikk bekreftet ad ulike veier i prosjektet.

I tillegg snakket vi med to andre personer som representerer frivillighetsfeltet på en spesiell måte. Den første er leder for Selvhjelp Norge. Den andre er en privatperson med en selv-

stendig og egenartet posisjon som pådriver i å synliggjøre hele det organiserte frivillighetsfeltet innenfor helse- og omsorg, i første omgang på fylkesnivå.

Følgende aktører ble intervjuet:

Kommunale administrasjoner: 9 informanter, prosjektkoordinatorer og prosjektansvarlige, folkehelserådgivere

Frivillige organisasjoner: 6 informanter totalt. I tillegg har vi snakket med en privat frivillig aktør.

Metodekritikk og mulige feilkilder

En forutsetning for at forskning skal bli representativ for det feltet eller de fenomener vi studerer, er det viktig at vi får tak i den mening informantene selv skaper i møtene sine med situasjoner og mennesker (Fuglestad & Mørkeseth 1997). I møtet bør forskeren arbeide med å forstå informantens kulturelle koder (ibid). «Å være sosiolog på seg selv» (Wadel 1991), handler om å få en analytisk distanse til vår egen rolle, blant annet i en intervjusituasjon. Oppfatninger og forståelse er kulturspesifikk, og virkeligheten ikke en objektiv størrelse, men noe som eksisterer avhengig av den som opplever og erfarer. Her forstår vi kultur som handlingsskjemaer, ideer, verdier, symboler og tankemønstre (Gullestad i Fuglestad og Mørkeseth 1997).

Det kan synes som om fokuset vårt, delvis har vært et noe annet enn kommunenes. I de to større kommunene møtte vi større interesse for problemområdet vårt, enn i møte med de mindre kommunene. Det bør understrekes at vi snakket med de mindre kommunene tidlig i prosjektperioden. Med det utgangspunktet vi da hadde, kan vi ha gått glipp av en del informasjon vi ville fått med et bedre kunnskapsgrunnlag og en strukturert intervjuguide tidligere i prosjektet. Vi har ikke tatt kontakt med de mindre kommunene etter første møtet, og materiale fra samtaler er heller ikke brukt i rapporten.

At intervjuguidene fungerte mer og mindre tilfredsstillende, kan ha flere årsaker. Vi hadde sparsomt med kunnskap om hvilke ansvarsområder informantene våre har før vi møtte dem. Det er relativt lite informasjon om reformarbeidet på kommunenes nettsider og i form av saksbehandlingsdokumenter. Ved flere anledninger har det dermed vært nødvendig å legge til eller trekke fra tematikk underveis i samtaler. Intervjuene kan av den grunn oppleves noe usystematiske og lar seg vanskelig sammenlikne. Vår hensikt var likevel å finne tråder og mønster i informasjonen. Informantene har ved flere anledninger vist vei til områder vi har ønsket å få nærmere innblikk i, noe som preger fremstillingen av datamaterialet.

Datamaterialet vårt inneholder få av "de gode eksempler" på kommunal drift av helse- og omsorgstjenester i tett samarbeid med det frivillige feltet. Formulering av spørsmålene vi stilte innbyr muligens ikke til å gi eksempler. Muligens handler det om at informantene tar det som fungerer for selvfølgelig, ikke nevneverdig. Eller også handler det om roller og en viss avstand fra våre informanter til den praktiske virksomheten. Ved å kontakte virksom-

hetsledere kunne vi trolig fått bedre innblikk i den daglige driften. Det frivillige feltet presenterer imidlertid mange gode eksempler, både i og uten samarbeid med det kommunale. For å balansere bildet, har vi i ettertid valgt å hente frem noen eksempler på innovativ organisering av det kommunale tjenestetilbud, der det frivillige utgjør en vesentlig ressurs.

Produksjon av data kan ikke sees isolert fra personlige og forskningsmessige erfaringer. Gjennom relativt mange år i yrkeslivet og med noe forskererfaring har vi begge noen grunnleggende oppfatninger og verdier, som utgjør vår førforståelse. Erfaringer knyttet til betydningen av brukermedvirkning i alt helse- og velferdsarbeid, kan være et eksempel. I møter mellom tjenestemottakere og profesjonelle er brukerperspektiv en avgjørende størrelse, også på systemnivå. Et bruker- eller utvidet borgerperspektiv vektlegges også i det danske reformarbeidet, som de norske kommunene ønsker å sammenligne seg med. Å hoppe over denne delen, kan føre til at det utformes tjenester som brukerne enten ikke vil ha, ikke fører til ønskede mål for den enkelte, eller også gjøre reformprosessen ineffektiv. Dette utgangspunktet preger både spørsmålene vi stiller, og tolkning av svarene vi får.

Underveis gjennom bearbeiding og analyser av materialet ser vi at stoffet rommer mer enn vi har anledning til å presentere i denne rapporten. Intervjuene inneholder flere interessante språklige- og handlingspraksiser som klart kunne vært utdypet, men som må ligge i denne omgang.

Forskningsetiske overveielser

Spørsmål om intervjuene er meldepliktige til Norsk Datatjeneste (NSD) eller Regional Etisk Komite (REK) er behandlet med veileder underveis. Informasjonsinnhenting er vurdert til kun å handle om profesjonell og offentlig virksomhet av allmenn karakter, som dermed ikke er meldepliktig verken til NSD eller REK. Den enkelte informant har imidlertid fått anledning til å uttale seg om vår bruk av informasjonen og tolkningen av den delen han eller hun har bidratt til, som en indre validering og verifisering.

Først gir vi en kort presentasjon av kommunene og annet som utgjør datagrunnlaget i undersøkelsen, før vi går videre på resultater fra intervjuene.

Kommunene i undersøkelsen

Hovedinformasjonen i undersøkelsen er fra administrativt ansatte og ledere/medarbeidere i frivillige organisasjoner i de to nabo-bykommunene, Sandnes og Stavanger. Bykommunene grenser geografisk til hverandre, men skiller seg en god del fra hverandre i bosetning, innbyggertall og aldersfordeling på innbyggere, kommunal organisering m.v.

Jærkommunene – Hå, Time, Klepp og Gjesdal, er fire mindre landkommuner, og representert her i form av offentlige dokumenter; rapport fra samarbeidsprosjekt, egen nettinformasjon samt noe medieomtale (Hå har senere trukket seg fra samarbeidet.)

Som del av bakgrunnsforståelse har vi i tillegg sett nærmere på Helsedirektoratets database for folkehelseprofiler. Tema som blir trukket frem i folkehelseprofilene vil igjen være avhengig av hva som er tilgjengelig statistikk på kommunalt nivå. Den nye Lov om folkehelsearbeid (2011) krever at kommunene skaffer seg oversikt over helsetilstanden i befolkningen. Profilene skal være et bidrag på veien til kommunale planer for bedre folkehelse, ved å synliggjøre hvilke faktorer som kan påvirkes (Helsedirektoratet 2012 a). I dette dokumentet gir vi en kort oversikt over de temaområdene som representerer et forebyggingspotensial i henhold til helsedirektoratet profilbilder.

Her presenterer vi den enkelte kommune kort, før vi går videre på tematisering av innholdet i intervjuene.

Sandnes kommune

Innbyggere: passerte nettopp 70 000 innbyggere, er Norges 8. største by (9. største kommune)

En kommune i stadig vekst

De siste 20 årene har kommunen hatt en årlig gjennomsnittlig vekst på mer enn 2 %. Sandnes er den hurtigst voksende av de større byer i Norge. Alt tyder på at veksten vil fortsette med samme tempo de neste årene.

Boligpriser i Sandnes ligger under Stavanger, men likevel høyt, sammenliknet med andre regioner i landet.

Folkehelseprofil

3,1 % av befolkningen er over 80 år, mens landsgjennomsnittet ligger på 4,5. Kommunen vil også i årene som kommer ha forventet lavere vekst av gruppe eldste eldre enn landsgjennomsnittet (2, 8 mot 4,1 %).

Sandnes ligger litt over landsgjennomsnittet på mistrivsel på skolen (10. Klasse), psykiske lidelser behandlet i sykehus og legemiddelbehandlede. Sandnes har gjennomsnittlig en yngre befolkning enn Stavanger.

Reformarbeidet så langt...

Avtaler om utskrivningsklare pasienter fra spesialisthelsetjenesten var under arbeid når intervjuene pågikk. Likeens var det opprettet en hovedprosjektgruppe for reformarbeidet, med legevaktsjef Gudrun Riska Thorsen som leder. Undergrupper (prosjektorganiserte arbeidsgrupper) var etablert på områdene frisklivssentral, hverdagsrehabilitering, forebyggende hjemmebesøk, ... Renovering av bygningen og lokalisering av nytt helsesenteret i gamle Sandnes sykehus, har tatt en del administrativ og politisk oppmerksomhet i starten. Satsning på frisklivstilbud likeså. Alle arbeidsgruppene la frem forslag til politisk behandling av sine prosjekt i bystyremøtet juni 2012. En selvstendig frivillighetspolitikk er ikke påbegynt (Sandnes kommune arkivsak 201201115).

Stavanger kommune

Innbyggere: 128 830, pr 1. okt 2012

Oljehovedstad med mangfold og høye boligpriser

Stavanger har folkevekst rett over 1 %, og dermed lavere befolkningsvekst enn Sandnes. Innvandrerbefolkningen utgjør nær 20 %, hvor hoveddelen er fra Europa, polske arbeidstakere utgjør den største veksten.

I Stavanger steg prisene på leiligheter med 0,6 prosent sist måned, og med 8,1 prosent siste år. I de andre storbyene steg prisene med 0,5-0,9 prosent sist måned. Stavanger har hatt landets høyeste priser på leiligheter siden sommeren 2010. Dette byr på utfordringer i forhold til ønsket tilflytting av bl.a. arbeidskraft. Deretter følger Oslo, Bærum og Sandnes (Stavanger-statistikk 2012).

Folkehelseprofil

Stavanger ligger over landsgjennomsnittet på kreft/dødelighet, lav fødselsvekt og psykiske lidelser (legemiddelbruk). Stavanger ligger under landsgjennomsnittet på befolkning i yrkesaktiv alder, men likevel færre over 80 år sammenliknet med landsgjennomsnittet. Andel personer over 80 år er 3,1 %, og vil forventes å ligge under landsgjennomsnittet også i årene fremover (3,1 mot 4,1 %).

Folkehelsearbeid er ikke lenger et ansvar for kommunehelsetjenesten alene, men et felles ansvar for alle sektorer i kommunen. Faktorer som påvirker helsen etableres og vedlikeholdes i stor grad utenfor helsetjenesten. Samhandling på tvers av fag og sektorer er derfor nødvendig. Stavanger kommune skal legge til rette for et tverrsektorielt, systematisk og langsiktig folkehelsearbeid. Målsetningen er å arbeide for en jevnere sosial fordeling av faktorer som påvirker befolkningens helse, ifølge rapport 5 "Levekår i Stavanger", 2012.

Reformarbeidet så langt...

Stavanger har etablert en hovedprosjektgruppe, med sykepleier Ingrid Dirdal som leder. Undergruppene deres er nærmest identiske med Sandnes sine; lokalmedisinsk senter, frikslivstilbud, hverdagsrehabilitering, brukerinvolvering, besøksteam, ... Etablering av hverdagsrehabilitering, hvor det ble ansatt prosjektansvarlig våren 2012, ser ut til å ha mest markert fremdrift.

Administrasjonen utredet for frivillighetsmelding i perioden, lagt frem for politisk behandling mai/juni 2012.

Jærkommunene

Innbyggere: Klepp kommune (17 397 innbyggere), Time kommune (16 450 innbyggere), Gjesdal kommune (10 508 innbyggere) og Hå kommune (10 508 innbyggere).

Folkehelseprofiler

I henhold til folkehelseprofilene skiller alle kommuner, unntatt Gjesdal, seg ut med mistrivsel i skolen og mobbing (10. kl.). Klepp kommune har frafall i videregående som ser negativt ut sammenliknet med landsgjennomsnittet. Time kommune har et høyere antall uføretrygdede enn landsgjennomsnittet, og i Gjesdal er antall personer behandlet for KOLS i sykehus høyere enn landsgjennomsnittet. Antall personer med grunnskole som høyeste utdanning ligger høyere enn landsgjennomsnittet i kommunene Gjesdal og Hå.

Reformarbeidet så langt...

Prosjekt samhandling var i utgangspunktet et samarbeidsprosjekt mellom fire kommuner i Jær-regionen. Fellesprosjektet ble opprettet på initiativ fra Jærrådet høsten 2010. I følge mandatet skal det utrede og etablere tiltak for et framtidig samarbeid i tråd med Samhandlingsreformens intensjoner. Hå kommune gikk ut av samarbeidet 18.06.12. Styringsgruppen i prosjektet bestod per 24.09.12 av ordførere, varaordførere og rådmenn i Klepp, Time og Gjesdal kommuner. Også her har administrasjonene satt ned arbeidsgrupper med fokus på ulike tema. Det er utredet for følgende interkommunale tiltak: forebyggende helsetilbud, øyeblikkelig hjelp og døgntilbud, ambulante team knyttet til bestemte pasientgrupper, samt interkommunalt kompetansesenter (Gjesdal, Klepp og Time prosjektrapport del 1, 24.09. 2012).

Oppsummering om kommunene

Det kan se ut som der er noe sammenfall mellom de risikoområdene som fremkommer av folkehelseprofilene. Jær-kommunene og Sandnes har en yngre befolkning enn Stavanger. Et tydeligere bilde av mistrivsel og forekomst av psykiske lidelser blant unge kan være en konsekvens av dette, men er sannsynligvis ikke eneste grunn. Stavanger som har en eldre befolkning, har også hatt sin laveste folkevekst siden 2005. Byens høye boligpriser kan være en medvirkende årsak til denne utviklingen (TV Vest 2012).

Neste kapitlet presenterer en tematisering av datamaterialet fra de transkriberte intervjuene, supplert med noe offentlig informasjon, med hensikt å vise eksempler på kommunal organisering av og fokus i reformarbeidet.

Presentasjon av resultater

I analyse av datamaterialet har vi gått flere runder med meningsfortetting og videre tematiske (se metodedelen). Vi står her igjen med hovedtrekk fra sammenfatning av materialet, hvor vi fortrinnsvis har blikk for likheter og forskjeller i fokusområder for reformarbeidet, opp mot problemstillingene.

Strategi og organisering

I hovedtrekk har organiseringen form av prosjektvirksomhet; styringsgruppe med administrasjonsdirektør og fagsjefer, prosjektgruppe med representanter fra levekår og representasjon fra brukerorganisasjoner, er øverste instans. Samtlige kommuner hadde da vi snakket med dem, et hovedtrykk på utskrivningsklare pasienter, rutiner for innleggelse, medfinansiering og andre lovpålagte avtaler som skulle inngås med spesialisthelsetjenesten, samt noe fokus på opplæring. Folkehelseperspektivet og brede medvirkningsprosesser i utforming av fremtidige tjenestetilbud har ikke vært like iøynefallende. Som en av informantene sa:

Så skal vi i gang nå med folkehelseperspektivet, og så har vi ei (arbeidsgruppe) som går på brukermedvirkning.

Et gjennomgående eksempel på oppstart av reformarbeidet er rådmannens ledergruppe som peker ut satsningsområder, utarbeidet mandat og nedsetter prosjektgrupper. Retorikken flere av informantene våre benytter seg av, gir assosiasjoner i retning av administrativ topptung styring. Et eksempel er når en av prosjektlederne sier at det er helt klart er de rette satsningsområdene de har valgt. Usikkerheten nå går mer på;

...hvor fort vi skal "rulle det ut". /Egentlig er det dumt å ha pilotprosjekt, vi burde bare ha "rullet det ut". Det er så dokumentert alle veier at det er egentlig...

I noen kommuner oppleves veien fra politikere til administrasjonen som kort, og friheten innen hver resultatenheter stor. I en av kommunene har prosjektgruppa møte kun én gang i vårsemesteret. De venter på tilbakemelding fra arbeidsgruppene, der det "egentlige" arbeidet foregår. Denne prosjektlederen gir også innspill til enkeltgrupper når hun mener det er nødvendig; eksempelvis blir arbeidsgruppa for hverdagsrehabilitering bedt om å tenke bredt – ikke bare fokusere på målgruppen eldre! En bør ta høyde for at barn og unge er like selvfølgelig å tenke på. Prosjektleder har gjort det klart i ledergruppa, at alle har ansvar for folkehelsen, også teknisk og byplanleggere:

Det er viktig å gjøre dem oppmerksom på viktigheten av deres bidrag, forstått som helsefremmende.

