

# **Sykepleierrollen i hverdagsrehabilitering**

**En kvalitativ studie om hvordan hverdagsrehabilitering kan påvirke sykepleierrollen**

**Høgskolen i Sørøst-Norge, Fakultet for helsevitenskap**

**Master i helsefremmende arbeid**

**Kandidatens navn: Linda Marie Johnsen**

**Måned/årstall: Mai/ 2017**

## Forord

Det er med stor glede at jeg med dette fullfører mastergraden i helsefremmende arbeid. Det har vært fire år preget av mange spennende bekjentskap, interessante forelesere og mye ny kunnskap.

En stor takk til alle som har bidratt til at dette har blitt en virkelighet. Først og fremst tusen takk til dere som var behjelpelige med å prøve få deltakere til denne studien. Tusen takk til dere som sa dere villige til å stille opp i fokusgrupper og til intervju. Det hadde ikke gått uten dere. Tusen takk til Berit Viken for kunnskapsrik, støttende, nyttig og morsom veiledning. Tusen takk til familie og venner som har fått høre ekstra mye om dette det siste året og som har oppmuntret meg til å stå på. Tusen takk til studievenninnene Tina, Bente og Kristine for mange interessante og motiverende studiegruppesamlinger. En ekstra takk til Tina for utallige bildiskusjoner om masteroppgaveforslag, hverdagslige utfordringer og morsomheter under våre kjøreturer til og fra skolen i fire år. Det har vært fantastisk. Tusen takk til avdelingslederen min for tilrettelegging av vaktbytter, interesse og støtte. Tusen takk til supre kollegaer som har måttet tåle mye fokus på hverdagsrehabilitering og hverdagsmestring i jobbsammenheng. Til sist ønsker jeg å takke alle medstudenter og forelesere for å ha bidratt til fire spennende, lærerike, morsomme, inspirerende og motiverende studieår.

Larvik, 10. mai 2017-05-10

Linda Marie Johnsen

## Sammendrag

Siden 2011 har over 100 kommuner i Norge startet med hverdagsrehabilitering hjemmetjenesten og flere planlegger oppstart (Hverdagsrehabilitering, 2015). Hverdagsrehabilitering er en form for rehabilitering for brukere i hjemmebasert omsorg. Tverrfaglig, tidsavgrenset og målstyrt rehabilitering skal kunne sikre at brukeren kan oppnå deltagelse og økt funksjon, mestre daglige gjøremål og bo hjemme på en verdig måte. Hverdagsrehabilitering som tidlig intervensjon kan forebygge funksjonstap. Det tas utgangspunkt i brukerens mål for hverdagslige aktiviteter og det samarbeides om en mål – og tidsplan (Laberg & Erik, 2012). Formål: Å undersøke hvordan et utvalg sykepleiere i hjemmetjenesten i norske kommuner mener at hverdagsrehabilitering kan påvirke sykepleierollen. Teori: organisering av hverdagsrehabilitering, rolleteori, sykepleieteori, sykepleie i rehabilitering, helsefremming i sykepleie, sykepleie i hverdagsrehabilitering, sykepleiefaglig kompetanse, empowerment og teori om tverrfaglig samarbeid ble knyttet opp mot funnene i studien. Metode: Kvalitativ metode bestående av to fokusgruppeintervjuer og tre individuelle intervjuer ble benyttet. Analyse: Ble foretatt med utgangspunkt i artikkelen av Graneheim og Lundman om kvalitativ innholdsanalyse i sykepleieforskning (Graneheim & Lundman, 2004) sammen med hermeneutisk fortolkning med utgangspunkt i forforståelsen (Garsjø, 2001). Resultat: At forhold som organisering, tid, tverrfaglighet, bevisstgjøring, utdanning og motivasjonsarbeid er noe som påvirker sykepleierollen på ulike måter i hverdagsrehabilitering. Konklusjon: Der hverdagsrehabilitering organiseres i team opplever sykepleierne at de har tid til oppgaven slik at hverdagsrehabilitering oppleves som en helsefremmende prosess for brukerne. Der sykepleierne jobber i hjemmetjenesten og har mange forskjellige oppgaver og begrenset med tid, blir hverdagsrehabilitering kun en av mange andre oppgaver for sykepleierne. Videre anbefalinger: Undersøkelser blant sykepleiere som jobber i hjemmetjenesten med hverdagsrehabilitering som en av mange oppgaver og blant sykepleiere i hverdagsrehabiliteringsteam, på hvor mange ulike organiseringsmåter av hverdagsrehabilitering det er i Norges kommuner og hvordan sykepleierens rolle er i de ulike organiseringsmåtene. Undersøkelser på hvordan de ulike organiseringsmåtene påvirker utfallet av hverdagsrehabilitering for brukerne. Nøkkelord: hverdagsrehabilitering, sykepleierrolle, hjemmetjenesten, helsefremmende arbeid.

