

## Referat fra Parallellsesjon 1, kl. 14.50 - 16.00 dag 1:

### Sosial tjenesteinnovasjon og samhandling i praksis

#### **Innovasjon av kommunale tjenester** v/Henrik Finsrud, KS, Forskning, Innovasjon og digitalisering

Utfordringer kommuner og fylkeskommuner møter krever samhandling på tvers av mange ulike aktører. Innbyggere, næringsliv, frivilligsektor, pårørende, eksterne kunnskapsmiljø osv. er alle viktige aktører som må tas med for å løse floker og skape gode løsninger i kommunesektoren. For å få til dette kreves det kunnskap og kompetanse om hvordan innovasjonsprosesser kan ledes og organiseres. Ofte er det liten kunnskapsdeling mellom kommunene så kommunene som får ting til på området bidrar sjelden til at andre kan følge etter. Her bistår KS kommunene. Innovasjon og digitaliseringsarbeidet i KS kan bistå kommunene til å øke sin kunnskap og kompetanse omkring ledelse og organisering innovasjon. Et viktig poeng i denne kunnskapshevingen er å skille mellom utviklingsarbeid og innovasjonsarbeid. Utviklingsarbeid er problemdrevet og kan slik gi løsning på et konkret problem. Innovasjonsarbeid er derimot behovsdrevet og vil kunne identifisere beste oppnåelige måte å dekke dette behovet på. Konkret kan KS bistå med en rekke verktøy som kommunene kan benytte seg av:

- SLIK – Systematisk Ledelse av Innovasjon i Kommunene
- N<sup>3</sup> – Nytt – Nyttig – Nyttiggjort
- Veikart for velferdsteknologi
- SAMVEIS

#### **Hvordan nasjonale arenaer og nettverk kan styrke lokalt innovasjonsarbeid** v/Marianne Sempler, AiR nasjonalt kompetansesenter, Innovasjon og nettverk

Å delta på innovasjonsarenaer og i innovasjonsnettverk kan styrke det lokale innovasjonsarbeidet. Slike arenaer kan bidra til at innovasjonskompetanse kan spres og deles mellom ulike aktører. Den kollektive læringen og nyskapingen utenfor arbeidsplassene bidrar til at kompetanse på å drive innovasjon på tvers av perspektiver kommer inn i de enkelte organisasjoner. Kollektiv læring skjer gjennom at de ulike perspektivene møtes, utveksles, men så legges til siden til fordel for nye mulige løsninger. For å oppnå kollektiv læring i organisasjonene behøves kompetanse og kunnskap om hvordan dette kan gjøres. I enhver organisasjon eksisterer det to læringskulturer.

- Kultur for reproduktiv læring har fokus på at personer lærer om hvordan en skal utføre sitt arbeid. Det som læres bort blir reprodusert hos den enkelte person i hans eller hennes arbeid. Dette er sentralt for å skape god drift av en organisasjon.
- Kultur for utviklingsorientert læring har fokus på at organisasjonen skal utvikle og endre seg. En må utfordre etablerte handlingsmåter og gjennom å dele ulike perspektiver innovere for å være bedre rustet for fremtiden. Dette er sentralt for å skape god utvikling og endring av en organisasjon.

Begge kulturer bør legges til rette for, men bør ikke forsøkt blandes. Det man ønsker å oppnå med læringen må ligge til grunn for hvilken kultur man skal ha i det enkelte tilfellet. Ofte er det u hensiktsmessig overvekt på reproduktiv læring i organisasjoner. Da må man legge til rette for å skape rom hvor kultur for utviklingsorientert læring får vokse. Nasjonale arenaer og nettverk bidra til å skape driv i en utviklingsorientert læringskultur.

## **Referat fra Parallellsesjon 2, 14.50 – 16.00 dag 1: Bruker-med-virkning og brukeropplæring**

**Bruker-med-virkning og MBO** v/Tore W. Topp, Koordinator SAFO (Samarbeidsforumet av Funksjonshemmedes organisasjoner)

Tore W. Topp begynte sin presentasjon med å operasjonalisere hva som menes med brukermedvirkning. Brukermedvirkning er endring innenfor grensene og de rammebetingelser som berører bruker som individ og som gruppe. Videre er brukermedvirkning avhengig av de erfaringene den enkelte har på den ene siden og kompetansen om hvordan en påvirker innenfor de gjeldende rammebetingelsene som gjelder.