Kommunen har tradisjonelt en pragmatisk tilnærming til endringsarbeid, mener vår informant. Det blir sjelden gjennomført de store utredningene. Prosjekt og utviklingsarbeid blir mer gjennomført i retning av at en prøver noe og ser om det virker. Hvis ikke det virker bra, finner de på noe annet. Og en tenker heller ikke å etablere et radikalt innovativt nivå slik de viser til i Odense, for eksempel.

Så langt er vi ikke kommet her, og det er ikke noen planer for det – det er det ikke.

Fokus i reformarbeidet

For å summere opp kommunens hovedfokus i reformarbeidet, viser en av prosjektlederne til diskusjoner om hvordan det skal balanseres mellom det som er nytt i forbindelse med Samhandlingsreformen, og det som allerede er en ordinær drift:

Samhandlingsreformen er på en måte ikke mye nytt – det er på en måte bare en styrking, en utvidelse og et lovverk som – ja, det er ikke bare nytt, det er...litt tydeligere målsetninger. Og når vi skal inn med noe nytt, gjøre noen nye grep, så berører vi på en måte ei velfungerende drift...

På spørsmål om hva som er det viktigste å få på plass, er det klart betalingsansvaret for utskrivningsklare pasienter fra dag én, som topper listen. Prosjektledelsen er opptatt av å etablere gode nok tilbud i kommunen, slik at folk ikke blir liggende på sykehuset unødig. Å styre denne pengebruken vil være et viktig grep, som får en umiddelbar virkning. Selv om det ikke utgjør de største summene i forhold til totalkostnadene som følger av reformen, er det et område de ønsker å ta kontroll over.

Siden vår informant først beskriver reformen som en *retningsreform* som ikke bringer så mye nytt, utfordrer vi henne på at den også er beskrevet som en *kvalitetsreform*. Vi ber om en utdyping i hva hun ser som nåværende drift og tjenester, og hva (de kvalitative) endringene eventuelt består i. Det umiddelbare svaret er:

Jeg tenker det handler mye om gode pasientforløp!// Pasienten skal oppleve å få den tjenesten han trenger. Og det tenker jeg er kvalitet!

Og det som ligger i det nye lovverket, det er blant annet koordinatører: kommunen skal ha koordinatører for gode pasientforløp.

Dette har lagt som signaler og føringer, og hun mener at kommunen har hatt dette på plass i god tid før lovverket kom. Med andre ord er det nytt bare i form av at det nå er lovfestet. Som et vedheng til eksempler med hva endringene består i, legger hun til slutt til at:

Så er det litt lett å glemme det som folkehelserådgiver jobber med – dette med folkehelse!

På spørsmål om hva innsatsen er for å holde folk "lengst mulig i eget liv", svarer en prosjektleder at de har styrket terapitjenesten. Helse- og sosialkontorene har i tillegg fått økte res-

surser, for at de uansett meldte behov og senest to timer etter utskrivning, skal ta kontakt med den ny-utskrevne personen fra sykehuset.

Prosjektleder i en annen kommune vinkler hovedfokuset noe annerledes. På spørsmålet om hvilken endring som er den mest vesentlige i forbindelse med reformarbeidet, trenger hun ikke betenkningstid for å medgi at;

Det tror jeg rett og slett er fokuseringen på ansvar for egen helse; at det ikke er institusjoner som har ansvar for det, men den beste helseministeren er du i ditt eget liv!

Beskjeden om at den enkelte selv har ansvar for å holde en sunn livsstil, ønsker de skal gå til alle innbyggerne. Hun mener likevel noe vil komme automatisk;

... fordi det rett og slett er på moten å være sunn, ikke sant?

Fra kommunalt hold ønsker de å tilnærme seg forebygging til alle aldergrupper egentlig. De har en plan for de eldre gjennom besøksteam-ordningen fra fylte 75. Der er også etablert arbeidsgrupper inn mot barnehager og skoler, hvor en ønsker å påvirke de som påvirker barna fra de er helt små, fordi

... det er da vi legger grunnlaget for holdningene våre.

Tenårsalderen er en tid hvor den kommunale helsetjenesten ikke lengre har det samme ansvaret. Prosjektgruppen ser de gjerne skulle hatt en offensiv, for å hindre etablering av usunne vaner med mindre soving, mer alkohol, røyking osv. Hvordan komme i posisjon i forhold til ungdommen, har de likevel ikke svaret på:

Så der lurer vi på hvordan vi skal inn på de arenaene. // Men vi har det i mente, og skal se hvordan vi skal gjøre det.

Jærkommunene derimot har satset på interkommunalt prosjektsamarbeid, og har satt som mål å gi innbyggerne i kommunene gode og trygge helse- og omsorgstjenester i eller nær hjemmet (Klepp kommune 2012). Dette handler også om ivaretagelse av gode pasientforløp. eksempelvis i form av utredning av øyeblikkelig hjelp og ambulant team, knyttet til bestemte pasientgrupper.

Brukerinvolvering

Generelt i tidligere planarbeid og prosesser har de kommunalt ansatte benyttet ulike måter å ivareta brukerperspektivet på, for eksempel innkalt til bydelsverksted. Det er også blitt arrangert eget "innvandrerverksted". Et eksempel på bruk av bydelsverksted er i forbindelse med kommuneplanarbeidet, for organisasjoner med rus/psykiatriproblematikk:

Men det er kanskje eksempel på et stunt....det er ikke helt systematikk på hvordan du gjør det, hvor ofte...det vil nok ikke bli likt på alle høringer, forskjellige tema. Når det

er store ting vi trenger tilbakemelding på, hvordan gjør man da? Vi har benyttet oss av litt forskjellige løsninger for å ivareta brukermedvirkning.

På helse og omsorgsområdet tas de politiske rådene (innvandreråd, eldre- og funksjonshemmedes råd) med i høringer eller dialogsamlinger, som en del av «den vanlige sløyfen» i politisk behandling av saker. Rådene ønsker selv å bli involvert tidligere i politiske prosesser, spesielt funksjonshemmedes råd. Det er imidlertid vanskelig å finne grenseoppgangene når rådene skal ha sakene, mener leder.

Det er forskjell på råd og utvalg. Lovverket viser til helseforetakene som eksempler på organisering av brukerutvalg. For fremtiden ønsker leder seg et brukerutvalg som kan ta for seg hele levekårsområdet, for å ivareta en hensiktsmessig representasjon på en bedre måte.

Pårørendesenteret og brukerråd psykisk helse blir invitert til dialogsamlinger. På sykehjem som har spesialavdelinger for demente har man naturlig nok mer pårørende- og brukerråd. Det vil likevel alltid være problemstillinger knyttet til hvem som skal representere hvem. En diskusjon går på at enkelte representanter ofte blir brukt om igjen, og at kommunen ikke har vært flinke nok til å overlate til organisasjonene å finne folk. En må sørge for at belastningen på enkeltpersoner ikke blir for stor.

På spørsmål om systematikk i brukerinvolvering mer generelt, viser en av informantene til at dialogkonferanser stort sett alltid er vellykket når brukere er med. På dialogsamlingen om retningslinjer for brukermedvirkning, ble følgende spørsmål stilt:

Hva slags opplæring skal til for at brukerrepresentasjon skal fungere godt? Da kom det frem at det ikke bare er brukerrepresentanter det gjelder, men også ansatte. Det gikk både på individ/systemnivå.

Felles for kommunene så langt i dette reformarbeidet, er at medvirkning ivaretas av én representant i hovedprosjektgruppen – ingen bred brukerinvolvering. Videre tenker en seg ulike samarbeidsformer i utviklingen av helsesenter/lokalmedisinsk senter;

(det) handler det om å ha brukerråd – et brukerråd som er knyttet til senteret, og så handler det om samlokalisering med brukerorganisasjonene// i dette senteret; de har bruk for lokaler, og vi ser at det er en synergieffekt å være tett på.

Noen brukere/brukerorganisasjoner har sagt de ønsker et utprøvningslokale eller senter for velferdsteknologi. Hvorvidt det blir en del av det nevnte senteret er uklart. Lokalmedisinsk senter har også mye felles med Frisklivssentralen og Lærings- og mestringssenteret. Å bruke organisasjonene inn i opplæringen der, er noe de snakker om.

..og så snakker med om... vi snakker om så mye. Vi har veldig mange ideer i forhold til brukerinvolvering, så det er bare å lande de! /Nå når vi reiser til Danmark så tar vi det med oss.

Kunnskapsproduksjon og forskning

På spørsmål om hvor de henter informasjon og kunnskap til arbeidet med reformen og de mange prosessene, svarer en informant at de leser ganske mye og orienterer seg overalt for å se hva som gjøres i andre kommuner bl.a.;

I forprosjektet til lokalmedisinsk senter så var vi på studietur sammen med folk fra sykehuset, og da var vi i Trondhjem bl.a., og i Drammen. Og der så vi på lærings- og mestringssenter, og der så vi på brukerinvolvering faktisk.

Og Skottland, jeg har lest ganske mye om den der reformen i Skottland. Der er jo tilsvarende reformer overalt, og de handler jo om det samme.

Den andre kommunen fremhever mer mangfoldet av kunnskaper blant sine egne faggrupper. Spesielt inne faggruppene ergoterapeuter og fysioterapeuter er det kunnskap om rehabilitering som har blitt brukt altfor lite i egen organisasjon. De skal nå få sitte litt mer i førersetet;

Vi har tenkt mye mer pleie og hjelp og støtte enn rehabilitering – det har vi.// Ja, men jeg tror det, det er litt a-ha for de som er i sykepleiestaben i kommunen.

Denne prosjektlederen viser også til deltakelse på WHO sin verdenskonferanse i Russland nylig, hvor hun deltok med presentasjon inn i prosjektet "Healthy Aging". Kommunen får kommentarer på at de er et utstillingsvindu og bør formidle sine tanker videre ut. En utfordring i den sammenheng er at alle dokumenter er på norsk, og at en dermed ikke kan publisere det de gjør ute i verden. Danske kommuner derimot, oversetter automatisk mye av sitt materiale;

Der har vi sikkert noe å lære. Da kunne våre artikler rett og slett blitt tilgjengelige!

På spørsmål om hvordan reformen og rehabiliteringsarbeidet er tenkt forsket på, medgir hun at:

Det har vi ikke drøftet, men vi har sagt vi er helt tilgjengelige.

I forbindelse med frisklivssatsningen har prosjektledere der også krav fra politikere om å vise til resultater:

-(...) de oppfordrer veldig sterkt til å måle, se på resultater. For det tror jeg ikke det har vært så mye av blant de som har drevet til nå. Kommer som et stadig sterkere ønske fra sentralt hold at vi må dokumenter hva vi holder på med, og at det vi holder på med faktisk har effekt eller ikke effekt.

Anbefaling fra Fredericia er at kommunen bør etablere følgeforskning på eldresatsingen generelt og på rehabilitering og endringsprosesser spesielt. Noe av det som er suksessen i Fredericia er dokumentasjonen ved at prosjektene er fulgt opp med forskning hele veien. En av

prosjektlederne sier hun ser at evaluering i ettertid vil gi et annet bilde enn å følge hele prosessen. Det er ikke garantert at modellene fra Danmark vil fungere likt ut fra norske forhold – det er heller ikke gitt at utgangspunktet er det samme. Hun sender med dette ut en åpen invitasjon, og sier at universitet eller høgskole er velkommen med sine forsknings-ideer;

For vi er jo ofte programmert; sånn tenker vi og sånn gjør vi, og sånn tror vi er best. At noen hadde stilt noen viktige spørsmål, det hadde vært fantastisk!

En av de andre informantene vedgår at det er vanskelig å vite om ressursene er brukt riktig, og at de trenger hjelp av eksterne miljø/forskere:

Det er ikke så lett! Skal en måle ressursinnsats eller skal en måle resultatmål eller hva skal være indikatorene våre? (...) Jeg har et ganske greit eksempel nå; vi har jo gjort noen grep i kommunen, med at vi øker ressursinnsatsen i hjemmebaserte tjenester. I forbindelse med samhandlingsreformen får vi penger til det, for at flere skal hjem. Men kan vi si at det virker?

Prosjektledere poengterer flere ganger at de trenger å forske for å komme videre med spørsmålet om kommunen bruker pengene rett og om tiltakene virker. En av begrensingene er den kommunale økonomien:

Vi har jo vært tydelige på at vi ønsker å åpne for forskning, men samtidig ligger det ikke mye forskningsmidler her. Det ligger jo helse- og omsorgslovgivningen at vi skal legge til rette for forskning.

Stavanger kommune har, i samarbeid med Helse Stavanger, fått midler til totalt en 50 % phd-stilling. For å få klarhet i forskningsinnsatsen mer generelt, spør vi hvordan påtrykket på administrasjonen er fra politisk hold. Igjen er det velferdsteknologi som blir trukket frem som satsningsområde;

Altså i forhold til velferdsteknologi, så er det et veldig, veldig, veldig sterkt trykk!

Påtrykket knyttes til at politikere tenker der er økonomiske besparelser å hente. Samtidig har ny teknologi en kopling til det private næringsliv som gjør slike konsept attraktive for videreutvikling, både faglig og økonomisk.

Den videre samtalen med våre informanter, bringer oss likevel ikke nærmere en forståelse av hvordan man kan forske på kvalitet, få frem gode resultat og finne ut om "noe virker". Kontroll og rapportering er tydelig diskutert "høyt oppe" i administrasjon og styringsgrupper; Hvordan treffer en med valg av tiltak? Hvilke indikatorer skal de måles på? Og hvordan skal man kunne si at disse måler helseeffekt?

(...) vi strever med å finne gode styringsindikatorer, som vi vet viser om vi har gjort det riktige, og at kvaliteten er bedre. Kanskje vi klarer noen trender i fht hvem som blir utskrevet, om det blir forholdsvis mange som dør rett etter de blir utskrevne, ellers kan

vi se på reinnleggelser (...) Foreløpig er vi mest opptatt av hvilke klager og avvik vi får.(...)

Vi har fokus på og snakker om kvalitet! Snakker både med brukere og pårørende. Men hvordan skal vi måle kvalitet på en tjeneste som er i utvikling?

Formidling av kunnskap og kompetanse har klart flere funksjoner i sammenheng med nybrottsarbeid. Prosjektgruppa for Jærkommunene ser en utfordring i forhold til å skaffe seg nødvendig personell til helse- og omsorgstjenestene i årene som kommer, og foreslår etablering av et kompetansesenter for å møte utfordringen. Prosjektgruppa anser et større fagmiljø som et fortrinn i konkurransen om nødvendig arbeidskraft. Et kompetansesenter vil også kunne gi kommunene større gjennomslagskraft overfor læreinstitusjonene for å få skreddersydde tilbud tilpasset kommunenes behov. En ser også for seg at et kompetansesenter vil gjøre kompetanseutveksling mellom 1. og 2. linjetjenesten enklere. Senteret kan være et naturlig kontaktpunkt mot etablerte forskningsmiljø i regionen, som Regionalt Kompetansesenter for eldremedisin og samhandling (SESAM), samt Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester. I prosjektrapporten beskrives ulike forslag til hvordan organisere et slikt senter. En arbeidsgruppe jobber videre med utvikling og etablering (Klepp kommune 2012).

Helsefremmede versus sykdomsforebyggende tilnærming

Folkehelse

Folkehelserådgiverstillingene i kommunene vi har snakket med, er relativt nyopprettede. Folkehelserådgivere har mange hovedoppgaver:

Du er på mange arenaer. Veldig varierte oppgaver, det ene er Frisklivssentralen, så er det handlingsplan så er det kommuneplan- og noen kommunedelplaner blant annet universell utforming, sentrumsplan, områdeplan og oppfølging av levekårsundersøkelsen.

For Stavanger kommune sin rådgiver, med 126 000 innbyggere, kan det oppleves svært ressurskrevende:

En kan sammenlikne stillingen min med tilsvarende i Bokn kommune, som og har en full folkehelserådgiverstilling på 8-900 innbygger. Det er utfordring i akkurat det.