## Abstract

In Norway over 100 municipalities have started with reablement in home services and more municipalities is planning to start up (Hverdagsrehabilitering, 2015). Reablement is a form of rehabilitation for users of home-based care. Interdisciplinary, time-limited and goal-oriented rehabilitation is supposed to ensure that the person can achieve participation, increased function, master daily tasks and be able to live longer at home in a worthwhile way. Reablement as an early intervention can prevent function loss. It is based on the persons goal in everyday activities and it is an cooperation on a schedule and a goalplan. This study aimed to survey how a selection of nurses in home services in Norwegian municipalities believe that reablement can affect the nursing role. Theory: Organization of reablement, role theory, nursing theory, nursing in rehabilitation, health promotion in nursing, nursing in reablement, nursing skills, empowerment and theory about interdisciplinary collaboration was linked to the findings in the study. Method: Qualitative method consisting of two focus group interviews and three individual interviews. Analysis was made on the basis of the article by Graneheim and Lundman about qualitative content analysis in nursing research (Graneheim & Lundman, 2004) along with hermeneutic interpretation based on the underlying understanding of the theme in this study (Garsjø, 2001). Result: Factors like organization, time, interdisciplinarity, awareness raising, education and motivational work affects the nursing role in reablement in different ways. Conclusion: The nurses that works with reablement that is organised in teams experience that they have enough time to let reablement become a health promotion process for the persons that receives reablement. The nurses that work in home care with many other tasks and limited time, experience that reablement is just an extra task. More studies about the nursing role of the nurses in home services with reablement as one of many tasks and about the nursing role of the nurses that works in teams are needed. Studies about how many ways of organization there is of reablement in norwegian municipalities and studies on how the nursing role are defined in the different organizational ways and how it effects the outcome for the persons that receives reablement are of interest. Keywords: Reablement, nursing role, home services, health promotion

# Innholdsfortegnelse

Innholdsfortegnelse .....	5
1 Innledning.....	1
1.1 Formål.....	3
1.2 Forforståelsen.....	3
1.3 Oppgavens plassering i helsefremmende arbeid.....	4
1.4 Litteratursøk.....	4
1.5 Kunnskapsstatus.....	4
1.5.1 Kunnskapshullet .....	10
1.6 Problemstilling.....	10
1.6.1 Forskningsspørsmål .....	11
1.6.2 Definisjoner .....	11
1.7 Oppgavens oppbygning .....	12
2 Metode.....	13
2.1 Metodevalg .....	13
2.1.1 Refleksjoner over intervjusituasjonen .....	14
2.1.2 Vitenskapsteoretisk utgangspunkt .....	15
2.1.3 Intervjuguide.....	16
2.2 Etske vurderinger.....	17
2.2.1 Frivillighet .....	17
2.2.2 Anonymitet og ivaretagelse av informant .....	17
2.3 Praktisk gjennomføring.....	18

2.3.1	Utvalg .....	19
2.3.2	Transkribering .....	20
3	Analyse .....	21
4	Teoretisk ramme .....	23
4.1	Organisering av hverdagsrehabilitering.....	23
4.2	Rolle teori. ....	23
4.3	Sykepleie.....	25
4.4	Sykepleierens rolle i rehabilitering.....	25
4.5	Helsefremming i sykepleie .....	27
4.6	Hverdagsrehabilitering i sykepleie .....	28
4.7	Sykepleiefaglig kompetanse .....	29
4.8	Tverrfaglighet .....	31
4.9	Empowerment .....	32
5	Presentasjon av funn.....	34
5.1	Ulike organiseringsmåter .....	34
5.2	Tidens muligheter og begrensninger.....	36
5.3	Ikke noe nytt .....	38
5.4	Bevisstgjøring .....	39
5.5	Tverrfaglig samarbeid.....	40
5.6	Motivasjonsarbeid.....	41
5.7	Oppsummering av resultatene .....	42
6	Diskusjon.....	44
6.1	Sykepleiernes deltagelse i hverdagsrehabilitering.....	44
6.1.1	Ulike organiseringsmåter.....	44
6.1.2	Den tradisjonelle sykepleierrollen .....	46
6.1.3	Den rehabiliterende sykepleierrollen.....	46
6.1.4	Den helsefremmende sykepleierrollen .....	47