Brukermedvirkning skjer på ulike plan:

- Individnivået
- Tjenestenivået
- Systemnivået

Et viktig poeng var skissert i begrepet «samvalg». At bruker/pasient sammen med tjenesteapparatet skisserer de ulike alternativene for et behandlingsløp og sammen bestemmer seg for hva som er best.

Det ble gitt en kort presentasjon av MBO (Modulbasert brukeropplæring) som et verktøy for å gi brukere og aktører på individ-, tjeneste- og systemnivå kompetanse om brukermedvirkning på de ulike plan. Kompetanse om kommunikasjon, rammebetingelser og roller i samhandling mellom bruker og tjenesteapparatet er noe av hovedingrediensene i opplæringen.

**Innblikk fra egne opplevelser som bruker** v/ Ola Veia Gustavsen, Brukerutvalget Rehabiliteringssenteret AiR og FFO.

Når en får en sykdom/diagnose kan det bety at en må endre mål og mening med livet. Her må en avklare hva som er realistisk og hva som er urealistisk. Ofte har en selv utfordringer med å se på hvilke nye muligheter som åpner seg og ta de i bruk.

Videre påpekte han at man som bruker må vise interesse i å tilrettelegge for hindringene slik at en kan fungere mest i forhold til evner og anlegg. Følelsen av å kunne bidra med noe som var nyttig. Når det gjelder kompetanseutvikling er det viktig å være villig til å prøve ulike fagfelt inntil en treffer det som fungerer. Finne balansen mellom å holde seg på den sikre siden og det å være litt vågal.

**Samtaler og deltakerrefleksjoner:**

Deltakerne ble bedt om å reflektere hver for seg over det som kom frem i presentasjonene for deretter å diskutere momenter i innleggene som berørte med de andre ved bordet. Videre ble deltakerne også bedt om å ta med seg sine refleksjoner tilbake til sin utfordringsgruppe.

**Innspill fra deltakerne:**

- Hvordan kan en institusjon selv vite at man har god brukermedvirkning?
- Kvalitetssikring av brukerrepresentanter er viktig!
- Brukermedvirkning må utvikles i den konteksten den skal fungere i. Man kan ikke lage en grunnleggende modell som en overfører til alle andre arenaer.
- Hvordan skal en bruke brukerrepresentanten i forskningen? Hvordan dokumentere effekt av brukerrepresentant?

- Gi brukerrepresentant innføring i metode (Innspill til forskningsspørsmålet)
- Det er opprettet en gruppe på LinkedIn fra Helsedirektoratet om Brukermedvirkning. Deltakerne ble oppfordret om å delta der.

## Referat fra Parallellsesjon 3, kl. 14.50 - 16.00 dag 1:

### Tiltak med arbeid som mål

#### **Spesialisert "brief intervention" er ikke bedre enn "treatment as usual" for å få langtidssykmeldte tilbake til jobb.** *v/ Dag Brekke, Sunnaas Sykehus*

«Brief» intervensjon med et tverrfaglig team ble utført og resultatet sammenliknet med en tilsvarende gruppe av sykmeldte (ikke randomisert, men matched). Intervensjonen besto av et besøk med undersøkelse og samtale hos et team med en lege, en fysioterapeut, en sosialrådgiver, en ergoterapeut og en klinisk psykolog. Det så ikke ut som om intervensjonsgruppen kom i arbeid forttere enn kontrollgruppen i en 3-års oppfølgingsperiode. Forklaringen kan være at intervensjonen ikke er effektiv, at en eventuell effekt ikke kan måles lang tid etter eller at de som henvistes til intervensjonen var vanskeligere å få i arbeide enn de som det ble sammenliknet med.