Kommunen har et folkehelseforum som ble etablerte før den første folkehelserådgiverstillingen opprettet (2008). Gruppen er tverrsektorielt sammensatt med representanter fra: oppvekst og levekår, skole, barn og unge, samfunnsmedisin, kultur og byutvikling, kommunepланavdelingen og bymiljø- og utbygging, park og vei, samt miljøseksjonen. De enkelte representantene er ansvarlige for å forankre folkehelsearbeidet i sine avdelinger. Folkehelserådgiver er hovedkoordinator.

En av primæroppgavene i den største kommunen er å få på plass en handlingsplan for folkehelse. Kommunens handlingsplan for folkehelsearbeidet er omfattende og i utgangspunktet tenkt som en 4-årig plan. Den handler om prosjekter som gir langtidseffekter på folks helse, på alle områder der innbyggere lever og virker. Noen av strategiene i handlingsplan er basert på kommuneplan, blant annet en forpliktelse til å jobbe for utjevning av sosiale forskjeller. Folkehelseråd giver understreker at hovedmålsetning i planen sammen med resultater fra levekårsundersøkelsene, gir et godt grunnlag for å jobbe detaljert. En «levetårs-sone» i levekårsundersøkelsen utgjør gjennomsnittlig 1200 personer. Det er viktig å få informasjon om områder som er mer utsatte enn andre, for eventuelt å kunne satse på lokalt samfunnsarbeid.

En egen "sammenhengssjef" slik de har i Odense (Danmark) tror en av prosjektlederne aldri de vil få råd til i en deres kommune. De ønsker heller ikke mer byråkrati. De er ganske fornøyde med sitt prosjekt kalt "Sunn By", som har eksistert i 15 år allerede. Prosjektet har i oppgave å se på byplanlegging opp mot folkehelseutfordringer mer på tvers. Levekår- og skole-/barnehageetaten synes likevel de har visst litt lite om driften i "Sunn By", og har nå meldt seg på høyt oppe i styringsgruppen.

I forbindelse med kommunens nye boligområder ligger klare kriterier inne i byplanene, for eksempel mht. avstand til grøntområder. Eksempel på et godt, grunnleggende arbeid som er gjort her, er at Parkvesenet har laget egne foldere til alle byområder i kommunen, der de lokale mulighetene for tur- og lekeområder beskrives. Disse er sendt til de respektive husstandene, og vil også finnes på nettet.

Det er veldig mye tenking, rett og slett; både universell utforming og folkehelseperspektiv er en viktig del av planarbeidet.

Sykdomsforebygging

Ny samordning og samarbeid med lærings- og mestringssentre (LMS) er et eksempel på satsing på forebyggende virksomhet innenfor reformarbeidet. Ulike pasientgrupper får her undervisning og opplæring for å kunne leve bedre med sykdommen sin. Jærkommunene samarbeider også med JPDS (Jæren Distriktpsikiatrisk Senter) om lavterskeltilbudet «Aktiv på Dagtid på Jæren», som har fokus på livskvalitet og mestring av hverdagen, hvor man tilbyr et spekter av treningsaktiviteter.

Kommunene ser det som aktuelt å samarbeide med frivilligsentralene i flere av disse tilbudene. Frivilligsentralene vil blant annet kunne bidra med brukererfaring og lærings- og mestringsevne. Brukere og brukerrepresentanter skal delta i planlegging, gjennomføring og evaluering av tiltak. Brukere er representerte i "Aktiv på dagtid" sin styringsgruppe, og i utforming, gjennomføring og evalueringen av alle LMS-kurs. Kommunale sakspapirer (Prosjekt samhandling 24.9.2012) beskriver imidlertid ikke nærmere i hvilken grad og på hvilke måter en benytter seg av brukerrepresentasjon. Det vises til at en ønsker å etablere et samarbeid med «andre lag og organisasjoner», uten å beskrive nærmere med hvem, og hva

slags samarbeide. Om disse tiltakende også innebærer en mer generell helsefremmede satsing, er mer uklart.

Levekårsundersøkelser kan være et nyttig verktøy for å få oversikt over forhold som handler om levekår og levevaner. Folkehelserådgiver etterlyser likevel mer informasjon om levevaner, blant annet angående fysisk aktivitet og overvekt. Resultatene av levekårsundersøkelser kan vise status, i form av et ganske komplisert statistisk materiale. Folkehelserådgiver anser som sin jobb å sette datamaterialet i en kontekst, i forhold til ny folkehelselov og andre lovbestemmelser.

Et viktig satsingsområde for denne kommunens folkehelsearbeid er utdanning. Helseatferd eller levevaner påvirker helsen, og er en variabel som sterkt følger utdanningsnivå. Vår informant understreker dette:

Skal jeg velge en faktor som vi har mulighet til å gjøre noe med, vil jeg velge utdanning. Barnehage og skole som en arena for å gi elever grunnleggende ferdigheter, og å fullføre videregående skole er viktig. Det er en viktig faktor i forhold til helse – trygge barn og ungdom som fullfører.

Kommunen har vært med i *Ny Giv*, et nasjonalt prosjekt som involverer kommuner og fylkeskommuner, for de lavest presterende elvene i 9. og 10. klasse. Selv om evalueringen av denne ordningen ikke er entydig, viser resultatene så langt at det har gått bra med de aller fleste ungdommene som har deltatt. Vår informant ser det å hindre frafall i skolen som et særlig viktig satsningsområde:

Mange tenker kanskje ikke at det er et folkehelseprosjekt, men det er det. Har jo brukt noen av de midlene vi har til helseforebyggende til å være med å finansiere dette. Kanskje et av de viktigste prosjektene vi har.

Prosjektledere viser til viktighet av ikke bare å ivareta eldre aldersgrupper, men også satse i forhold til barn og unge med sikte på inkluderende virksomhet i tidlig alder. En prosjektleder mener det er nødvendig å starte tidlig med holdningsskapende (helsefremmende) arbeid allerede i barnehager og skoler, for å bidra til sosial utjevning. En annen peker på barnehagen som en arena for tidlig intervensjon. Sammenhenger mellom språkvansker og sosial fungering, og hvilke utfordringer det kan føre til seinere i livet, er vist til ved forskning.

Det overordnede helsefremmende fokuset Danmark viser til, ønsker noen prosjektledere også å se nærmere på for hele virksomheten. Målet er å endre språk og fokus i egne rekker, i retning mestring fremfor sykdom;

(Det er)veldig vesentlig, men vanskelig, for alle våre verktøy er veldig sykdomsfokuser. For det der salutogene, det å få frem det helsefremmende... - begrepene vi bruker.

Friskliv

”Frisklivstanken” kan sies å være både helsefremmende og forebyggende – eller med et overbegrep samlet til helsefremmende arbeid. Kommunene har etablert eller er i gang med planlegging for å etablere frisklivssentraler, hvor det skal drives undervisning og opplæring av personer som står i fare for å utvikle livsstilssykdommer. Mange av sentralene som utgjør de gode eksempler i veilederen fra Helsedirektoratet er fra små kommuner, der den fysiske avstanden er liten, og lett å holde oversikt over hva en har og ikke har av tilbud. Som en informant uttrykker:

Det er gjerne et problem å få oversikt over hva vi har, det gjelder ikke bare på dette området her, men på veldig mange områder.

I noen av kommunen er folkehelserådgiver drivkraft bak planleggingen av frisklivssentralene noe som krever en del ressurser:

For dette har jeg gjort ved siden av, eller oppå alt det andre jeg holder på med. Andre kommuner har en egen 50 % stilling som gjør den utredningen som jeg nå gjør. Får ikke den aktiviteten og fremdriften som skal til for å komme skikkelig i gang.

Eksempler på organisering av arbeidsgrupper som jobber med utforming av frisklivssentraler, viser at der er representanter fra de fleste levekårsområder; mestringsenheten (mental helse), omsorg, helsestasjonene og fysio-/ergoterapitjenestene. Første runde innebærer å finne ut og samle informasjon om hva som allerede eksisterer av frisklivstilbud i kommunene. Frisklivssentralene skal være koordinerende enheter, uten at alt nødvendigvis skal foregå i deres lokaler. Mens noen kommuner har et eget bygg til denne virksomheten, har andre ikke det. Forbilledlig hører vi eksempler på at planleggere ønsker å få til samarbeid på tvers av etater og bidra til at alle instanser skal kjenne til hverandre.

Frisklivssentralene er tenkt som et lavterskeltilbud, og skal samtidig kunne tilby tilpasset (profesjonelt) opplegg. Helse følger sosioøkonomiske skillelinjer, derfor er det svært viktig at frisklivssentralen har en lav terskel, sier flere av våre informanter. Ledere tenker mer og mindre spesifikke målgrupper/diagnoser, da noen ser en fare knyttet til stigmatisering. Eksempler på satsingsområder i frisklivssentraler i en av kommunene er: «Stor og strek» for voksne (over 18 år), og Livsstilsskolen for barn fra 6-8, og 10-12 år. Dette er tilbud kommunen det gjelder allerede er i gang med. Tilbudet ”Stor og sterk” og Livsstilsskolen, er ganske eksklusive i den forstand at de er omfattende. Ikke alle som blir henvist har behov for tilbudene i sin helhet, så de må legges til rette for den enkelte tjenestemottaker og breiere brukergrupper.

På spørsmål om hvordan en tenker å jobbe konkret i forhold til endring av levevaner, svarer en av informantene våre:

Da tenker vi at det skal være et tilbud på frisklivssentralen som skal være en slags resept – alt dette er henta fra veileder fra Helsedirektoratet. En resept vil si å bli henvist

til frisklivssamtalen, finner ut hvor en skal begynne. Er du motivert, er du aktuell for frisklivssentralen. / Og da vil det være kurs, f.eks. bra-mat-kurs eller livsstilsendring (...) og en vil få samtale der. Samtalene med brukere vil bli individuelle, men trening og kurs vil være i grupper. Og gjerne kan det være aktuelt med en type erfaringsutveksling – i grupper i tillegg.

Innenfor rammen av friskliv (og i noen sammenhenger rehabilitering) vil administrasjonene gjerne gjøre det som kalles *motiverende eller inviterende samtale* obligatorisk, forteller flere av informantene våre. Spesielt i København har de utviklet dette samtaleredskapet videre, med tanke på å starte en prosess for livsstilsendring. I Norge er verktøyet kjent fra arbeid innen rus og psykisk helse, men er lite brukt overfor eldre.

Det er viktig å komme tidlig inn i borgeres liv, hvis en skal få til endringer, for å få mest mulig ut av ressursene. I andre ender er oppfølging viktig;

Evaluering vil bli gjort etter 12 uker, og en ser om personen er klar for noe annet. Da gjelds det å finne alternativer så en ikke mister de igjen, for da mister en den varige endringen. Nødvendig å sikre overføringen før en slipper de ut, men at en er veldig tydelig... ellers kan det bli en sovepute tenker jeg, at en er veldig ivaretatt. Sånn at svaret en har for egen helse...

For noen av informantene er det viktig at den som skal være fremtidig leder for frisklivssentralen må være autorisert helsepersonell, med minimum 3 års helsefaglig utdanning. For andre ansatte ønskes det helsefaglig eller pedagogisk utdanning, gjerne med kunnskap innenfor fysisk aktivitet, kosthold eller andre relevante områder.

Informantene våre er også opptatt av frisklivssentralens rolle som kompetansesenter; et sted der både brukere av tjenestene og personale kan få råd og informasjon om tilbud, satt sammen etter behovet en ser i kommunen. Det vises til at blant andre fastleger lurte på hvordan de skal forholde seg til livsstilsproblematikk. Frisklivstilbudet vil dermed trolig bli godt mottatt av de yrkesgruppene som kan henvise.

Selvhjelpsgrupper etterspør av legene, noe Selvhjelp Norge også er spesielt opptatt av å få etablert flere steder. Dette kan knyttes direkte opp til Frisklivssentralen sine oppgaver, hvor personer kan ledes videre til organiserte opplegg utenfor den kommunale/offentlige tjenesten. Det er etablert samarbeid på rene sosiale ordninger, der folk trenger å komme ut, trene, gå tur osv. Hvis det er mer omfattende kan det være utfordringer;

Og en av utfordringene er å ha noe å henvise folk til da, noe å lede folk til, hvis noe blir avdekket.

Vi har møtt dem som ønsker å satse på kultur som helsefremmede, og andre er opptatt av å få tilbake hverdagsaktivitetene; sykle, gå, gjøre husarbeid osv, både for unge og eldre, uten at dette er planlagt inn som del av frisklivssentralens virksomhet foreløpig.

Rehabilitering – et felt for innovativt tverrfaglig samarbeid?

I forhold til eldresatsingen, spør vi nærmere etter den politiske agendaen. I følge oppslag i Stavanger Aftenblad har ledende politikere slått fast at Stavanger skal bli «en rakett i helse-Norge» og at «alle skal med»! Utspillet kom etter at sentrale politikere hadde vært med på studietur til Fredericia og Odense i Danmark. Odense har en «alle-for-en»-løsning, og har fått til en imponerende selvbetjeningsportal på enkle hjelpemidler borgerne/innbyggerne har krav på. Politiske grupper i Stavanger er delt i hva de ser som beste startpunktet; AP tenker «alle-for-en»-løsning, mens Høyre vil ha en mer tilnærmet Fredericia-modell. Prosjektleder for den kommunale eldresatsingen har tatt til seg rådet fra forskere i Danmark:

Vi støtter Fredericia-modellen, for det klarer vi – det er avgrensa. Fredericia, de går videre nå til de andre gruppene, men de begynte med noe, så går de videre, stein på stein, mens de ruller den ut for alle i Odense.

På spørsmål om hva innsatsen er for å holde folk ”lengst mulig i eget liv”, svarer en av informantene at kommunen har styrket terapitjenesten; de skal begynne med oppsøkende virksomhet etter utskrivning fra sykehuset. Helse- og sosialkontorene har fått økte ressurser, for at de senest to timer etter utskrivning, uansett meldte behov, skal ta kontakt med personen.

Når det gjelder hverdagsrehabilitering er så å si alle kommuner i gang med planlegging og iverksetting; prosjektplanlegging, nyansettelser og oppstart av tiltak. Kommunene er likevel noe ulikt langt kommet, og skiller seg betydelig i måter å organisere den nye rehabiliterings-tjenesten på. Et eksempel er en av kommunene som har valgt seg ut 2 distrikt, med 2 soner hver, som skal organiseres etter prinsipper for hverdagsrehabilitering. Sonene er valgt ut fra distrikt der personalet er ivrig etter å prøve ut konseptet. Tiltaket retter seg både mot personer som til nå ikke har hatt tjenester (nye brukere) og aktuelle som allerede mottar tjenester fra kommunen (personer som har rehabiliteringspotensiale). Prosjektleder i denne kommunen støtter opp om forståelser i hverdagsrehabilitering, og oppfatter det som veldig kjekt;

Vi tror at det kan være mye mer verdighet og respekt når det er pasienten som bestemmer, til forskjell fra på ett sykehjem, hvor de føler seg som en gjest.

Vår informant mener at kommunen har erfaring, gjennom et prosjekt de har hatt tidligere, kalt ”vi jobber med hendene på ryggen”:

Så det er jo litt en videreføring av det óg, ikke sant, bare at vi går ennå tyngre inn i starten enn det vi gjør nå.

Hvordan ivareta pårørende i forbindelse med rehabilitering, og balansere krav om å bli enige angående målsetninger og trening blant annet, samtidig som de nærmeste ikke sliter seg ut, er diskutert, men uavklart. Når det gjelder strategier for å jobbe systematisk opp mot pårørende og nærpå personer i rehabiliteringsarbeid, som de har sett på i Danmark, sier hun at;

Vi er ikke kommet så langt. Kommer gjerne! //Vi har jo beskrevet og snakket mye om kompetanseøkningen på det.

Sivilsamfunn

Roller og arenaer for samhandling

En av prosjektlederne vi intervjuer forteller at de har hatt møter med frivillige organisasjoner og forskjellige politiske partier, som ønsker å høre og komme med sine innspill. Et av siktemålene er at frivillige lag og organisasjoner skal få lyst til å bruke Helsesenteret i kommunen på kveldstid. Likevel;

Vi har jo ikke tatt den der aktive, det har vi snakket litt om, at vi skulle tatt. Vi kunne jo ha besøkt alt, kan du jo si.

... men det er uoversiktlig!, og vi har vel sagt at vi får se hvordan veien blir. Men vi må ikke glemme det, og vi må holde fokus på det.

På spørsmål om hun benytter Samhandlingsplattformen KS har utarbeidet for frivillighetspolitikk, er svaret at hun er innom av og til, men ikke kjenner akkurat denne delen. Departementet og Direktoratet sin sider sjekker hun derimot jevnlig.