6.1.5	Den hverdagsrehabiliterende sykepleierrollen .....	48
6.2	Oppgaver og opplevelsen av oppgavene .....	49
6.2.1	Tverrfaglighet .....	49
6.2.2	Motiveringsarbeid.....	52
6.3	Muligheter eller begrensninger? .....	53
6.3.1	Sykepleierutdanningen .....	53
6.3.2	Bevisstgjøringen .....	54
6.3.3	Er det tid til dette? .....	55
7	Konklusjon .....	57
7.1	Metodekvalitet .....	58
7.1.1	Pålitelighet .....	58
7.1.2	Transparens.....	59
7.1.3	Refleksjoner over valg av teoretisk utgangspunkt.....	59
7.1.4	Refleksjoner over metodevalg.....	60
7.2	Forslag til videre forskning.....	62
8	LITTERATURLISTE.....	63

Vedlegg 1: Godkjenning fra NSD

Vedlegg 2: Informasjonsskriv fokusgruppe med samtykkeerklæring

Vedlegg 3: Informasjonsskriv enkeltintervju med samtykkeerklæring

Vedlegg 4: Intervjuguide fokusgruppe

Vedlegg 5: Intervjuguide enkeltintervju

Antall ord: 17437

# 1 Innledning

Den demografiske utviklingen i Norge viser et stort antall økende eldre som fører til et presset velferdssamfunn i framtiden. Dette vil i løpet av noen få år føre til problemer i forhold til rekruttering av nok arbeidskraft, samt å finansiere dagens velferdssystem (Sundseth, 2015). Den demografiske utviklingen gjelder også på verdensbasis. Med utgangspunkt i dette har Verdens helseorganisasjon utgitt rapporten: «World report on ageing and health», hvor behovene for tiltak for å skape en verdig og aktiv alderdom tydeliggjøres (WHO, 2015).

I Norge synliggjør Samhandlingsreformen (Meld. St. 47 (2008-2009), 2009), Helse – og omsorgstjenesteloven (Helse - og omsorgstjenesteloven, 2011) og nasjonal helse – og omsorgsplan (Meld. St.16 (2010-2011), 2011) store endringer i helse og velferdstjenesten grunnet den demografiske utviklingen og endringer i sykdomsbildet (Laberg & Erik, 2012). I Folkehelseloven, kapittel 2, §4 står det at: «Kommunen skal fremme befolkningens helse, trivsel, gode sosiale og miljømessige forhold og bidra til å forebygge psykisk og somatisk sykdom, skade eller lidelse». Kapittel 2, §7: «Kommunen skal iverksette nødvendige tiltak for å møte kommunens folkehelseutfordringer, jf. § 5». «Kommunen skal gi informasjon, råd og veiledning om hva den enkelte selv og befolkningen kan gjøre for å fremme helse og forebygge sykdom» (Folkehelseloven, 2012).

Rehabiliteringsmeldingen «Ansvar og meistring» påpeker at rehabilitering tar utgangspunkt i personens medbestemmelsesrett og retten til egne mål. Behandlingsteamet i rehabiliteringsforløpet skal fokusere på egenmeistring og personlig ansvar, fremfor sykdomsfokus og passiv brukerrolle. Rehabiliteringstjenesten skal medvirke til at brukeren blant annet opplever størst mulig grad av kontroll over prosessen (Meld. St. 21 (1998-99), 1999).

Hverdagsrehabilitering stemmer overens med noen punkter i Lov om kommunale helse – og omsorgstjenester slik som å bidra til at ressursene utnyttes best mulig. Videre å sikre samhandling og et tilgjengelig og individuelt tilpasset tjenestetilbud. Det at tjenestetilbudet



tilrettelegges med respekt for den enkeltes integritet og verdighet, samt å sikre at den enkelte får mulighet til å leve og bo selvstendig, ha en aktiv og meningsfylt tilværelse med andre (Laberg & Erik, 2012).

Stortingsmeldingen «Morgendagens omsorg» poengterer behovet for faglig omstilling i helse – og omsorgstjenestene (Meld. St. 29 (2012-2013), 2013). Hverdagsmestring er et tankesett som er en forutsetning for hverdagsrehabilitering og en overgang til å tenke hverdagsmestring er den største faglige omstillingen som trengs ved innføring av hverdagsrehabilitering (Tuntland & Ness, 2014b).