#### **iBedrift Nordland – Et samhandlingsprosjekt.** *v/ Anders Bergkvist, Valnesfjord Helsesportssenter*

Et nytt tiltak er samhandlingsprosjektet iBedrift Nordland. iBedrift vil styrke IA-arbeidet i deltakende bedrifter og bistå arbeidstakere som står i fare for å få eller har muskel- og skjelettplager og/eller lettere psykiske helseplager og er ledet av NAV. Tiltaket har fire hovedmålsettinger: å gi trygghetsskapende informasjon, bedret egenmestring i forhold til egen situasjon, raskere avklaring og lavere sykefravær. Arbeidstakerne deltar samtidig i et forskningsprosjekt over 3 år som gjennomføres av UNI Helse med ulik ekstern finansiering. Samhandlingen mellom VHSS og NAV Arbeidslivssenter gjør at fokus på helse og arbeid fremstår som mer koordinert og tilgjengelig, noe som fører til bedre tjenester til deltakende bedrifter.

#### **Arbeid som middel og mål» - et utdrag fra Metodeutviklingsprosjektet innen Arbeidsrettet rehabilitering for overvektige.** *v/Andreas Bjørang, e2 Helse*

Metodeutviklingsprosjektet «Arbeidsrettet rehabilitering for overvektige» ble avsluttet i 2014 og ble vurdert som en suksess. Det skyldtes primært at arbeid var et virkemiddel for å nå målsettingen om livsstilsendring, kognitivt arbeid og sterk samhandling mellom ulike aktører. Det ble funnet en sammenheng mellom arbeidsetablering og livsstilsendring/vektreduksjon. Dette var et viktig funn som bør undersøkes nærmere i nye prosjekter.

#### **Arbeidsrettet rehabilitering for langtidssykmeldte med muskelskjelett- og/eller lettere psykiske plager; foreløpige data fra et randomisert kontrollert forsøk.** *v/ Lene Aasdahl, Institutt for samfunnsmedisin, NTNU*

I denne randomiserte kontrollerte studien sammenligner vi døgnbasert arbeidsrettet rehabilitering med poliklinisk kognitiv atferdsbehandling for sykmeldte personer med muskelskjelett- og/eller lettere psykiske plager.

Det ble presentert foreløpige deskriptive data på bl.a. angst/depresjon, livskvalitet og smerte men endelige konklusjoner må vente til studiet er ferdig senere i 2015.

## **Referat fra Parallellsesjon 4, kl. 14.50 - 16.00 dag 1** **Kartlegging og arbeidsrehabilitering**

### **Smertekartlegging som medvirkning og oppdaging i egen rehabiliteringsprosess**

v/Aud Evensen, Høgskolen i Nord-Trøndelag, Senter for omsorgsforskning Midt-Norge

Erfaringer med smertekartlegging ble undersøkt hos 10 deltakere før, under og etter et rehabiliteringsopphold ved Smednes trivselsgård i Helse Midt-Norge. Deltakerne erfarte endringer i smerte og at smertekartleggingen påvirket selvinnsikt og egen rehabiliteringsprosess gjennom en empowerment-prosess. Mulige kliniske implikasjoner ble diskutert.

### **Klar for arbeid etter arbeidsrettet rehabilitering? En randomisert kontrollert studie (Hysnes Helsefort-prosjektet) v/ Marius Steiro Fimland, Institutt for samfunnsmedisin, NTNU**

Arbeidsdeltakelse etter rehabilitering kan være påvirket av om den sykmeldte føler seg klar for å begynne i arbeid eller ikke. Klarhet for arbeid kan deles inn i ulike stadier fra føroverveielse til handling og ble undersøkt ved bruk av et spørreskjema blant deltakere i en RCT studie ved Hysnes helsefort. Klarhet for arbeid ser ut til å endre seg ulikt i døgnbasert og poliklinisk rehabilitering. Det ble diskutert om endring i klarhet for arbeid vil ha betydning for reel arbeidsdeltakelse etter rehabilitering.