Vi har ikke en egen frivillighetskoordinator, sier folkehelserådgiver. På tidspunktet intervjuene ble gjennomført, hadde ingen av kommunene vi snakket med etablert det. Ledere for frivilligsentralene har kontakt med frivillige lag og organisasjoner, og fungerer sånn sett som en link innenfor sitt område. Planarbeid og eventuelle tanker om hvordan lag og organisasjoner kunne vært innlemmet i ulike etater eller virksomheter i Sandnes kommune, ligger under prosjektet Sunn i Sandnes, der også leder i frivilligsentralen er med.

På spørsmål om samarbeid med frivillige organisasjoner, viser flere av informantene våre til at de har tanker om å knytte til seg frivillighet/organisasjoner gjennom frisklivssentralene etter hvert. De ser tilknytning, likeverd og uforpliktende mellommenneskelige forhold som bærende kvaliteter ved frivillig arbeid i seg selv.

Utfordringen for samtlige kommuner er å få oversikt over det organiserte frivillige feltet. En har foreløpig valgt å fokusere på andre utfordringer enn dette:

(...)de aktivitetene som finnes i kommunen har vi en grei oversikt over, så har vi ikke kommet så mye lengre med oversikt over alt det andre som finnes av frivillige tilbud og engasjement. Tiden har gått med til å skrive en politisk sak nå (om implementering av samhandlingsreformen).

Flere informanter viser til ønske om å lage en felles katalog hvor alle frivillige tiltak presenteres, som etterhvert kan distribueres til innbyggere via post og legges ut ved sentralene. Fri-

villighet kan fylle eventuelle tomrom, eksempelvis fra rehabilitering/ hverdagsrehabilitering, til det å klare seg selv. Frivillighetssentralen med tilbud om turkamerat, nevnes som godt eksempel. Frisklivssentralen kan også sees som et treffsted, et utgangspunkt for kopling videre med lokale frivillige tiltak. Selvhjelp Norge nevnes også med tanke på etablering av selvhjelpsgrupper.

Frivillighetspolitikk

En av prosjektlederne i en stor kommune medgir at hun kjenner ikke frivillighetsområdet spesielt godt. Det er andre i administrasjonen ”som har drevet med det her”. Hun bekrefter at det skrives en frivillighetsmelding akkurat nå, som legges frem for politikere uken etter intervjuet. I forhold til reformarbeidet kunne den kanskje vært utarbeidet tidligere, men på grunn av nye NOU-er, stadig nye føringer og nå reformen:

(...)den forsinkelsen som kommer nå har på en måte vært litt villet.

Ingen av kommunen hadde utarbeidet samarbeids- eller partnerskapsavtaler i henhold til samarbeidsplattformen til KS og Frivillighet Norge. Det finnes imidlertid en del enkeltprosjekter i kommunene som er basert på samarbeid med organisert frivillighet, blant annet i drift av sykehjemmene i Stavanger kommune. Også sentra som drives av kirken/menigheter og eksempelvis Norsk Folkehjelp er særlig gode på dagtilbud eller senterdrift for eldre. Bekymringen knytter seg til «trusselen» om å sette de fleste slike tiltak ut på anbud, noe administrasjonene er pålagt; en ser for seg at grunnlaget for frivillighetens egenart da kan falle bort.

Til planleggingen av lokalmedisinsk senter er det stor aktivitet med prosjekt- og styringsgruppe som skal ha politisk sak på tomt og planprogram over nyttår. Høsten 2011 holdt de en større dialogkonferanse og inviterte deltakere bredt fra kommune og sykehus, politikere, forskere, samt frivillige lag og organisasjoner. Ny studietur til Danmark står på planen i den forbindelse, for å se nærmere på innhold og oppgaver, frem mot ferdig rapport i jan/febr 2013;

Ja men i hvert fall så jobber vi nå med innhold, og vi er fortsatt i den fasen at vi får innspill.

Stavanger kommune har etablert et vellykket samarbeid med Stavanger Turistforening (SFT), som de ønsker å videreutvikle. SFT sitt prosjekt ”52 hverdagsturer” sees som del av helsefremmende arbeid. Turene er lagt til bydelene, og en ser på muligheten for å finne turledere gjennom frivilligsentralene.

Det er opprettet kontakt med Selvhjelp Norge og Kreftforeningen, for å bli kjent med hva de tilbyr, og om det er områder en kan samarbeide på, f.eks. å arrangere røykesluttkrus. Frivilligsentralene kan være aktuelle i utarbeidelsen av en slik katalog.

Stavanger kommune har ulike kontakter de utveksler erfaring med, bl.a. Trondheim kommune:

Trondheim peker på en del av de utfordringene vi har, spennende å være i kontakt med noen som har gjort noe- som vi kan skjelve til.

Ordførerne i ni byer, deriblant Trondheim, har satt i gang et prosjekt med målsetting om å arbeide sammen for en sterkere samhandling mellom kommune og frivillig sektor.

Folkehelseutvalget i Stavanger har diskutert at en må bli flinkere på å ha en samordnet dialog med det frivillige, nå foregår det noe sporadisk. Det ligger inne i handlingsplan at en skal jobbe mer med dette. Folkehelserådgiveren vi snakker med, understreker at;

Mobilisering av sivilsamfunn er spennende, men utfordrende i NOU 2011:11. Det er en lang vei å gå frem mot de 25 %.

Av andre spennende satsingsområder fremover i Stavanger kommune, bør nevnes levekårsløft i utsatte levekårssoner, der en tar utgangspunkt i Husbankens metodikk for Groruddalen og i Bergen. Det handler om involvering av beboerforeninger, frivillige lag, organisasjoner, der alt skal organiseres og springe ut fra et lokalt initiativ. Nærmere bestemt stedsutviklende arbeid. *Det dreier seg om brukermedvirkningsprosesser, livet mellom husene, å få til gode møteplasser, og å tenke folkehelse:*

For å vise at levekårsundersøkelser handler om mer enn å produsere data.

Oppsummering av intervju med kommunalt ansatte

Gjennom samtalene og intervjuene med prosjektansvarlige kommunalt ansatte og utvalgte ideelle organisasjoner i vårt nærområde over en halvårsperiode, har vi fått et situasjonsbilde av en pågående prosess. Det vi har vært opptatt av er hvordan kommunene planlegger og utvikler nye former for engasjement og deltakelse innenfor helse- og omsorgssektoren, blant brukere og nærpersoner. Vi er også interessert i å få et innblikk i hvordan en på samme virksomhetsområde også administrativt, planlegger koordinering og involvering av det sivile samfunnet, blant annet i utforming av tjenestetilbudet i henhold til det nye lovverket.

Strategi og organisering av prosessen er for kommunenes del preget av statlige krav om hurtig omskifting, politiske forhandlinger og bedret samhandling, samtidig som nye oppgaver skal løses på lavest mulig, effektive kostnadsnivå. Tilbudet skal samtidig oppleves like godt eller bedre for den som trenger det. Alle kommunene vi har snakket med, ser velferdsteknologisk forskning som hensiktsmessig i denne sammenhengen, og har satset eller ønsker å satse på dette. Til tross for ønske og tanker om tettere etablering av samhandlingsflater som omfatter det sivile samfunnet, f.eks. i form av organisert frivillighet, er det ingen av informantene som gir uttrykk for dette som et mulig forskningsfelt.

De kommunale administrasjonene vi har snakket med, satser på utvikling av helsefremmede- og sykdomsforebyggende tiltak, men med relativt tradisjonelle (prosjekt-)metodiske tilnærminger og i stor grad med kommunalt helsefaglig (medisinsk) personell i førersetet. Deler av rehabiliteringsvirksomheten blir i de fleste kommuner omorganisert eller supplert med arbeidsformer etter modell fra dansk hverdagsrehabilitering, noe som likner på innovative grep. Hverdagsinnovasjon kan vi se og høre oppstår fra enkelte arnesteder – ofte flere initiativ fra samme sted. Kommunal administrasjon holder også frem disse som gode eksempler, uten at det fører til liknende drift andre steder. Større innovative grep eller innovasjonsledelse glimrer med sitt fravær.

Få (ingen?) av de helsefremmende tiltakene kan sies å være nye eller er blitt spesielt aktualisert i forbindelse med reformen. Mer tradisjonelle forebyggende virksomhet rettet mot spesifikke diagnosegrupper (personer med KOLS, overvekt, psykisk uhelse etc) er planlagt inn i nye frisklivssatsninger. Tilbudet her følger sentrale føringer om kurs rettet mot røykeslutt, bedret fysisk form, kost/ernæring og til en viss grad rus/psykisk helse.

Med hensyn til engasjement, deltakelse og medvirkning kan det generelt handle om alt fra demokratiske prosesser der man har innflytelse på politiske beslutninger, til frivillige aktiviteter og prosjekter (Ruud og Vestby 2011). Kommunene vi har snakket med gir foreløpig ikke uttrykk for å ha kommet frem til hvordan brukermedvirkningen skal organiseres og systematiseres, eller hvilke betydning brukernes erfaringer får for tjenestens utvikling. Skal det f.eks. finnes et eget brukerperspektiv på helse- og rehabiliteringstjenester og hva skal det i så fall bestå i? Vi har heller ikke fått innblikk i hvordan brukerperspektiv kan omformes til endringer i tjenesten (Andreassen 2011). Det finnes altså mange ubesvarte spørsmål å forfølge videre.

Vi finner ulike eksempler på løsninger på tvers av fag og avdelinger i forhold til organisering og iverksettelse av reformarbeidet (arbeidsgrupper administrativt). Det er imidlertid foreløpig lite som tyder på brede medvirknings- eller involveringsprosesser der kommunene systematisk involverer brukere eller nærpå personer, og heller ikke frivillige i utforming av helse- og omsorgstjenestene. Heller ikke systematikk rundt involvering av pårørende eller lokalsamfunn i sammenheng med individuell rehabilitering i hjemmet, er tenkt inn fra start. Kommunene imøtekommer lovens krav i form av brukerrepresentasjon i prosjektgruppene, men vi stiller oss spørrende til forutsetninger for- og virkningen av denne medvirkningen på et relativt høyt administrativt nivå. Det jobbes imidlertid med å utvikle retningslinjer for hva medvirkning skal handle om på systemnivå.

Ingen av kommunene har utarbeidet en frivillighetspolitisk plattform, etter modell fra KS og Frivillighet Norge. Det finnes imidlertid flere virkningsfulle enkelt eksempler på samarbeidsprosjekter mellom det kommunale og organiserte frivillige. Det er systematikken og en overordnet politikk i samarbeidet vi etterlyser, med anvendelse av virkemidler som tilrettelegger for (økt) frivillighet.

Kommunene er pålagt å tilrettelegge for forskning, noe blant annet kommunehelsetjenesten i for liten grad har vært åpne for til nå (St. Meld. 47, NOU 2011). Selv om de administrative lederne vi har snakket med er klar over dette, og er både inviterende og åpne, mangler de faglige og økonomiske ressurser, slik vi ser det.

Vi ønsker i fortsettelsen å presentere resultater fra intervjuene med det organiserte frivillige feltet. Noe av hensikten med å presentere hver organisasjon for seg, er å vise frem et snitt av det mangfold organisert frivillighet har å tilby. Vi starter likevel med en kort oppsummering av sammenliknbare størrelser på tvers.

Det frivillige feltet

Med ett unntak, har vi snakket med aktører som tilhører organisert frivillighet. Vi er opptatt av på hvilke måter og i hvilket omfang det organiserte frivillige opplever involvering, fortrinnsvis i forhold det kommunale helse- og omsorgstjenestefeltet. Involvering i bred forstand, og eksempler på samhandlingsarenaer med det kommunale, er sentrale tema vi har berørt. Intervjuene blir ikke presentert tematisk, som under de kommunale intervjuene, siden våre informanter har svært ulike virkeområder og benytter seg av ulike arbeidsmetodikk. Det er imidlertid fellesnevner i dette materialet som i intervjuene med kommunalt ansatte. Vi vil kort presentere disse før vi viser frem eksempler på frivillig virksomhet.

Slik vi forstår det frivillige feltet, medfører foreløpig ikke reformarbeidet merkbare endringer for deres virke. Selv om de frivillige organisasjonene vi har snakket med, har ønsker og planer om nye oppgaveløsninger, utvidet brukergrupper, bedret økonomi og økt samhandling med kommunene, skjer dette i hovedsak, men med noen unntak, fra sak til sak og ikke med utgangspunkt i en formalisert og strategisk samarbeidsavtale. Byprestens (Sandnes menighet) samhandlingsgruppe med Sandnes kommune er svært interessant i denne sammenhengen. De frivillige organisasjonene har helt klart en oppgave å gjøre i forhold til å synliggjøre ressursene sine for kommunen.

Informantene oppfatter sin frivillig-rolle som supplerende i forhold til de oppgavene kommunene mangler ressurser for å imøtekomme, og oppfatter seg samtidig som ressurs i forhold til virksomhet definert utenfor kommunale ansvarsområder og stillinger. Det finnes gode eksempler på samarbeidsprosjekter som involverer både frivillighet og profesjonelle.

Innovasjon i omsorg (NoU 2011:11) viser til kommunenes manglende kapasitet med hensyn til innovativ tenking. Svært få kommuner har i følge utredningen, økonomi til selv å finansiere innovasjonsprosesser med tjenesteutviklende målsettinger på omsorgsfeltet. Vi tenker at dette understreker nødvendigheten av å se nærmere på hvilke ressurser mobilisering av sivilsamfunn vil kunne utløse, og hvilke oppgaver som kan være egnet for det frivillige feltet.

Diakonhjemmet Høgskole i Sandnes har som nevnt, kontakt med flere ideelle, frivillig organisasjoner. De inngår med viktige bidrag i undervisning, og som del av praksisfeltet blant annet.

I avsnittene som følger vil vi vise til at frivillig organisert virksomhet fungerer som sosialt sikkerhetsnett for mennesker, og skaper kulturelle møteplasser. Frivillig sektor/virksomhet har på denne måte en viktig forebyggende og helsefremmende rolle i samfunnet (KS 2008).

Selvhjelp Norge

Selvhjelp Norge ble etablert i 2006 som en følge av iverksetting av Nasjonal plan for selvhjelp. Prosjektet ble finansiert over opptrappingsplanen for psykisk helse, men gikk over på

statsbudsjettet fra 2009. Virksomheten drives på oppdrag fra Helsedirektoratet (Selvhjelp Norge 2012). Selvhjelp Norge har som hovedoppgave å spre kunnskap om selvorganisert selvhjelp, og jobber mange steder tett med Frivillighetssentralene. Målsettingen er å gjøre kunnskap om selvorganisering tilgjengelig slik at den kan tas i bruk lokalt. Distriktskontorene er spydspisser i dette arbeidet (Selvhjelp Norge 2012).

Nyansatt leder i Rogaland snakket med oss i januar. Ett av prosjektene de arbeider med lokalt er å få til et samarbeid med frivillighetssentralene i fylket. Gjennom sentralene ønsker de å synliggjør verdien av selvorganisert selvhjelp i form av selvhjelpsgrupper, organisere slike og stille lokaler til disposisjon for gruppene. Selvhjelp Norge har etablert et samarbeid med frivillighetssentraler, som både organiserer selvhjelpsgrupper og stiller med lokaler for møtevirkosomhet i gruppene. Gjennom samarbeid med sentralene ønsker de å få organisert et nettverk av møteplasser der personer som ønsker å gå i en selvhjelpsgruppe får et sted å henvende seg til. Frivillighetssentralene tar i mot henvendelser og setter i gang grupper. En stor del av informasjonsarbeidet gjøres over for helsepersonell slik at disse har kunnskap som kan gis videre til de pasientene de er i kontakt med.

I skrivende stund er det opprettet et kontaktpunkt ved Sandnes frivilligsentral der de tar imot henvendelser og setter i gang selvhjelpsgrupper.