Opprinnelig kommer hverdagsrehabilitering fra kommunen Østersund i Sverige hvor de startet med «hemrehabilitering» i 2000. Fredericia kommune i Danmark tok lærdom av Østersund kommunes erfaringer og startet i 2008. Norske kommuner har tatt del i erfaringene fra Fredericia, først og fremst grunnet Dansk Sundhetsinstitutt (Nå Kora) fortløpende evalueringer av effekter og kostnader. I april 2011 arrangerte Norsk ergoterapeutforbund et frokostseminar med forsker Pia Kürstein Kjellberg fra Dansk Sunhedsinstitutt. Dette kan regnes som starten på hverdagsrehabilitering i Norge. Samarbeidsprosjektet «Innføring av hverdagsrehabilitering i norske kommuner» mellom Norsk ergoterapiforbund, Norsk fysioterapeutforbund og Norsk sykepleierforbund startet i 2012 med midler fra Helse – og omsorgsdepartementet (HOD). KS ble med senere og fikk bevilget flere midler fra HOD i 2014 (Ness et al., 2012).

## 1.1 Formål

Formålet med oppgaven er å se på hvordan hverdagsrehabilitering påvirker sykepleierrollen i hjemmetjenesten i norske kommuner.

Under litteratursøkene til oppgaven, var det få funn om sykepleierens rolle i hverdagsrehabilitering og det var en av årsakene til at oppgavens tema omhandler dette.

I forkant av litteratursøkene hadde valget på hverdagsrehabilitering som tema blitt tatt, fordi det har engasjert meg fra første dag det ble introdusert på jobben. Jeg jobber i hjemmetjenesten som sykepleier og har gjennom jobben fått erfaring med hverdagsrehabilitering, samt at jeg har vært på kurs i hverdagsrehabilitering, hverdagsmestring og motiverende intervju (MI). Motiverende intervju er brukersentrert rådgivning hvor man gjennom samarbeid stimulerer til en positiv endring ved å få frem og forsterke brukerens egen motivasjon (Tuntland & Ness, 2014b). I tillegg til at det var lite litteratur om sykepleierrollen i hverdagsrehabilitering, har jeg også sett et behov for å se nærmere på denne rollen gjennom egne erfaringer med hverdagsrehabilitering.

## 1.2 Forforståelsen

Forforståelsen til temaet er påvirket av at jeg jobber i hjemmetjenesten hvor hverdagsrehabilitering er en del av jobben. Jeg har også som nevnt gått på kurs om temaet for å kunne bidra til et økt fokus på hverdagsmestring og hverdagsrehabilitering inn i avdelingen der jeg jobber. Det kan ha preget utførelsen av intervjuene i undersøkelsen, analysemetoden og hvilken empiri som til slutt velges som relevant. Underveis i prosjektet har jeg hele tiden forsøkt å holde forforståelsen på avstand gjennom blant annet å stille åpne spørsmål til informantene, være lyttende under intervjuene og åpen for nyanser av temaet. Under fortolkningen av empirien i denne studien kan forforståelsen min ha påvirket hva som har blitt observert og hvordan observasjonene har blitt tolket og registrert. Allikevel har forforståelsen samtidig vært nødvendig for å forstå virkeligheten. Det er viktig å være klar over at sammen med forforståelsen og empirien er man tilslutt en aktør, som velger ut data som blir brukt (Johannessen, Tufte, & Christoffersen, 2011).

### **1.3 Oppgavens plassering i helsefremmende arbeid**

Temaet er relevant for helsefremmende arbeid, fordi hverdagsrehabilitering er en ressursorientert arbeidsmåte. Hverdagsrehabilitering fokuserer på menneskets ressurser og helse, istedenfor sykdom og begrensninger. Arbeidsmåten gjør mennesker i stand til å ivareta egen helse. Fokuset i helsefremmende arbeid er nettopp helse og ressurser, fremfor sykdom og begrensninger. En definisjon på helsefremmende arbeid er: «prosessen som setter den enkelte så vel som fellesskapet i stand til økt kontroll over forhold som virker inn på helsen og derigjennom bedre sin egen helse» (Green & Tones, 2010).

### **1.4 Litteratursøk**

Litteratursøkene ble utført i Cinahl, Idunn, Swemed, [www.hverdagsrehabilitering.no](http://www.hverdagsrehabilitering.no), [www.nsf.no](http://www.nsf.no), Oria, Ovid og Ageline.

### **1.5 Kunnskapsstatus**

Gjennom litteratursøkene kom det frem internasjonal og norsk litteratur om temaet. Først nevnes litteratur om rehabilitering, hverdagsrehabilitering og hverdagsmestring.

Rehabilitering dreier seg om å bedre personens mestring – og funksjonsevne, samt å styrke deltagelse og selvstendighet gjennom for eksempel tilrettelegging. Rehabilitering er tidsavgrensede prosesser basert på samarbeid, koordinering og deltagelse fra brukeren. Dette rommer ord som empowerment og medvirkning (Normann, Sandvin, & Thommesen, 2013).