### **Endringer i holdninger til arbeid etter et gruppebasert arbeidsrettet rehabiliteringsprogram. En kvalitativ studie v/ Marit By Rise, NTNU, Institutt for samfunnsmedisin,**

Endringer i holdninger til arbeid fra oppstart til endt rehabilitering ble undersøkt i fokusgrupper blant 29 deltakere ved Hysnes helsefort. Ved oppstart opplevde deltakerne nederlag ved å være sykmeldt og var bekymret fordi de ikke klarte å delta i arbeidslivet på lik linje med andre. Etter endt opphold snakket deltakerne om verdien av arbeid som ett av flere viktige elementer i livet. De var blitt mer opptatt av å finne en balanse mellom arbeid og andre elementer, slik som venner og familie. Det ble diskutert om endringer i holdninger kan ha betydning for reel arbeidsdeltakelse etter rehabilitering.

### **101 diagnoser, samme funksjonssvikt, like vanskelig å få tilbake til arbeid v/ Dag Brekke, Sunnaas Sykehus**

Arbeidsdeltakelse ble undersøkt etter dagrehabilitering ved Sunnaas poliklinikk avd. Askim. Deltakerne ble rekruttert fra en RCT studie bestående av langtids-sykmeldte personer med sammensatte plager. Man fant ingen effekt på arbeidsdeltakelse for den korte intervensjonen sammenlignet med en kontrollgruppe og det var ingen forskjell i arbeidsdeltakelse mellom ulike diagnosegrupper. Det ble diskutert om diagnosefokus i arbeidsrettet rehabilitering er hensiktsmessig.

## Referat fra Parallellsesjon 1, kl. 09.00 - 10.15 dag 2:

### Helhetlige brukeropplevelser gjennom bruk av tjenstedesign

v/ Astrid Twenebowa Larssen og Cathrine Barth, Halogen

Sesjonen startet med at deltakerne vurderte brukeropplevelsen av Arenaen gjennom å tegne en emosjonell kurve over det forrige døgnet tilbrakt der. Dette er et eksempel på verktøy som kan benyttes for å kartlegge brukeropplevelse som ledd i brukerdrevet tjenstedesign. Det finnes mange gode eksempler på brukerdrevet tjenstedesign som setter fokus på å kartlegge gjennom brukeren av en tjeneste. Det finnes ulike måter å gjøre dette på. Man kan observere bruker, delta sammen med brukeren i tjenesten, benytte tjenesten selv som del av designprosess osv. Det finnes mange gode eksempler hvor brukersentrert tjenstedesign er lagt som grunnprinsipp for utvikling av store offentlige tjenester. Blant annet «Citizen first» i Storbritannia. Halogen har også arbeidet mye med dette. Eksempler på caser er:

- Studentsamskipnaden i Oslo og Akershus sine helsetjenester
- Skien kommunale heldøgnsomsorg
- Husbanken

Tjenstedesign er kjennetegnet av kompleksitet. En tjeneste er ofte knyttet til en lang rekke andre tjenester som sammen skal dekke brukerens behov. Den superkomplekse fremtiden er kommet og den må vi forholde oss til. Oppfordringen er å møte kompleksiteten og forsøke å designe på lag med dette. Eller som man kan si: «danse med kompleksiteten». Ofte er det å gå seg vill i skogen av kompleksitet en fast del av planen for å designe gode helhetlige tjenester for brukeren.

7 Bud ved brukersentrert tjenstedesign:

1. Bruker først
2. Hva er det egentlige problemet?
3. Tål uvisshet og smertefulle funn
4. Tegn og visualiser
5. Forankring, forankring og forankring
6. Test og feil: «Eat your own dog food»
7. Start i morgen: Hva kan du gjøre med tjenesten når du kommer på jobb i morgen?

## **Referat fra Parallellsesjon 3, kl. 09.00 - 10.15 dag 2**

### **Kartlegging og arbeidsrehabilitering**

#### **Om mestringsarbeid i arbeidsrettet rehabilitering ved Hysnes Helsefort**

v/Hanne Tenggren og Bjørnar Langeland, Hysnes Helsefort

Grunnelementene i rehabiliteringsprogrammet ved Hysnes Helsefort er en tverrfaglig innsats basert på faste inntak med treningskontakt, undervisning, nettverks dage, og en fagkoordinator der i varetager mestrings/endringsarbeid (individ/gruppe) og eksternt samarbeid. Pasienter har mulighet for at dra hjem i løpet av oppholdet. Kosthold er også del av rehabiliteringstilbudet.