Lokal ildsjel - «Regional nettportal»

En frivillig ildsjel, med erfaring fra lederarbeid og frivillig arbeid i kreftomsorgen, er godt i gang med et prosjekt på eget initiativ. Godt hjulpet av et nettverk av frivillige, venner og bekjente er han i gang med å lage en interaktiv nettportal for organisasjoner som tilbyr ideelle, frivillige tjenester innenfor området helse, sosial og omsorg. Tilbudet er ment som et verktøy både for befolkningen generelt og offentlig sektor spesielt, med en oversikt over hva kommunen/bydelen har å tilby, og muligheter på tvers av by- og kommunegrenser. Han tenker at det kan dras veksler på kunnskap som allerede eksisterer i organisasjonene. Det vil også være bedre ressursutnyttelse dersom organisasjoner og lag deler på kunnskapen de har, eksempelvis i førstehjelp, hvordan føre "den gode samtalen", søke eksterne midler, organisering og drift osv. Foreløpig har han identifisert ikke mindre enn 300 ulike lag og organisasjoner bare i Rogaland, som kan være aktuelle for presentasjon gjennom portalen.

I august 2012 kan han fortelle oss at han har etablert «Livsgledesenteret», et ideelt AS, der etablering av nettportalen inngår som ett av flere satsingsområder. I samarbeid med Mental Helse, har han utarbeidet et besøksprogram på alle videregående skoler i fylket. I dette prosjektet inngår en presentasjon av alle frivillige organisasjoner som kan ha noe å tilby aldersgruppen. Det er søkt Ekstrastiftelsen for midler til dette. Det er viktig å få til gode synergier, understreker han. Stiftelsen vil også arrangere en frivillighetskonferanse, der 4 kommuner i utgangspunktet er invitert til å delta sammen med frivillige organisasjoner i regionen. Ett av temaene vil bli hvordan søke økonomiske midler, driftsmidler. Det finnes relativt beskjedent

med kompetanse på dette området blant de frivillige organisasjonene i regionen, mener han.

Sandnes menighetsdiakon

Menighetsarbeidet omfatter blant annet trosopplæring, ungdoms- og konfirmantarbeid. Sandnes kirkelige Fellesråd har ansatt flere diakoner, en av dem i Sandnes menighet.

Kirkens tilbud er blant annet gratis samtale med diakonen. Videre driver diakonen med ungdomsarbeid, oppfølging av ungdomsledere, konfirmantopplæring og nettverksbygging. Hun forholder seg til uorganiserte frivillige i forbindelse med konfirmasjonsundervisning, hvor de kaller inn foreldre til å lage middag til hver samling.

Frivillighet mobiliseres også i forbindelse med gudstjeneste - klokker, medliturg, kirkeverter, søndagsskolen, nattverd-hjelpere, verter for dåpsfolk, kirkeskyss, kirkekaffe. Mye av innsatsen går med her, både for de frivillige selv og sokneprest som skal organisere det hele.

At foreldre stiller opp på enkeltoppdrag for sine egne ungdommer, kan ses som typisk for frivillighet; det er vanskeligere å rekruttere unge voksne, til langvarige tjenester, som var mer vanlig før. Diakonens konklusjon er at folk er opptatte, de investerer i korte engasjementer.

En holder på med revisjon av diakoniplanen, og drøfter hva diakonien skal innebære og videre satsingsområder. Av tjenester diakonen viser til, kan nevnes:

Kirkens sykevaktordning er en tjeneste Sandnes kirkelige Fellesråd organiserer, som betales av Sandnes kommune. De tilbyr kjøretjeneste til lege og lignende, sykebesøk, nattevakt m.m. Det kreves ingen spesiell profesjonsbakgrunn for å ta en slik jobb og få betalt for det.

Menigheten tilbyr *felles sorgarbeid* (for hele kommunen, samt Jærkommunene) i form av selvhjelpsgrupper, for flere aldersgrupper. Støttet av Senter for krisepsykologi i Bergen, tilbyr de opplæring og veiledning av ledere for slike grupper.

Grupper for barn med to adresser driver diakonen i Riska i samarbeid med helsesøster i Riska (bydel). Siden alt er sentrert om ett (lege-)senter er et slikt arbeid lettere i Riska enn i Sandnes med mange bydeler.

Arrangerer *hverdagsmesse*, diakon og sokneprest i samarbeid med Byprestene hver onsdag, dette er en viktig møteplass. Det er Byprestene som er hovedansvarlige for hverdagsmessen. En av målgruppene hennes er personer og familier med lavere inntekt enn gjennomsnittet, gjerne med rus og/eller andre sosiale problemer.

På spørsmål om hva diakoni handler om, hva de kan tilby som helse- og sosialfaglige profesjoner «mangler», svarer hun:

Oppfatter det slik at det må være alvorlig før folk tar kontakt med en diakon.... Mange tenker sånn... Vi «bringer himmelen inn over livet» - mange tar det som en selvfølge, synes det er godt. Spør de, kan jeg be for dem...følge dem....diakonal virksomhet handler om omsorg, empati, åpenhet, bygge tillitt, viktigst å være åpen...ikke snakke så mye, eller bruke ord. En signaliserer gjennom kroppsspråket hva en mener, det er tydelig nok....

Diakonen sier videre at hun ønsker å diskutere dagligdagse ting med dem hun snakker med:

Folk tenker mest på at det må handle om trosspørsmål, det må det ikke. Vi drar på hjemmebesøk dersom blir spurt, det er ikke organisert. De som søker meg befinner seg i hovedsak lavere i det sosiale feltet: innen rus/psykiatri, og nærpå personer til disse. Blir ofte kontaktet i forbindelse med kirkekaffe etter hverdagsmesse.

Av nye prosjekt eller ønsket samarbeid nevner hun kriseberedskapsteam i Sandnes. Kirken skal være en ressurs som kan stille på kort varsel, og som folk også kan forvente stiller opp.

Med tanke på de yngste barna, ønsker menigheten et samarbeid med helsesøstre. De vil også gjerne være en ressurs i skole, barnehage, f.eks. i forhold til splittede familier, alvorlig sykdom, m.v.

Videre ønsker vi oss også inn i familier i alderskategori 20-45...f.eks. med undervisning...

Menigheten har fått invitasjon fra helsetjenesten på fylkesnivå i forhold til lindrende behandling, palliasjon, som ønsker et samarbeid om dette. Nå kan folk med alvorlig sykdom eller ønske om samtale ved livets slutt, ta direkte kontakt med diakon ved behov.

Kirkens sosialtjeneste, Crux

Crux oppfølgingscenter er en av ni virksomheter knyttet til Kirkens Sosialtjeneste, Seksjon oppfølging. Leder av virksomheten er utdannet sykepleier og diakon. Oppfølgingscenteret har som hovedmål å bidra til helhetlig ettervernstilbud for mennesker med rushistorie eller kriminell bakgrunn, som har gått over i rehabiliterings- og endringsarbeid. Det er ikke et behandlingssenter. Noen deltakere er i LAR-behandling, andre har valgt et medikamentfritt behandlingssopplegg. Crux gir også oppfølgingstilbud for de som soner, har sonet i fengsel eller er under friomsorgens tiltak (Kirkens sosialtjeneste 2012).

Leder forteller at Crux ønsker å bidra til økt selvinnsett og nye relasjoner, et selvstendig liv basert på egen behov, verdier og interesser og økt livskvalitet, i form av nye mestringserfaringer og livshistorier som kan være med på å hindre tilbakefall til rusavhengighet og kriminalitet. Tilbudet er for kvinner og menn over 18 år, de fleste av deltakerne er mellom 30-40 år. Oppmøte krever rusfri atferd, og er på den måten et høyterskeltilbud. Noen av deltakerne kommer gjennom anbefalinger fra andre deltakere, andre kommer med utgangspunkt i henvendelser fra offentlige eller private samarbeidspartnere.

Årlig er Crux i kontakt med ca. 200 personer. Noen benytter seg av tilbudet ved senteret flere ganger i uken gjennom året, andre er tilknyttet virksomheten i perioder. I tillegg har en del personer sporadisk eller svært begrenset kontakt. Senteret vil være tilgjengelig for deltakere så lenge som de selv ønsker kontakt.

Med utgangspunkt i et helhetlig, kristent verdi- og menneskesyn, er Crux opptatt av faglig kvalitet og en tydelig verdiprofilering. Samtaler, nettverksbygging og aktiviteter er kjernen i arbeidet. En ønsker aktivt å ta i bruk den enkeltes muligheter, og gjennom samhandling og refleksjoner bidra til ny identitet og rolleforståelse. Metodisk bruker fagpersonell ved CRUX elementer fra sosial nettverksmetodikk, motiverende intervju, LØFT (løsningsfokusert tilnærming) og kognitive tilnærminger i samtaler med den enkelte og i fellessamtaler. I samtalen berøres ulike tema som boligsituasjon, praktiske utfordringer ved det å bo, veiledning til disponering private økonomi, fritid og aktiviteter, samvær med barn og familie m.m. Crux oppmuntrer deltakere til å komme i kontakt med tidligere rusfrie venner og etablere nye kontakter.

Crux tilbyr selv et variert fritids- og aktivitetstilbud. Gruppa Crux Vedlikehold gir deltakere mulighet for arbeidserfaring inntil 2-3 dager i uken.

Crux har per dags dato en liten stab med virksomhetsleder og miljøterapeut i 100 % stilling. I tillegg har senteret miljøarbeider og arbeidsveileder under forutsetning av finansiering.

Frivillige er en svært viktig ressurs i Crux sitt arbeidet. I 2010 hadde senteret 26 frivillige personer som bidro i eller rundt driften. Det ble lagt ned 1200 timer frivillighet, som tilsvarer i sum en 70 % stilling. Dyktige frivillige bidrar til godt miljø på senteret, og er i tillegg en viktig ressurs i det å knytte kontakter utenfor miljøet. Frivillige underskriver «erklæring om medarbeiderskap og taushetsplikt.» Den enkelte forplikter seg til å stå i veiledningsrelasjon til virksomhetsleder eller andre faglærte, samt deltar i medarbeidersamtaler. Crux ønsker seg trygge voksne medarbeidere, med bredde i interesser og livserfaring. Mange har erfaring fra frivillig arbeid i menigheter. Kvaliteten i frivilligheten er svært verdifull, siden de frivillige «*bidrar med en genuin interesse for de som benytter seg av tjenestetilbudet*». Mange deltakere har mange ansatte-kontakter i hjelpeapparatet, men få rusfrie venner. De frivillige bidrar med en ulønnet medmenneskelig kontakt som mange deltakere ønsker mer av. Leder sier videre at;

Sett ut fra lønnsnivået og krav til fleksibilitet, kan en nok si at de ansatte medarbeiderne også må ha en god del idealisme.

Virksomheten finansieres gjennom tilskudd fra Sandnes kommune, Helsedirektoratet og Justisdepartementet. I tillegg søkes det prosjektmidler og tilskudd fra nabokommuner, gaver og legater. Inntekt for arbeidsoppdrag er avgjørende for drift av Crux Vedlikehold.

Crux arbeider på oppdrag fra, og i forståelse med Sandnes kommune. Crux har også et samarbeid med Gjesdal, Time og Sola kommuner. I 2010 ble det inngått samarbeidsavtale mel-

lom Crux oppfølgingscenter og Kriminalomsorgen region sør-vest. I tillegg samarbeider Crux med andre humanitære organisasjoner, som Funkishuset (Stiftelsen Huset), Byprestene, veiledningssenteret for pårørende (Sanitetsforeningen), Senter Mot Seksuelle Overgrep, Frelsearmeen, Kafetilbud No 13 (pinsemenigheten Klippen), Møtestedet (Klepp) og Stoppen kafe (Ålgård) m.fl.. Disse har også jevnlig felles inspirasjonssamlinger.

Bypresten

Bypresten er et diakonalt tjenestetilbud, drevet av Sandnes kirkelige fellesråd. Målet med tilbudet er å møte mennesker med tung rusproblematikk, og å hjelpe de til et bedre liv - helst uten rus (Sandnes menighet 2012). Diakonhjemmet Høgskole har inngått en samarbeidsavtale med Bypresten, som blant annet omfatter undervisning.

Bypresten er underlagt kirkelig fellesråd (arbeidsgiver), samt driftes av innsamlede midler, gaver, og noe offentlig støtte, bl. a. fra NAV. Dette er ikke et lovbestemt tiltak, men et kirkelig engasjement innenfor rusfeltet i Sandnes. Av denne grunn er det et prinsipielt interessant spørsmål, i forhold til offentlige støtteordninger, hvorvidt Bypresten faller innenfor eller utenfor "frivilligheten". Dette har gitt problemer i forhold til å søke midler beregnet på frivillighetsfeltet, eksempelvis fra Helsedepartementet; vanligvis får de avslag på grunn av tilknytning til offentlig/statlig virksomhet, noe som gir uforutsigbarhet med hensyn til rammebetingelser.

Byprestens oppdrag/mandat er å være i det etablerte rusmiljøet – finne og fylle huller, være gatenært/på gata og gjøre de oppgavene som kommunen ikke gjør. Prosjektets navn «Nær-vær», indikerer at de skal være tilstede der folk lever hverdagen sin med rus. Dette feltet inkluderer også mye psykiske helseproblemer.

Bypresten har gjennom årene utviklet et godt samarbeid med kommunens sosiale tjenester, men opplever at det er vanskeligere å få til gode samarbeidsrutiner etter gjennomføringen av NAV-reformen. Det er fortsatt et godt samarbeid mellom Bypresten og kommunen, blant annet om boligsosial handlingsplan og rusplan i Sandnes.

Med hensyn til arbeidsrettede tiltak/rehabilitering, samsnakker Bypresten, Crux og kommunen. Tjenestemottakere/rusavhengige er sårbare ved overganger i livet; det handler om å komme ut av avhengighetsforholdet, og inn i en rusfri tilværelse. På områder kommunen gjerne vil ha kontroll, vil ikke nødvendigvis den rusavhengige at kommunen skal ha det. Rehabilitering handler bl.a. også om å komme ut av det offentliges tette kontroll.

I forhold til aktiviteter/fritid/rehabilitering, ønsker Bypresten en tett og åpen dialog med offentlige instanser (kommunen/NAV), slik at ikke offentlige og frivillige instanser starter med de samme aktivitetene, men heller søker å samhandle om aktiviteter og slik utnytte de totale ressursene på en bedre måte, og dermed gi et bredere og bedre tilbud til målgruppene. En slik samhandlingsgruppe er etablert høsten 2012.

Byprestene tenker at kommunen/NAV har ansvar for at det skal være et bredest mulig tilbud, men trenger ikke drive alt selv! Frivilligheten har mye å bidra med for å gi et best mulig totaltilbud. Ellers viser informantene til et fortsatt godt samarbeid med kommunen; Bypresten har bl.a. fått god leieavtale om lokaler.

Sjelesorg utgjør det spesifikke kirkelige i tjenestetilbudet Bypresten gir. Som tidligere nevnt bidrar Bypresten i hverdagsmesser. I tillegg organiserer Bypresten salg av gatemagasinet Asfalt, og følger opp selgere. Frivillige er i tillegg med og hjelper både med distribusjon av Asfalt, samt på volleyballtrening. Ute på gata bruker de ikke frivillige i direkte oppsøking av de rusavhengige, det krever både tid og kompetanse å bygge tillit og relasjoner. Presten har et godt utgangspunkt da folk vet at presten har en sterk taushetsforpliktelse.

Prestene mener at:

Skal kirken ha en samfunnsmessig funksjon, må de engasjere seg der mennesker lever og kjemper med selve livet!

Et nærvær blant mennesker hvor rusen dominerer livsopplevelsen, er et slikt samfunnsmessig og diakonalt ansvar. Prestene får selv veiledning, som de mener er helt nødvendig med tanke på at de jobber med mennesker med tunge livshistorier, billedlig talt «*tungindustrien*»!

Bypresten deltar i det etablerte samarbeidsforumet nevnt under Crux. Som en påminnelse til kommunene om egen eksistens og ressurser, har de laget en felles brosjyre med presentasjon av aktiviteter og kompetanse.

Vågen videregående skole har engasjert seg for Byprestenes arbeid, gjennom årlige forestillinger med musikk, dans, drama, og medietiltak. Medielinjens elever har bl.a. laget portrettintervju med rusavhengige til magasinet Asfalt, noe elevene opplevde nytt og utfordrende. Rektor ved Vågen videregående ønsker å videreutvikle samarbeidet.

Oppsummering av intervju med frivilligfeltet

Usikker finansiering, delvis uvitenhet om hvilket arbeid som bedrives og mangel på møtepunkter/samarbeidsarenaer preger det bildet vi får av det frivillige i møte med det kommunale. Det jobbes delvis med samme målgrupper, og til en viss grad komplimenterende, men metodisk ulikt. Det frivillige har en fleksibilitet det kommunale mangler. I en del sammenhenger synes det frivillige også å være «nærere på» enkeltindividene som søker hjelp, og driver delvis oppsøkende virksomhet, noe samtalene våre med de frivillige organisasjonene viser.