Hverdagsrehabilitering er en form for rehabilitering for brukere i hjemmebasert omsorg. Tverrfaglig, tidsavgrenset og målstyrt rehabilitering skal kunne sikre at brukeren kan

oppnå deltagelse og økt funksjon, mestre daglige gjøremål og bo hjemme på en verdig måte. Hverdagsrehabilitering som en tidlig intervensjon kan forebygge funksjonstap. Det tas utgangspunkt i brukerens mål for hverdagslige aktiviteter og det samarbeides om en mål – og tidsplan. En systematisk kartlegging av brukerens funksjon i hverdagslivet utføres. Underveis foretas systematiske vurderinger av endringer og progresjon i planen. Brukeren deltar aktivt i alle vurderinger og planarbeid. Hverdagsrehabilitering innebærer en intensiv innsats i starten med gradvis nedtrapping ved måloppnåelser (Laberg & Erik, 2012).

Hverdagsrehabilitering baseres på en antagelse om at meningsfulle aktiviteter er et menneskelig behov. Aktivitetene påvirker trivsel og helse, gir struktur og mening og organiserer tiden. Lar man mennesker gjøre noe selv, utøver man god omsorg (Sundseth, 2015). Hverdagsmestring bygger på et rehabiliterende og helsefremmende tenkesett hvor utgangspunktet er den enkeltes mestring uavhengig av funksjonsnivå. Hverdagsmestring er en forutsetning for hverdagsrehabilitering. Man spør «Hva er viktige aktiviteter i livet ditt nå?» fremfor «Hva trenger du hjelp til?»(Tuntland & Ness, 2014b).

«Aktiv mestring i hjemmesykepleien» er en fagartikkel om hverdagsrehabilitering. Hovedbudskapet i artikkelen er at flere forhold har ført til større fokus på rehabilitering i hjemmetjenesten. Hverdagsrehabilitering lanseres derfor som en ny type rehabilitering spesielt i pasienters hjem. Det vil kreve mer tverrfaglig samarbeid og samhandling. Artikkelen bygger på 80 % teori og 20 % praksis (Birkeland, 2014).

I hverdagsrehabiliteringsforløpet deltar fysioterapeut, ergoterapeut og sykepleier i et tverrfaglig samarbeid. Det står noe om de ulike faggruppens rolle i litteraturen som er tatt med her, men det står lite om sykepleierens rolle i hverdagsrehabilitering. Utover det var det en artikkel om fysioterapeutens rolle. «Hverdagsrehabilitering - fysioterapeutens deltagelse er viktig!» er en fagkronikk hvor temaet er at fysioterapeutens deltagelse er viktig i hverdagsrehabilitering og kronikken begrunner også hvorfor fysioterapeutens

deltagelse er viktig. Det tverrfaglige samarbeidet i hverdagsrehabilitering vektlegges i kronikken, samt at sykepleierne og fysioterapeutene til nå ikke har vært like aktive i hverdagsrehabiliteringen som det ergoterapeutene har. I kronikken stilles det også spørsmålsteget ved fysioterapeutenes rolle og om den har endret seg den senere tiden (Granbo & Sand, 2014).

Videre er boken «Hverdagsrehabilitering» aktuell. Den inneholder forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap og brukerkunnskap. Den handler om hverdagsrehabilitering og om hvorfor det er et behov. Det dreier seg videre om målgruppen, samarbeid, kartlegging av hverdagsrehabilitering, etisk refleksjon, organisering av hverdagsrehabilitering og om ulike forskningsresultater (Tuntland & Ness, 2014b).

Nedenfor nevnes kun noen internasjonale forskningsbidrag fra boken «Hverdagsrehabilitering» og de er fra USA og New Zealand. De øvrige internasjonale forskningsbidragene som nevnes i den samme boken er fra Australia og Storbritannia. Alle landene har hatt intervensjoner som ligner på hverdagsrehabilitering kalt *restorative care* (Tuntland & Ness, 2014a).