Ett prioritert område for arbeidsrettet rehabilitering ved Hysnes Helsefort er kognitiv tilnærming og mestringsarbeid. Den kognitive tilnærming baseres på aksept-og engasjement terapi, på engelsk «Acceptance and Commitment Therapy (ACT)», som er en nyere form for kognitiv atferdsterapi (KAT). Til forskjell fra psykoanalysen, så har kognitiv atferdsterapi forskningsmessig støtte fra biologi og nevrovitenskapene. Kunnskap om hvorledes hjernen bearbeider informasjon kan her brukes til å forklarer sammenhenger mellom hva vi tenker og hvordan kroppen reagerer, hvor kognitiv adferdsterapi sannsynligvis virker inn på utmattelses og smertetilstandens aktiveringstilstand. Hysnes Helsefort søker derfor at legge fra seg "fysisk vs. psykisk retorikken", og etterstreber et mere helhetsorientert bio-psyko-socialt rammeverk, som grunnlag for mestringsarbeidet i praksis. Forutsetningen for den kognitive tilnærming og mestringsarbeid ved Hysnes Helsefort er grundig opplæring og veiledning av alle ansatte i ACT tilgangen, og NAV's sine tiltak og informasjon.

Utover rehabiliteringsprogrammet fokuserer Hysnes Helsefort på kontinuerlig forskning og utvikling av rehabiliteringstilbudene sine i samarbeid med St. Olavs Hospital og NTNU. Et mål for dette forskningssamarbeid er et nyt studie, hvor arbeidsfokuset kan settes mere i system.

#### **Tilværelsen uten arbeid: En kvalitativ studie av pasienters erfaringer 3 år etter et arbeidsrettet rehabiliteringsopphold**

v/ Linda Røset, Hernes Institutt

Der er behov for mere kunnskap om pasienters videre prosess mot arbeidslivet etter endt rehabiliteringsopphold. Dette kvalitative studie undersøker tidligere pasienters erfaringer med tilbakeføring til arbeid tre år etter rehabiliteringsopphold ved Hernes Institutt. Studiet belyser forhold der forhindrer tilbakeføring til arbeid ut fra en forståelse av hva pasientene selv mener er avgjørende for, at de ikke er tilbake i arbeidslivet. Datainnsamling ble gjort i perioden november 2013 – januar 2014 gjennom semi-strukturert intervju med 9 tidligere pasienter. Analysen er inspirert av prinsipper innom «grounded theory».

Flere forhold har, etter pasienters egen opplevelse, betydning for, at de ikke er tilbake i arbeidslivet etter endt rehabiliteringsopphold. Her oppleves forekomsten av fysiske plager, og lav formel utdanning som omstendigheter der begrenser mulighetene til å få jobb som er forenelig med plagerne. Enkle grep på arbeidsplassen tidligere i rehabiliteringsprosessen kunne ifølge pasientene have gjort en forskjell i forhold til at muliggjøre jobb tilpasning. Derutover har flere gjentatte erfaringer med tilbakefall, hvor opplevde nederlag i arbeidssammenheng øker barrierene mot arbeidslivet. Samtidig oppstår frustrasjoner knyttet til uforutsigbarhet og venting, hvor den enkelte utover prosessen etter rehabiliteringsoppholdet opplever at miste kontroll og innflytelse på egen

tilbakeføring til arbeid. Pasientene opplever at disse omstendigheter stiller store krav til den enkelte i en sårbar situasjon, der de prøver at skape mening og akseptere tilværelsen.

Resultatene viser, at der ligger sammensatte årsaksfaktorer bak pasientenes erfaringer med overgang til arbeidslivet etter endt rehabiliteringsopphold. Her kan det se ut til at forhold som uforutsigbarhet, venting, begrensede muligheter for og vilje til jobb tilpasninger, og gjentatte sykemeldinger bidrar til å øke den sykemeldtes avstand til arbeidslivet. Disse omstendigheter oppleves mer belastende enn det å stå helt utenfor arbeidslivet.