For oss gir de frivillige organisasjonene åpenbare interessante eksempler på metodisk organisering av profesjonalitet i samarbeid med frivillighet. Spesielt vil vi vise til rehabiliterende miljøarbeid, slik det praktiseres på CRUX.

Frivillig arbeid lever av lyst og dør av plikt (Thyness 2004). På bakgrunn av datamaterialet vi har, synes ikke dette å beskrive status quo. Det som eventuelt skulle vise seg å være motivasjonshemmende for de frivillige organisasjonene, er snarere mangel på kontakt og etablering av samhandlingsarenaer med det kommunale. Utfordringene er de samme i dag som rapporten om frivillighet i en storby fra 2009, oppsummerer: kommunene mangler de gode samarbeidsmodellene, det vil si nye måter å organisere egen kontaktflate til det lokale organisasjonslivet (Lorentzen mfl. 2009). De kommunale aktørene vi har snakket med, bekrefter dette inntrykket. Det finnes imidlertid gode eksempler på det motsatte, som nevnes f.eks. under presentasjon av Bypresten.

Veien videre – forskningsaktivitet

Reelt folkehelsearbeid og helsefremmende aktivitet har til hensikt å endre samfunnsstrukturer hvor de som bor og lever lokalt har en stor grad av kontroll over mål og midler i prosessen (Mæland 2005). Slik vi ser det, kan foreløpig prosjekter og tiltak handle om ”mer av det samme” og jakt på raske løsninger. Legger en i dag opp aktivitet etter effekt på kort sikt; livsstilstilnærming med tilhørende disiplinerende livsførsel for utvalgte innbyggere? Blir en spesiell type (raske) resultat nødvendig for å tilfredsstille politiske miljøer? Handler det kanskje om at teknokratisering og ekspertvelde vil forsterke sin rolle også i fremtidens helse- og velferdstjenester? Kritikkk satt frem mot sterkt sykdomsforebyggende fokus, er blant annet at når helsevesenet byr på seg selv og velger medisinske prosedyrer i stor grad, kan det gjøre folk mer maktesløs, svekke folks tillitt til egen helse og gi overdreven oppmerksomhet mot kropp og sunnhet (Mæland 2005). Kan vi på denne bakgrunn gå så langt som å si at vi har en rådende diskurs innenfor denne samhandlingsreformens språk, metoder og formål? Hvem er innenfor og hvem hører til ”utenforskapet” i forhold til reformens målgrupper?

Kommunene har en rekke lovpålagte tjenester de må yte, og høy krav om å stille opp for innbyggerne i enhver nødsituasjon. Reformen og nye lover gir ikke rom for å snu opp og ned på alt som virker og ikke virker. Er det likevel mulig å dreie fokus i en noe annen retning uten å hive babyer ut med badevannet, og samtidig tilfredsstille politiske føringer? Et sterkere helsefremmende fokus krever bred involvering og et langtidsperspektiv. Er det da andre typer spørsmål som må stilles, og muligens nye typer ”indikatorer” som blir nødvendige for å dokumentere livskvalitet, helse og glede (lykke)? Og vil det være rom for å prøve ut ulike tilnærminger – for eksempel kombinasjoner av ”top-down” og ”bottom-up” i forhold til bredere medvirkning i en tid med ny tjenesteutvikling?

I fortsettelsen ønsker vi å konkretisere og synliggjøre eksempler på mulige satsingsområder og gi innspill til eventuell videre forskningsaktivitet.

Frivillighet

Behovet for kompetanse på hvordan involvere brukergrupper og andre frivillige organisasjoner, synliggjøres ved programmet «Senter for forskning på sivilsamfunn og frivillig sektor», et samarbeid mellom Institutt for samfunnsforskning og Rokkansenteret/ UiB. Forsknings-senteret er frittstående og faglig uavhengig med blant annet overordnede formål om å styrke utviklingen av kunnskap om frivillig sektors betydning i samfunnet, og bidra til å videreutvikle den statlige frivillighetspolitikken og styrke frivillig sektor (Senter for forskning på sivilsamfunn og frivillig sektor 2012), samt systematisk lokalsamfunnsarbeid.

Et større samarbeidsprosjekt for økt frivillig innsats finnes i Midt-Norge, kalt «Fra pilot til skvadron». Ordførerne i 9 byer i Midt-Norge ble i 2008 enige om å gå sammen om et prosjekt med målsetting om å styrke samhandling mellom kommune og frivillig sektor, slik at frivilligheten skulle få mer forutsigbare vilkår. Arbeidet ble organisert med et hovedprosjekt på tvers av kommunene, og lokale prosjektgrupper i hver by. De lokale prosjektgruppene bidro med innspill til en sterkere samhandling mellom kommunen og frivillig sektor, og var en sentral aktør i arbeidet med å utarbeide kommunens frivillighetspolitikk. Lokalgruppene inviterte også til åpent møte med alle frivillige organisasjoner for å få innspill i de ulike faser i arbeidet (Byer i Midt Norge 2012).

I prosjektperioden var det 4 felles arbeids- og erfaringsseminarer, hvor hensikten var å:

- Utvikle en lærende og dynamisk prosjektorganisasjon
- Informasjon, erfaringsutveksling og kompetanseoverføring byene i mellom
- Utvikle i fellesskap et frivillighetspolitisk verdigrunnlag.
- Sette den enkelte by i stand til å utarbeide lokal frivillighetspolitikk, tiltaks- og handlingsplaner og samarbeidsavtaler med ulike deler av frivillig sektor

Som et resultat av prosjektet har nå samtlige byer vedtatt egen plan for sin frivillighetspolitikk. Det ble dessuten utviklet en felles verdiplattform for Byer i Midt-Norge, med overordnede prinsipper for samhandling mellom offentlig forvaltning og frivillig sektor (Byer i Midt Norge 2012). Viser til nærmere evaluering av prosjektet (Elvergård mfl. 2012).

I Stavanger Aftenblad (23.-24.4 2012) kommenteres Stavangers «Frivillighetsmelding 2012», som er forelagt Bystyret. Hatløy, Leder i Bymisjonen i Stavanger har følgende forslag:

- Skal de (kommunal- vår tilføyelse) ta vare på de frivillige, vil det være en god investering å ruste opp de organisasjonene som driver slikt arbeid. I forslaget til vedtak står det ikke et ord om dette. I selve saksforelegget står det at kommunen vil gå gjennom og evaluere tilskuddsordningene, men der står ikke noe om de vil bruke mer penger på dette...

Videre peker Hatløy på noen utfordringer i forhold til kommunal organisering:

- Det er bra at kommunen vil ha en frivillighetskoordinator. Men dette må ikke føre til en byråkratisering. Det må ikke bli enda flere møter og enda flere rapporter. Jobben til en frivillighetskoordinator må være å kartlegge hvilke oppgaver kommunen trenger hjelp til, og hvordan de frivillige organisasjonene kan rustes opp for å kunne ta på seg nye oppgaver.

Folkehelse og friskliv

I veileder for kommunale frisklivssentraler vises det til et stort behov for dokumentasjon av tiltak for endring av helseatferd (fysisk aktivitet, kosthold og røykevaner). Kommunene oppfordres til å utføre forskningsbaserte evalueringer som kan vurdere effekter av frisklivstilbud

over tid (mer enn 6 mnd. oppfølging). Resultatene av disse kan sammenstilles med oversikter over omfang og kostnader av frisklivstilbudene, og dermed bidra til analyser av kostnad og nytte (Helsedirektoratet 2011).

Weiss i Sverdrup (2002) viser til at hensikten med evalueringsforskning er å «måle virkningen av et program opp i mot de målene man ønsker å oppnå». I tillegg bør evalueringer bidra i en rasjonell beslutningsfatning, og de bør ha en eller annen nytteverdi (Sverdrup 2002).

Som en tilnærming til Frisklivssentralens tjenestetilbud fra et brukerperspektiv, vil evalueringsforskning av på Det Motiverende Intervjuet (MI) kunne gi nyttig informasjon. MI skal i henhold til veileder for Frisklivssentraler være en dokumentert effektiv metode for å hjelpe personer til å endre helseatferd når den benyttes av kompetent personell (Helsedirektoratet 2011). Hvordan opplever tjenestemottakere møtet med denne formen for samtale? Vi ser noen utfordringer knyttet til å styre såkalte sårbare og utsatte grupper inn i livsstilsopplegg. Mæland (2005) understreker viktigheten av at det er mange veier til god helse, og ulike oppfatninger av hva det innebærer, selv om sykdomsforebyggende helsearbeid i vår tid og vår del av verden tar utgangspunkt i en vitenskapelig fundert helseforståelse.

Å finne kvalitetsindikatorer kan være en utfordring i helsefremmede satsing, noe som gjør det komplisert å foreta sammenliknende, kvantitative studier. Den såkalte empowerment-evalueringen, en trend i forlengelse av prosessevalueringen, baseres på de samme prinsippene som prosessevaluering. Et mål i denne tilnærmingen er å fremme eller styrke prosesser og utbytte av prosesser, samt å forstå det sosiale miljøet som tiltaket er en del av. Orienteringen er målrettet og pragmatisk rettet mot forbedring. Empowerment-evalueringen brukes vanligvis i forbindelse med utvikling av sosiale program. En hovedide er å hjelpe folk til selvhjelp, ved kontinuerlig selvevaluering og refleksjon. Deltakere utfører egne evalueringer, og den eksterne evaluator benyttes som veileder eller ressursperson (Sverdrup 2002). Innen helsefremmede satsing, f.eks. i form av lokalsamfunnsarbeid eller hverdagsrehabilitering, vil en slik type tilnærming trolig både kunne styrke deltakermotivasjon, samt åpne for ny og nyttig kunnskap for helseprofesjonene.

Aksjonsforskning, dialogbasert evaluering og følgeforskning er også å regne som prosessorienterte tilnærminger. De krever samhandling mellom en såkalt evaluator og de som er involvert i tiltaket og kontinuitet i evalueringssituasjonen (Sverdrup 2002). Dette er en type forskningsaktivitet som vil kunne pågå over lengre tid, og bidra til kunnskapsutvikling.

Vi mener at det vil være av interesse å følge opp effekter av frisklivstilbud både på tjenestemottaker- og på tjenesteutførernivå. Bruk av ulike evaluerende tilnærminger vil utover det å avdekke effekt av satsingsområder, kunne medvirke i forhold til kunnskapsutvikling og å bygge systematikk i tjenestetilbudet.

Lokalsamfunnsarbeid

"Samfunnsarbeid er en planlagt, midlertidig form for bistand rettet mot depriverte grupper eller områder hvor man ved hjelp av organisering og medvirkning setter de berørte i stand til å framme sine krav og arbeide for en realisering av disse, innenfor de rammene som et lokalt initiativ setter" (Blinge og Kjelman 1983, s 5 i Thyness 2004).

Hensiktsmessige boliger alene er ikke nok til å skape trivsel i bomiljø og lokalsamfunn – det sosiale miljøet må fungere. Å skape et godt bomiljø er man sammen om. For noen grupper er bomiljøet særlig viktig: Barn, eldre og hjemmeværende, er storforbrukere av nærmiljøet. Folk skal ikke bare bo, de skal også trives, dette handler om å tenke helsefremmede. *"Boligpolitikken skal bidra til gode lokalsamfunn som fremmer integrasjon, felleskap og deltakelse"* (NOU 2002:2 s 197). De fleste boområder er etablert, de fleste boliger bygd. Mye er bestemt på forhånd ved at arealene er disponert, og utearealene er som regel begrensede. Sambruk av arealene er ofte en nødvendighet. Det er derfor svært viktig at det legges til rette for at alle grupper og generasjoner blir ivaretatt.

I Norge er situasjonen heldigvis nesten idyllisk sammenlignet med mange andre land, men det finnes boliger og boligområder med større problemer enn andre, med hensyn til det sosiale miljøet og fysiske forhold. Mange vet om "sosialboliger" med dårlig rykte der det bor "problemfamilier" eller stigmatiserte boområder. Samfunnsarbeidsprosjekter i slike boligområder kan ha karakter av "snuoperasjoner" som skal bremse en uheldig utvikling.

Tradisjonelt vil samfunnsarbeidere være opptatt av å (Thyness 2004, s 14) :

- Forbedre fysiske rammer og skape gode omgivelser
- Styrke områdets status og anseelse
- Skape trygghet og utvikle ansvarsfølelse for hverandre og boligområdet
- Trekke beboerne med i meningsfylte fellesaktiviteter
- Støtte utsatte grupper
- Forebygge og megle i konflikter
- Etablere nettverk og koordinere samarbeidet mellom ulike instanser
- Formidle kontakt fra og til sine oppdragsgivere og det politiske nivået i kommunen
- Arbeide med å oppruste alle sider ved lokalsamfunnet.

I utsatte boområder vil det å snu utviklingen som regel være en for stor oppgave for beboere og prosjektmedarbeidere alene. Skal man lykkes er det viktig at noen tar initiativet, og bygger allianser med myndighetene, næringslivet og frivillige for å få til et "samlet grep". Ensidig satsing på nærmiljøprosjekter og samfunnsarbeid vil ikke løse alle problemer i lokalsamfunnet. Det skyldes at befolkningen vil stå overfor problemer og utfordringer der både

årsaker og løsninger må søkes utenfor lokalsamfunnet, ikke sjelden på rikspolitisk nivå. Tjenlige eksempler på dette kan være utforming av boligpolitikk, bankers finansierings-ordninger, arbeidsmarkedspolitikk, endringer i kommunepolitikk, med mer. Slik Thyness (2004) ser det, er og blir lokalsamfunnsarbeid og boligsosialt arbeid, kompensatorisk virksomhet og et supplement til sosial- og nærmiljøpolitikk.

Et godt eksempel på en vellykket snuoperasjon finner man i Bergen. En bydel som fikk avisoppslag som "Loddefjord - en bydel i krise", "Loddefjord - Norges verste narkobydel" snudde i løpet av 10 år utviklingen. Takket være et framsynt boligbyggelag og en samlet offensiv fra lokalbefolkning, miljøvaktmestere, ungdomsarbeidere, politi, kommune og næringsliv, er den i dag en vanlig bydel (Hellesund i Thyness 2004).

Et annet eksempel på lokalsamfunnsarbeid, nevnt innledningsvis, er *Utviklingen av Søndre Nordstrand* (Ruud og Vestby 2011) – en av Oslos yngste bydeler, i dobbel forstand. Fra 1986-1993 økte befolkningen med 80 %. Bydelen er fremdeles i vekst men i et mer moderat og etter hvert avtakende tempo. Mindre enn 2 % er over 80 år, og en tredjedel av beboerne under 20 år. 45 % av befolkningen bestod i 2009 av ikke-vestlige innvandrere, derunder 40 % ikke-vestlige. Det er indentifisert en del problemer blant barn og unge i bydelen, blant annet beskrives andelen som dropper ut av videregående som høy. En annen indikasjon på utfordringer er en høyere andel med barnevernstiltak enn gjennomsnittet for Oslo. Av andre utfordringer kan nevnes dannelse av lommer av segregerte boområder med tendenser til «for-slumming». Det finnes i likhet med andre bydeler, betydelige sosioøkonomiske ulikheter innad i Søndre Nordstrand (Ruud og Vestby 2011).

Tiltak og aktiviteter spesielt for ungdom, er satt i gang på tvers av delbydelene. Likeens er det etablert tiltak lokalt forankret, blant annet kvinnenettverk. Initiativtakerne har vært opp-tatt av å ha tilbud i nærområdet, særlig rettet mot sårbare grupper (Ruud og Vestby 2011). Lokalsamfunnsarbeidet i denne bydelen har bidratt til å fremme integrering og inkludering, og kan dermed tjene som ett godt eksempel til etterfølgelse og videreutvikling.

Sykehjemmet i lokalmiljøet

Øyane sykehjem i Stavanger kommune, arbeider aktivt for å være en del av lokalmiljøet. Bydelens pensjonister inviteres til ulike arrangementer, og en har et godt samarbeid med skole, barnehage og menighet. Siden 2003 har sykehjemmet drevet kafe med nærmiljøet som kundedrets. Man kan treffes over en kopp kaffe, eller delta i forskjellige aktivitets- og kulturtilbud. I tillegg jobbes det målbevisst for å tilrettelegge for frivillig arbeid innen virksomheten. Lag og foreninger, samt et stort antall frivillige enkeltpersoner, er rekruttert fra lokalmiljøet og representerer en ressurs i driften. I 2006 åpnet en Seniorsenteret, der det tilbyr kurs og

andre aktiviteter for alle over 60 år i bydelen. Dette representerer en ny brukergruppe inn i sykehjemmet, noe som igjen er med på å berike miljøet (Øyane sykehjem 2013).