Den første studien som nevnes med her er en amerikansk, kontrollert studie hvor man sammenliknet PADL – funksjon (=basale kroppsnaere aktiviteter, for eksempel toalettbesøk), IADL – funksjon (=komplekse aktiviteter i omgivelsene, for eksempel husarbeid), mobilitet og sannsynlighet for å bo hjemme for eldre personer som mottar *restorative care* versus standard hjemmetjenester. Konklusjon: *Restorative care* kan fremme ulike sider av helsen til hjemmeboende eldre uten økning av helsetjenester (Tuntland & Ness, 2014a). En annen amerikansk, kontrollert studie sammenlignet reinnleggelser på sykehus for eldre som mottok *restorative care* mot en matchet gruppe med standardtiltak. Konklusjon: Til tross for at den statistiske signifikansen fra funnene var lav, virket det som at *restorative care* hadde en effektiv tilnærming for å minske

uungåelige sykehusinnleggelse (Tuntland & Ness, 2014a). En randomisert, kontrollert studie fra New Zealand vurderte effekten av *restorative care* versus standard behandling på sosial støtte og fysisk funksjon blant hjemmeboende eldre. Resultat: Intervensjonsgruppen hadde gjennomsnittlig større fremgang i fysisk funksjon enn kontrollgruppa. Det var ingen sammenheng mellom henvisning til ergoterapeut eller fysioterapeut og bedring i fysisk funksjon over tid. Det ble forklart ved at det var de dårligste pasientene som ble henvist til fysioterapeut eller ergoterapeut. Det var ingen forskjeller mellom gruppene ved 6 måneder etter oppstart på sosial støtte. En forklaring på dette var at man må være over et visst nivå på fysisk funksjon og utvalget var for dårlig til det (Tuntland & Ness, 2014a).

Søkene viste også litteratur om implementering. Kommunen Fredericia i Danmark startet opp med hverdagsrehabilitering før man startet med hverdagsrehabilitering i Norge. Fredericia kommune har utgitt kunnskap og anbefalinger om implementeringen i notatet: «Fra pleje og omsorg til rehabilitering». Det er et notat med formål om å dele kunnskap og anbefalinger til andre kommuner for en vellykket implementering av hverdagsrehabilitering, slik som i Fredericia kommune i Danmark. Her presenteres ideen om *Længst muligt i eget liv*, hvorfor hverdagsrehabilitering er viktig, hva hverdagsrehabilitering er, Fredericia modellen for hverdagsrehabilitering, forskjeller i praksis, eksempler på brukernes opplevelser, medarbeiderne meninger, kompetanseutviklingen, tall på effekten av hverdagsrehabilitering, implementering i ordinær hjemmetjeneste, foreløpige erfaringsmodeller for hverdagsrehabilitering, hvordan hverdagsrehabiliteringen kan bli suksess, økonomien, tverrfaglig fokus, faggruppens kompetanse, oppsummering av hovedkonklusjonene og anbefalinger for en vellykket implementering (Kjellberg, Ibsen, & Kjellberg, 2011).

Videre kom det frem litteratur om implementering av hverdagsrehabilitering i norske kommuner. «Hverdagsmestring og hverdagsrehabilitering» er en rapport utarbeidet av en prosjektgruppe bestående av Norsk Sykepleierforbund, Norsk ergoterapeutforbund og Norsk fysioterapeutforbund. Formålet med rapporten handler om å danne grunnlaget til kommunenes forberedelser. Rapporten utdyper hverdagsmestring som et forebyggende og rehabiliterende tanke sett som styrer hverdagsrehabilitering og hverdagsmestring som en

arbeidsform. Konklusjonen i rapporten var at enhver innføring av hverdagsrehabilitering og hverdagsmestring må ta utgangspunkt i en utvikling av kvalitativt utviklede tjenester til innbyggerne, fremfor økonomiske besparinger. Rehabilitering i norske kommuner trenger et løft og nytenkning. Norge trenger en satsning på rehabilitering og en utvikling av gjennomgående forebyggende og rehabiliterende tankesett(hverdagsmestring). Her kan man lære mye fra svenske og danske erfaringer, samt oppstartede prosjekter i Norge. Styringsgruppa ønsker å fortsette samarbeidet i prosjektet «Hverdagsrehabilitering i Norge» (Ness et al., 2012).

«Innføring av hverdagsrehabilitering i norske kommuner» er en fagartikkel publisert i fagbladet «Ergoterapeuten». Artikkelen omhandler hva hverdagsrehabilitering er, hvorfor hverdagsrehabilitering er viktig, hvordan hverdagsrehabilitering er lagt opp, suksesskriteriene for hverdagsrehabilitering, hva som skjer i Norge og om ergoterapeutens rolle i hverdagsrehabilitering (Laberg & Erik, 2012).

«Implementering av hverdagsrehabilitering i Kristiansand kommune» er en masteravhandling med problemstillingen: Hvordan har Kristiansand kommune organisert hverdagsrehabilitering og hvordan har kommunen lyktes med å integrere rehabilitering i hjemmesykepleien? Resultat: Mye positivitet. Ansatte er svært fornøyde med organiseringen av hverdagsrehabilitering og kompetansehevingen. Økt kompetanse har ført til høyere medarbeidertilfredshet, spesielt hos fagarbeidere og assistenter. Utfordringene er tidspresset. Kristiansand kommunes måte og organisere hverdagsrehabilitering på, oppleves riktig og god, men har forutsetninger. Motorteamet må være sammensatt av alle tre yrkesgrupper. Disse må vektles likt. Ved mangel på fysioterapeut eller ergoterapeut risikerer hjemmesykepleien dårligere kunnskap om rehabilitering og forebygging. Hjemmesykepleien mistet et bindeledd til teamet når sykepleieren forsvant. Samlokalisering med motorteamet ga svært positiv effekt for integreringen av rehabilitering. Ansatte må avlære gamle arbeidsmetoder og tilegne seg nye. Det kan være problematisk å samhandle med profesjoner som har andre verdier, mål og kompetanse. Dette krever en kultur- og holdningsendring hos ansatte i hjemmesykepleien. Dersom dette

ikke følges godt nok opp, kan kommunen risikere at det blir en strukturendring uten atferdsendring (Robertsen, 2015).

«Omlegging og endring av tjenestetilbudet i en norsk kommune mot mer hverdagsrehabilitering – hva mener et utvalg ansatte?» er en artikkel om hvordan prosessen mot hverdagsrehabilitering kan gjennomføres og hvilke tilrettelegginger som må til. Resultat: Behov for felles forståelse av begreper, mål og definisjoner. Strukturen i tjenesten må endres for å motvirke at hverdagsrehabiliteringen starter for sent. Forebyggende hjemmebesøk bør foretas tidligere i forløpet. Tydeligere retningslinjer må utformes. Det er nødvendig å øke ressursene. Kulturens betydning ble vektlagt, fordi personalet var delt i å gi hjelp og omsorg kontra hjelp for selvhjulpenhet. Flere ønsket ressurspersoner i kommunen og små «drypp» av læring. Konklusjon: Viktig med ansattes representanter videre i planprosessen. Det blir avgjørende for en likestilt deltagelse i planprosessen og god implementering av hverdagsrehabilitering (Svindland, Henanger, & Myrmell, 2015).

«Hverdagsrehabilitering. Pilotstudie om teambasert planlegging og innføring av Stjørdalsmodellen» er en rapport som omhandler planlegging og innføring av hverdagsrehabilitering i Stjørdal kommune, samt forskning på prosjektet. Anbefalinger: Videreføring av modellens suksessfaktorer. Dersom hverdagsrehabiliteringstjenesten skal utvides anbefales teambygging, slik at nyansatte får eierforhold til Stjørdalmodellen for hverdagsrehabilitering (Brataas & Moe, 2015).

«Selvstendig, trygg og aktiv. Evaluering av pilotprosjekt hverdagsrehabilitering» er en evalueringsrapport pilotprosjektet med hverdagsrehabilitering i Madla bydel i Stavanger kommune som startet 1. november 2012 og ble avsluttet 30.april 2013. Resultat: Betydelig funksjonsforbedring for flestparten av brukerne etter avsluttet hverdagsrehabilitering (Hustoft, Stavanger Avdeling oppvekst og, & Hverdagsrehabilitering, 2013).



«Modeller for hverdagsrehabilitering – en følgeevaluering i norske kommuner» er en rapport med evaluering av til sammen 43 kommuner i Norge. Det er den første forskningsstudien om hverdagsrehabilitering, internasjonalt og nasjonalt, som inkluderer flest kommuner. Evalueringen er utført i samarbeid med CHARM (Forskningscenter for habiliterings- og rehabiliteringstjenester) ved Universitetet i Oslo. Hovedformålet med evalueringen var å få mer kunnskap om hvilken effekt hverdagsrehabilitering har for brukerne, hvilken effekt det har for kommunenes økonomi og om noen modeller fremstår som mer hensiktsmessige enn andre i forhold til å nå målene. Noen av konklusjonene i rapporten er at hverdagsrehabilitering har bedre effekt enn ordinære tjenester på utførelse og tilfredshet med daglige aktiviteter, fysisk funksjon og helserelatert livskvalitet i et seks måneders perspektiv. Studien påpeker at ordinære tjenester og hverdagsrehabilitering koster omtrent like mye i et seks måneders perspektiv, men at helseeffekten er større ved hverdagsrehabilitering. Gjennom intervjuer med ansatte, så kom det frem at det var avgjørende viktig at hverdagsrehabilitering ble organisert rundt egne tverrfaglige rehabiliteringsteam (Langeland et al., 2016).