”Aktivitetsdosetten” og ”aktivitetsløype for eldre/beboere” er i tillegg resultat av innovativ virksomhet i og rundt sykehjemmet. ”Mosjons og møteplassen er åpen hele uken, hele døgnet og tilbudet er gratis!”, står det å lese i en kommunal bulletin (stavanger.kommune.no). Våre informanter og media har ved flere anledninger vist til sykehjemmets nybrottsaktivitet, som vi i denne sammenheng vil kalle hverdagsinnovasjon (se s. 15).

Vi mener tydeligere organisering ut mot lokalsamfunn og frivillighet, sammen med lokale innovative grep, vil være tjenlig som modell overførbart til annen sykehjemsdrift. Ulike innganger til forskningsaktivitet knyttet til både kunnskapsutvikling og evaluering av denne virksomheten, vil kunne utrede og spre vellykket profesjonell og frivillig innsats. Det viser seg imidlertid at hverdagsinnovative grep spres mest effektivt direkte mellom kolleger (Digmann m.fl. 2012), noe som kan gi utfordringer om å løfte frem og å overføre kunnskap lokalt.

Rehabilitering; ny organisering og bedre ressursutnyttelse?

I det omfattende prosjektet ”Rehabilitering på borgernes præmisser” som Dansk Sundhedsinstitut (DSI) etablerte i samarbeid med danske kommuner i perioden 2009-2011, utviklet det seg også et eget prosjekt med fokus på de pårørendes oppgaver. Forskere ble oppmerksomme på at de pårørendes oppgaver på en og samme tid var altavgjørende og stort sett usynlige (Navne og Wiuff 2011). DSI ønsket med dette å synliggjøre den eksisterende oppgavefordelingen mellom borgere, pårørende og fagpersoner i rehabilitering, og derigjennom peke på potensiale og utfordringer i fremtidens oppgavefordeling innenfor rehabilitering (Navne og Wiuff 2011, s. 3). Intervju og observasjoner ble utført både i kommunal og spesialisert rehabiliteringsavdelinger, samt i kommunal hverdagsrehabiliteringspraksis. Studien avslører at danske pårørendes oppgaver i forbindelse med en nær slekt eller venn sitt rehabiliteringsforløp, består av en lang rekke sosiale, praktiske, behandlingsmessige og treningsrelaterte oppgaver. I motsetning til annen litteratur på området, viser denne studien at oppgavene for en stor del er av praktisk art og at de ofte blir oversett (Navne og Wiuff, 2011)!

Samlet sett peker overblikket over de pårørendes bidrag på to viktige budskap til fagpersoner: At der finnes pårørende som gjerne vil delta og allerede deltar i oppgaver som trening og praktisk hjelp, og at pårørende er forskjellige og derfor skal spørres om hva de vil og ikke vil (ibid, s. 28). Etter forskernes vurdering her, vil det å trekke med pårørende og brukeren i en åpen dialog, kunne føre til langt mer omfattende pårørendearbeid enn fagpersoner kan forestille seg.

Rapporten understreker at det er høyst på tide at de pårørende blir tatt med i et ”egentlig samarbeid” (Navne og Wiuff, 2011). Samtidig underslår de ikke at det både kan være tidkrevende (på kort sikt), og at det klart vil innbefatte en del dilemma. Fagpersoner er nødt til å forholde seg aktivt og eksplisitt til de utfordringene som en ny oppgavefordeling reiser, og

ha en bevissthet for hvordan familier og ektefellers relasjoner både kan brukes, trues, støttes og forandres av de nye oppgavene som rehabiliteringen bringer inn i familien og øvrige sosiale forhold (ibid, s. 29). Rapporten understreker også at inndragelsen ikke skal foregå standardisert, men tilpasset det enkelte mennesket. Standardiseringen bør utelukkende gå på å sikre at alle pårørende inviteres med, uansett hvor aktivt oppsøkende eller ressurssterke de vurderes til å være (Navne og Wiuff, 2011).

Erfaringer fra det danske prosjektet vil nødvendigvis være overførbare til norske forhold, all den tid samhandlingsreformen legger opp til utvidet fokus på forebygging og rehabilitering, og samtidig minimering av spesialiserte tjenester. Nye former for engasjement av frivillige, nærpåsoner og lokalsamfunn er nevnt som et særlig satsningsområde i Norge og skal økes betydelig, som jo også er utgangspunkt for denne rapporten. Vår oppfordring er at problemstillinger tilsvarende denne danske undersøkelsen planlegges inn i pågående prosjekter, tas videre og undersøkes for i norske praksiser, samt at særlige norske forhold knyttet til organisert (tredje sektor) og privat (fjerde sektor) frivillighet undersøkes spesifikt.

Avsluttende betraktninger

Fra 5 til 25 %...hvordan?

Gjennom samtalene og intervjuene med prosjektansvarlige kommunalt ansatte og utvalgte ideelle organisasjoner i vårt nærrområde over en halvårsperiode, har vi fått et situasjonsbilde av en pågående prosess. Prosessen er for kommunenes del preget av statlige krav om hurtig omskifting, politiske forhandlinger og bedret samhandling, samtidig som nye oppgaver skal løses på lavest mulig, effektive (kostnads-)nivå. Tilbudet skal samtidig oppleves like godt eller bedre for den som trenger det. Slik vi forstår det frivillige feltet, medfører foreløpig ikke reformarbeidet merkbare endringer for deres virke. Selv om de frivillige organisasjonene vi har snakket med, også har ønsker og planer om nye oppgaveløsninger, utvidet brukergrupper, bedret økonomi og økt samhandling med kommunene, skjer dette i hovedsak (med få unntak) fra sak til sak og ikke med utgangspunkt i en formalisert og strategisk samarbeidsavtale. Som et hovedinntrykk, kan vi si at den delen av den kommunale administrasjonen vi har snakket med, gjennomgående har ønske om å få bedre oversikt og tettere samarbeid med det frivillige feltet.

De kommunale administrasjonsansvarlige vi har snakket med virker entusiastiske og motiverte for endringer som reformen medfører. De har politisk velvilje i ryggen, klare målsetninger og tro på at endringene vil bli til det bedre for befolkningen. Vi ser at de akutte kravene om samarbeidsavtaler med sykehusene, medisinsk oppfølging i kommunen og pasientflyt i systemene har krevd mye oppmerksomhet i starten. Flere stener er nå i ferd med å falle på plass, og oppmerksomheten kan rettes mot mer langsiktig planlegging. Som fagpersoner følger vi endringene med interesse og tror som våre kommunale informanter, at mange av tiltakene vil gi bedre livskvalitet for dem det gjelder.

Hvem skal samhandle?

Avslutningsvis sitter vi likevel igjen med flere spørsmål til hvert av hovedområdene vi har berørt gjennom intervjuene og i arbeidet med rapporten. Helt grunnleggende kan vi si at reformen slik den utfolder seg lokalt, berører spørsmål som handler om:

- Strategi og organisering:
 - Hvordan kan innbyggere og brukere medvirke i brede prosesser av fremtidas helse- og velferdstjenester som nå utformes?
 - Hvordan ivaretas samfunns- og sosialfaglig blikk inn i reformer og prosjekter?
 - Hva vil innovasjonsledelse si?
 - Hvordan kan hverdagsinnovasjon spres som praksis?

- Helsefremming versus sykdomsforebygging:
 - Hva slags samfunn vil vi ha i fremtiden?
 - Et samfunn der vi styrer sårbare og utsatte grupper inn i livsstil-sopplegg, eller helsefremmende lokalsamfunn med flere «settings for health promotion»?
 - Et ekspertstyrt samfunn med et overveiende patogent fokus, eller en salutogen tilnærming hvor flere sektorer og grasrotnivået involveres for å fordele makten?
- Mobilisering av sivilsamfunn/frivillighet i tilknytning til helse- og omsorgstjenester?
 - Hvordan kan sivilt engasjement bli synlig og verdsatt, og stimuleres til økt samhandling med det offentlige?

Eller også

- Hvordan kan det offentlige etablere en god politikk som stimulerer partnerskap og samhandling med frivillig sektor/sivilt engasjement?

Vi har valgt å peke på samarbeids-/samhandlingsområder av interesse for profesjoner Dia-konhjemmet Høgskole utdanner til: brukermedvirkning i bred forstand, folkehelse og rehabilitering, organisert og uorganisert frivillig innsats, samt forskning på endringer i praksis. Situasjonsbildet så langt, er at det grunnleggende tankesettet i den kommunale prosessen har store likhetstrekk, i praktisk gjennomføring en der en del ulikheter. Vårt inntrykk av prosessen er at den i flere sammenhenger er noe famlende og usystematisk, og at kommunene har tilgjengelige ressurser i sine nærområder som ikke benyttes i tilstrekkelig grad – ennå.

Bildet vi sitter igjen med er at helseforetaket (sykehusadministrasjon) og kommunal administrasjon har laget detaljerte avtaler og samhandlet høyaktivt i oppstartfasen. Men hvem skal samhandle med hvem på hvilke arenaer i fortsettelsen?

Litteratur og nettressurser

Amdam, R. (2011) *Planning in the Health Promotion work. An Empowerment Model*. Routledge Studies in Public Health. London: Routledge. Taylor and Francis Group

Andreassen, T. A. (2012) Brukerperspektiv. En annen kunnskap om rehabilitering. I: Solvang, P. og Slettebø, Å. (2012) *Rehabilitering. Individuelle prosesser, fagutvikling og samordning av tjenester*. Oslo: Gyldendal Akademisk

Bukve, O. og Offerdal, A. (red.) (2002) *Den nye kommunen: kommunal organisering i endring*. Oslo: Samlaget

Kirkens Sosialtjeneste, Crux oppfølgingscenter (2012) Virksomhetsbeskrivelse 2012

Elvegård, K., Berg, B., Kermit, P., Jæger, I. (2012) *Fra pilot til skvadron*. Trondheim: NTNU Samfunnsforskning

Fuglestad, O. L. og Mørkeseth, E. I. (1997) Et semiotisk perspektiv på forskningsprosessen og på forskerens rolle i felten. I Fossåskaret, E., Fuglestad, O.L. og Aase, T. H (1997) *Metodisk feltarbeid. Produksjon og tolking av kvalitative data*. Oslo: Universitetsforlaget

Fyrand, L. (2005) *Sosialt nettverk*. Teori og praksis. 2. utg. Oslo: Universitetsforlaget

Gjesdal, Klepp og Time kommune (2012) Porsjekt samhandling- et samarbeidsprosjekt mellom kommunene Gjesdal, Klepp og Time. Prosjektrapport del 1- utredningsfasen

Hansen, H. F. og Rieper, O. (2009) Evidensbevægelsens rødder, formål og organisering. I: Grimen, H. Og Terum, L. I. (red.) *Evidensbasert profesjonsutøvelse*. Oslo: Abstrakt Forlag

Halvorsen, K. (2002) *Forskningsmetoder for helse- og sosialfag- en innføring i samfunnsvitenskaplig metode*. Oslo: Cappelen Akademisk Forlag

Hauge, H. A. og Mittelmark, M. B. (red.) (2003) Helsefremmende arbeid i en brytningstid. *Fra monolog til dialog?* Oslo: Fagbokforlaget

Helsedirektoratet (2011) Veileder for Frisklivssentraler. Etablering og organisering. *Veileder. IS-1896*

Kjellberg, P. K., Ibsen, R. og Kjellberg, J. (2011) Fra pleje og omsorg til rehabilitering. Erfaringer fra Fredericia kommune. København: Dansk Sundhedsinstitut (DSI), *DSI-prosjekt 3106*

Konnrup, M. (2009) Evidensbasering af de social- og velfærdspolitiske professioner. I: Grimen, H. Og Terum, L. I. (red.) *Evidensbasert profesjonsutøvelse*. Oslo: Abstrakt Forlag

Kvale, S. (1997) *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Ad Notam Gyldendal

Lie, A. (2010) Reformen og læring i offentlig sektor. Kva kan Noreg lære av New Zealand? *Stat & Styling 1/2010*

Lorentzen, H., Klausen, J.E., Berglund, F. og Waldahl, R. H. (2007) *Frivillighet i storby*. Rapport 2007-7. Institutt for Samfunnsforskning (ISF)

Mæland, J. G. (2005) *Forebyggende helsearbeid*. I teori og praksis. 2. utg. Oslo: Universitetsforlaget

Navne, L. E. og Wiuff, M.B. (2011) Oppgavefordeling mellom borgere, pårørende og fagpersoner i rehabilitering. København: Dansk Sundhedsinstitut (DSI), *DSI-prosjekt 2885*

Ness, N. E., T. Laberg, et al. (2012) *Hverdagsmestring og hverdagsrehabilitering*. N. F. Norsk Ergoterapeutforbund, Norsk Sykepleierforbund. Oslo: Norsk Ergoterapeutforbund, Norsk Fysioterapeutforbund, Norsk Sykepleierforbund.

NoU 2011:11 (2011). Innovasjon i omsorg. Helse- og omsorgsdepartementet

Ruud, M. E og Vestby, G. M. (2011) Utviklingen av Søndre Nordstrand. *NIBR-rapport 19*

Sandnes kommune (2012) Sunn i Sandnes-statusrapportering 2012 (arkivsak 201201115)

Sletteland, N. og Donovan, R. M. (2012) *Helsefremmende lokalsamfunn*. Oslo: Gyldendal Akademisk

St. meld. nr 47. (2009) Samhandlingsreformen. Rett behandling - på rett sted - til rett tid. Helse- og omsorgsdepartementet

St.meld. nr. 13 (2011-2012) Utdanning for velferd. Kunnskapsdepartementet

Stortingsmelding 39 (2006-2007) Frivillighet for alle. Kulturdepartementet

Sverdrup, S. (2002) *Evaluering: faser, design og gjennomføring*. Bergen: Fagbokforlaget

Thagaard, T. (2009) *Systematikk og innlevelse. En innføring i kvalitativ metode*. Bergen: Fagbokforlaget.

Thommesen, H. (2010) *Rehabilitering som politikk, virksomhet og studiefelt*. Oslo: Gyldendal Akademisk

Thyness, P. A (2004) Fra lokalsamfunnsarbeid til boligsosialt arbeid - reprise eller fornyelse? *Nordisk sosialt arbeid 03/2004, s.45-66*

Nettsider:

Byer i Midt-Norge (2012) Bakgrunn. Lesedato 29.2.2012:

http://www.byerimidtnorge.no/index.php?option=com_content&view=article&id=13&Itemid=5

Byer i Midt-Norge, se også presentasjon fra møte i KS Innovasjonsallianse, 21. Aug. 2012. Lesedato 05.10.12:

<http://www.ks.no/PageFiles/26562/Frivillighetsprosjekt,%20Bye%20i%20Midt-Norge.pdf>

Diakonhjemmet Høgskole- (2012) Fagplan for vernepleierutdanningen. Revisjon 2011. Lesedato 05.09.2012:

http://plenum.diakonhjemmet.no/modules/module_123/proxy.asp?D=2&C=568&I=4187

Digmann, A., Jensen, K. E. og Jensen J. P. (2012) *Vier på vej. Offentlig Innovasjon 2.0*. Gyldendal Public. Lesedato 19.2.2013: <http://www.gyldendalBusiness.dk>

Forskningsetiske komiteer (2012) Kvalitative og kvantitative forskningsmetoder- likheter og forskjeller. Lesedato 20.12.2012: <http://www.etikkom.no/Forskningsetikk/Etiske-retningslinjer/Medisin-og-helse/Kvalitativ-forskning/1-Kvalitative-og-quantitative-forskningsmetoder-likheter-og-forskjeller/>

Global Dignity (2012) *Positiv evaluering*. Lesedato 16.07.2012:

<http://www.globaldignity.no/?did=9110367>

Helse- og omsorgsdepartementet (2012 a) Om lov om helseforetak. Lesedato 19.02.2012:

<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/otprp/20002001/otprp-nr-66-2000-2001-2.html?id=165012>

Helse- og omsorgsdepartementet (2012 b) Samhandlingsreformen i kortversjon. Lesedato 02.02.

2012: <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/kampanjer/samhandling/om-samhandlingsreformen/samhandlingsreformen-i-kortversjon.html?id=650137>

Helsedirektoratet (2012)Folkehelseprofiler for alle kommuner. Lesedato 15.2.2012:

<http://helsedirektoratet.no/Om/nyheter/Sider/folkehelseprofiler-for-alle-kommuner.aspx>

Helsedirektoratet (2012) Hva omfattes av kommunal med finansiering? Lesedato 05.09.2012:

<http://helsedirektoratet.no/finansiering/okonomiske-virkemidler-i-samhandlingsreformen/kommunal-medfinansiering/hva-omfattes/Sider/default.aspx>

Helsedirektoratet (2013) Helsefremmede arbeid. Lesedato 04.01.2013:

<http://www.forebygging.no/en/Ordbok/F-K/Helsefremmende-arbeid/>

HIG: Høgskolen i Gjøvik: Studietilbud. Lesedato 05.09.2012:

<http://www.hig.no/studietilbud>

HiØ, Høgskolen i Østfold (2012) Motiverende intervju. Lesedato 18.02.2013:

<http://www.hiof.no/nor/hogskolen-i-ostfold/for-studenter/studieplaner/2011-2012/skut/?&displayitem=1156&module=studieinfo&type=studieue>

Klepp kommune (2013): Prosjekt samhandling. Lesedato 02.02.2013:

<http://www.klepp.kommune.no/samhandling>

Kommunesektorens organisasjon (KS) (2010) Undersøkelse: Et stort omfang av samarbeid mellom kommuner og frivillige organisasjoner. Lesedato 05.09.2012:<http://www.ks.no/tema/Samfunn-og-demokrati/Kultur-og-frivillighet/Ny-undersokelse-stort-omfang-av-samarbeid-mellom-kommuner-og-frivillige-organisasjoner/>

Kommunesektorens organisasjon (KS) (2012) Sammen om det gode liv – en veileder for utvikling av lokal frivillighetspolitikk. Lesedato 05.09.12: <http://www.ks.no/PageFiles/1098/DetGodeLiv.pdf>

Kommunesektorens organisasjon og Frivillighet Norge (KS) (2013) KS og Frivillighet Norge lanserer samarbeidsavtale. Lesedato 19.2.2013:
http://www.frivillighetnorge.no/Plattform+for+samspill+og+samarbeid+mellom+frivillig+og+kommunal+sektor.b7C_wBjUOP.ips

Kommunetorget.no (2012) Alternativ til planlegging. Lesedato 16.07.2012:
<http://www.kommunetorget.no/HVORFOR-planlegge/Alternativ-til-planlegging/>

NRK.no (2012) De aller fleste er godt rustet for samhandlingsreformen. Lesedato 07.02.2012:
<http://www.nrk.no/nyheter/distrikt/hordaland/1.7920394>

Regjeringen.no (2012) NOU-er. Lesedato 05.09.2012:
<http://www.regjeringen.no/nb/dok/nouer.html?id=1767>

Selvhjelp Norge (2012) Lesedato 05.09.2012:
<http://www.selvhjelp.no/>

Sandnes menighet (2012) Nyheter. Lesedato 15.02.2012:
<http://www.sandnes.kirken.no/sandnes/SandnesMenighet/tabid/8247/Default.aspx>

Sandnes menighet (2008) Hvem er byprestene? Lesedato 19.02.2013:
<http://www.sandnes.kirken.no/Bypresten/tabid/4542/ctl/details/itemid/2313/mid/11343/hvem-er-byprestene-i-sandnes.aspx>

Sten-Johnsen m.fl. (2012) Nettverkssamfunn og frivillige organisasjoner. Lesedato 26.02.2012:
<http://www.sivilsamfunn.no/Ressurser/Publikasjoner/Rapporter/2012/2012-001>

TV Vest (2012) Høye boligpriser skaper problemer for Stavanger. Lesedato 25.02.2012:
<http://www.tvvest.no/Video/serier/Droset/Hoye-boligpriser-skaper-problemer-for-Stavanger/>

World Health Organization (WHO) (2013) *The Ottawa Charter for Health Promotion*. Lesedato 08.02.2013:
<http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>

World Health Organization (WHO) (2013) *Types of Healthy Settings*. Lesedato 08.02.2013:
http://www.who.int/healthy_settings/types/cities/en/index.html

Vedlegg

Vedlegg 1: Prosjektbeskrivelse/informasjon til informanter



Sandnes 23.05.2012

FORESPØRSEL OM Å DELTA I INTERVJU I FORBINDELSE MED PILOTPROSJEKT OM SAMHANDLINGSREFORMEN

Vi er to høgskolelærere ved Diakonhjemmet Høgskole, Sandnes, som jobber med et pilotprosjekt vi kaller Samhandling og frivillighet; Nye former for engasjement og deltakelse innenfor helse- og omsorgssektoren. I den anledning ønsker vi bl.a. å intervju prosjektledere for Samhandlingsreformen i ulike kommuner i Rogaland fylke, og andre kommunalt ansatte som jobber med planlegging og iverksettelse av reformarbeidet. I tillegg er vi i dialog med organisert frivillig sektor. I den anledning kontakter vi deg, for å be om et intervju (se intervjuguide, vedlegg). Vi ønsker å notere det du sier, og intervjuet vil ta fra 1-1,5 time.

Prosjektets målsetting og problemstilling:

Prosjektet sees i første omgang som en forstudie, for om mulig få tak i noe av prosessen som foregår blant helse- og omsorgspersonell i omstillingen som kreves i og med Samhandlingsreformen. Både reformbeskrivelsen i St. meld. 47 (2008-09) og beskrivelser av Innovasjon i omsorg (NoU 2011:11) peker på store fremtidsutfordringer mht. demografiske endringer og økt etterspørsel etter velferdstjenester. To størrelser tydeliggjøres allerede innledningsvis i NoU-rapporten: utvidet og forsterket engasjement fra brukeren selv, og økt involvering av pårørende og andre nærpersoner. Utvalget anslår at så mye som 25 % av den samlede omsorgssektoren, fra eksisterende 5 %, bør organiseres og drives som ideell virksomhet. Begrep som samvirketiltak, partnerskapsavtaler og fellesskapsomsorg er nevnt.

Vi arbeider foreløpig etter følgende problemstillinger;

1. Hvordan planlegger og utvikler kommunene nye former for engasjement og deltakelse innenfor helse- og omsorgssektoren blant brukere og nærpersoner?
2. Hvilke former for koordinering og involvering av det sivile samfunnet; nærpersoner og lokalsamfunn, vurderes av helse- og omsorgsadministrasjon og profesjonene?

Ved å stille seg spørrende inn til prosjekter og prosesser som kommunene allerede har satt i gang med full tyngde, ser vi muligheten for å undersøke og belyse hvordan den profesjonelle praksisen nå skal utformes vis-a-vis brukeren, og hvordan de profesjonelle ser på forholdet til sivilsamfunnet.

Medvirkning og metode:

a) Avklaring av våre roller:

Vi forholder oss til forskning som en interaksjonsprosess, der lagarbeid er vesentlig.

- Som fagpersoner og som representanter for en utdanningsinstitusjon, ønsker vi å lære av kommunens reformarbeid, og vi vil bidra med innspill og egen kompetanse.
- Med et analytisk «forskningsblikk» ønsker vi å beskrive vellykkede eksempler på samarbeid, både på person- og institusjonsnivå.
- Idéer og innspill vil i neste omgang kunne bidra til videre FoU-virksomhet i vår institusjon.

b) Design og metode:

- Det vil være aktuelt å få overblikk over noen demografiske størrelser og bakgrunnstall. I første omgang er det tilstrekkelig med innsyn i Folkehelseinstituttet sin profil som blir satt opp for hver kommune, med eventuelle tillegg fra SSB.

- Intervju av administrativt personell og prosjektplanleggere på nærmere forespørsel, for utdyping av viktige spørsmål.

Intervju av organiserte frivillige aktører, med det diakonale godt representert.

- Videre valg av informanter, datainnhenting og metode vil avhenge av spørsmålene vi ser vil være verdifulle å forfølge.

Forskningsetiske problemstillinger vil bli vurdert fortløpende, i samarbeid med FoU- ansvarlig ved Diakonhjemmet Høgskole (DHS). Dersom vi på noe tidspunkt ønsker å behandle personopplysninger og sensitiv informasjon, vil vi søke Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD), alternativt Regional Etisk Komité (REK), om godkjenning. Som et utgangspunkt vil alle personopplysninger bli anonymisert.

Mvh

Kjersti Helene Haarr, tlf. 51972258 kjersti.h.haarr@diakonhjemmet.no

Anne Katrine Folkman, tlf. 51972277 anne.katrine.folkman@diakonhjemmet.no

Diakonhjemmet Høgskole, Vågsgata 40, 4306 Sandnes

Vedlegg 2: Intervjuguider

Intervjuguide Frivillige/ideelle organisasjoner:

1. Fortell kort om deres mandat, (hoved-)målgrupper og arbeidsformer
2. Hvor er deres nedslagsfelt (region/distrikt)?
3. Hvor mange fast ansatte/betalte personer er med i virksomheten?
 - a. Evt beskriv noe om alder, kjønn, kvalifikasjoner etc
4. Hvor mange (årsverk/personer) deltar i tillegg til de faste?
 - a. Evt beskriv nærmere karakteristikk
5. Hvilke spesifikke oppgaver betjener de ubetalte frivillige?
6. Kan du si noe om rammebetingelsene deres (økonomi, retningslinjer etc)?
7. Hva er unikt med deres tilbud? – evt har dere overlappende oppgaver med andre (organisasjoner/personer) dere kjenner til?
8. Samarbeider dere med noen av disse (spsm 5)? - hvordan?
9. Samarbeider dere med kommunen på noe område – hvem og hvordan? (systematisk – usystematisk/ad-hoc)
10. Opplever dere at kommunalt ansatte kjenner deres virksomhet?
11. Kjenner dere (hoved-)utfordringer/endringer i Samhandlingsreformen?
 - a. Ser dere på dere selv som å ha et ansvar/del i denne reformen?
12. Ønsker/tanker om fremtidig arbeid og samarbeid i deres nedslagsfelt:
 - a. Med hvem?
 - b. Om hva/hvilke oppgaver, målgrupper?
13. Har dere tanker om hva en utdanningsinstitusjon som DHS kan bidra med?
14. Annet – noe vi ikke har spurt om som dere gjerne vil fortelle!

Mvh

Anne Katrine Folkman &

Kjersti Helene Haarr



Intervjuguide, prosjektkoordinator for Samhandlingsreformen i Stavanger kommune

Prosjektet *Samhandling og frivillighet; Nye former for engasjement og deltakelse innenfor helse- og omsorgssektoren*, har disse foreløpige problemstillingene:

- Hvordan planlegger og utvikler kommunene nye former for engasjement og deltakelse innenfor helse- og omsorgssektoren blant brukere og nærpersoner?
- Hvilke former for koordinering og involvering av det sivile samfunnet; nærpersoner og lokalsamfunn, vurderes av helse- og omsorgsadministrasjon og profesjonene?

Spørsmål til prosjektkoordinator:

1. Hva er din hovedoppgave som prosjektkoordinator?
2. Hvordan arbeider prosjektkoordinator og undergruppene sammen for å velge satsningsområder?
 - a. Hvordan avgjør dere hva det skal satses på?
3. På hvilken måte involverer dere brukere/potensielle brukere av tjenestene?
4. Hvilke deler av frivilligheten kjenner kommunen best til?
5. Har Stavanger kommune en frivillighetspolitikk (ev. frivillighetskoordinator) – og/eller i planprosesser?
6. Hvem har eventuelt deltatt i utforming av denne politikken?
7. Hvilke samarbeidsprosjekter har Stavanger kommune per i dag med det organiserte frivillige innenfor kommunale tjenesteområder (helse og omsorg, kultur/idrett, oppvekst, teknisk-beredskap, sosiale tjenester, andre...)?
8. Har kommunen noen samarbeidsavtaler, evt med økonomisk forpliktelse for kommunen?
9. Finnes det avtaler/samarbeid/partnerskap med frivillige lag/foreninger hvor frivillige gjør en oppgave som ligger utenfor foreningens opprinnelige aktivitet?
10. Har dere som planleggere/prosjektledere i kommunen snakket om mulig tettere samarbeid med frivillig sektor fremover?
11. Hvilke utfordringer ser kommunen et tettere samarbeid med det frivillige kan medføre?
12. Har Stavanger kommune tanker om (ny/forsterket/endret) involvering av pårørende/nærpersoner, evt lokalsamfunn i forbindelse med rehabiliteringsvirksomheten?



Intervjuguide, prosjektleder Samhandlingsreformen i Sandnes kommune

Prosjektet *Samhandling og frivillighet; Nye former for engasjement og deltakelse innenfor helse- og omsorgssektoren*, har disse foreløpige problemstillingene:

- Hvordan planlegger og utvikler kommunene nye former for engasjement og deltakelse innenfor helse- og omsorgssektoren blant brukere og nærpersoner?
- Hvilke former for koordinering og involvering av det sivile samfunnet; nærpersoner og lokalsamfunn, vurderes av helse- og omsorgsadministrasjon og profesjonene?

Spørsmål til prosjektleder:

13. Hva er din hovedoppgave som prosjektleder/-koordinator?
14. Hvordan arbeider prosjektleder og undergruppene sammen for å velge satsningsområder?
15. Hvordan planlegges folkehelse/helsefremming inn i det totale reformarbeidet?
16. På hvilken måte involveres brukere/potensielle brukere av tjenestene?
17. Hvilke deler av frivilligheten kjenner kommunen best til?
18. Har Sandnes kommune en frivillighetspolitikk (ev. frivillighetskoordinator) – og/eller i planprosesser?
19. Hvem har eventuelt deltatt i utforming av denne politikken?
20. Hvilke samarbeidsprosjekter har Sandnes kommune per i dag med det organiserte frivillige innenfor kommunale tjenesteområder (helse og omsorg, kultur/idrett, oppvekst, teknisk-beredskap, sosiale tjenester, andre...)?
21. Har kommunen noen samarbeidsavtaler med frivillige/ideelle organisasjoner, evt med økonomisk forpliktelse for kommunen?
22. Har dere som planleggere/prosjektansvarlige i kommunen snakket om mulig tettere samarbeid med frivillig sektor fremover?
23. Hvilke utfordringer ser kommunen et tettere samarbeid med det frivillige kan medføre?
24. Har Sandnes kommune tanker om (ny/forsterket/endret) involvering av pårørende/nærpersoner, evt lokalsamfunn i forbindelse med rehabiliteringsvirksomheten?

Mvh.

Kjersti Helene Haarr (ergoterapeut)

Anne Katrine Folkman (sosiolog)

Diakonhjemmet Høgskole, Våggata 40, 4306 Sandnes,

Tlf: 51 972200



Hvordan planlegger og utvikler kommunene nye former for engasjement og deltakelse innenfor helse- og omsorgssektoren, spesielt med tanke på samarbeid med frivillige lag og organisasjoner, brukere og nærpersoner?

I denne undersøkelsen ønsker vi å finne mer ut av hvor kommunene er i prosessen, og hvilke problemstillinger de anser som påtrengende i forhold til reformarbeidet. Vi har valgt å konsentrere oss om noen kommuner i Rogaland fylke, og har intervjuet administrativt personell, samt noen frivillige organisasjoner, med ønske om å belyse problemstillingene som reises. Ut fra et begrenset materiale presenterer, analyserer, fortolker og drøfter vi et situasjonsbilde våren 2012.

Tidligere har kommunehelsetjenesten i for liten grad vært åpen for systematisk oppfølging, og er nå pålagt å tilrettelegge for forskning. Mulige satsingsområder og eksempler på eventuell videre kunnskapsutvikling og forskningsaktivitet, presenteres derfor som forslag i siste del av rapporten.

Diakonhjemmet Høgskole har røtter tilbake til 1890, og er en virksomhet under stiftelsen Det Norske Diakonhjem. Høgskolen har 2500 studenter og 200 ansatte, fordelt på studiesteder i Oslo og Rogaland.

Høgskolens faglige fokus er diakoni, verdier og profesjonell praksis.

Formidlingen er en viktig del av samfunnsoppdraget til Diakonhjemmet Høgskole. Publikasjonene fra høgskolen skal bidra til dette ved å skape dialog med praksisfelt og samfunn. I tillegg skal formidlingen være med på å omsette FoU-resultater i praksis.