### 1.5.1 Kunnskapshullet

Kort oppsummert handlet litteraturen om hva hverdagsrehabilitering er, hvordan det kan implementeres, samt noe mer litteratur om fysioterapeutens og ergoterapeutens rolle. Det var lite litteratur om sykepleierrollen. Sykepleierrollen er viktig og aktuell, fordi litteraturen viser at tverrfaglig samarbeid er viktig i hverdagsrehabilitering og at medisinske målinger og et klinisk blikk er av relevans.

## 1.6 Problemstilling

Hvordan mener et utvalg sykepleiere i hjemmetjenesten i norske kommuner at hverdagsrehabilitering påvirker sykepleierrollen?

### 1.6.1 Forskningsspørsmål

For å belyse problemstillingen har jeg valgt følgende forskningsspørsmål: Hvordan deltar sykepleierne i hverdagsrehabilitering? Hvilke oppgaver har sykepleierne fått gjennom hverdagsrehabilitering og hvordan oppleves det? Hvilke muligheter og/eller begrensninger har hverdagsrehabilitering gitt for sykepleierne?

Forskningsspørsmålene dannet utgangspunktet for intervjuguidene som er vedlagt oppgaven (Vedlegg 4 og 5).

### 1.6.2 Definisjoner

Hverdagsrehabilitering er en form for rehabilitering for brukere i hjemmebasert omsorg. Hverdagsmestring er et rehabiliterende og helsefremmende tenkesett hvor utgangspunktet er den enkeltes mestring uavhengig av funksjonsnivå. Hverdagsmestring er en forutsetning for hverdagsrehabilitering (Laberg & Erik, 2012).

Hjemmetjenesten hører innunder den kommunale helsetjenesten. Hjemmetjenesten er selve fundamentet i desentralisert helsetjeneste, hvor myndighetene ønsker med helsepolitikken at hjemmeboende skal ha nærhet og trygghet til offentlig tjeneste. Nøkkelrollen i dette har hjemmetjenesten. Kommuneloven sier at kommunene står fritt til å organisere tjenestene, men staten understreker samtidig at mottakerne av hjelp skal oppleve sammenheng og helhet i tjenestene (Gjengedal & Jakobsen, 2001b).

Sykepleierrollen forstås her som en sosial rolle som innebærer personligheten (en del av egenskapene man har vil bli trukket med oss uansett hvilke kontekster man befinner seg i) til vedkommende og summen av forventningene og normene som er knyttet til sykepleiestillingen i et sosialt system (Garsjø, 2001).

## **1.7 Oppgavens oppbygning**

I første del presenteres tema, formål, relevans til helsefremmende arbeid, kunnskapsstatus, problemstilling og oppgavens oppbygning. I andre del presenteres metode, etiske vurderinger og praktisk gjennomføring. I tredje del presenteres analyse. I fjerde del presenteres teoretisk ramme. I femte del presenteres funn og oppsummering. I sjette del presenteres diskusjon. I syvende del presenteres konklusjon og metodiske følger og refleksjoner, før oppgaven rundes av med forslag til videre forskning.

## 2 Metode

Den greske betydningen av ordet er opprinnelig «veien til målet» (Kvale & Brinkmann, 2009) og målet med denne studien er å få svar på problemstillingen. Av den grunn er valget av metode knyttet til hvordan man best mulig kan nå dette målet (Everett & Furseth, 2012).

### 2.1 Metodevalg

I denne studien er kvalitativ metode benyttet gjennom to fokusgruppeintervjuer og tre individuelle intervjuer. Kvalitativ metode er egnet når man ønsker å nærme seg problemstillingen og komme bak ytre atferd. Ved å benytte kvalitativ metode kan man oppnå dybdeinformasjon og underliggende årsakssammenhenger om problemstillingen (Garsjø, 2001).

Kvalitativ metode har som mål å tydeliggjøre karakteren eller egenskapene av et fenomen og er slik innholdssøkende (Tjora, 2012; Widerberg, 2001). En kvalitativ metode egner seg derfor godt for å se på hvordan hverdagsrehabilitering kan påvirke sykepleierrollen.

Når det gjelder valget av fokusgruppeintervjuer for å undersøke hvordan sykepleierrollen kan bli påvirket av hverdagsrehabilitering, så passer fokusgruppeintervjuer til studien av flere grunner. Informantene kan oppleve å få mer snakketid og økt åpenhet. Det er lettere å ta ordet, ta opp sensitive, kontroversielle temaer, få fram detaljene fra historiene og personlige fortellinger. På den annen side kan gruppene være begrensende for hvor mye informasjon som fremkommer. Det kan være vanskeligere å få til diskusjoner. Noen deltakere kan oppleves som eksperter. Samarbeidet mellom deltakerne kan også forringes (Johannessen et al., 2011).

Valget av individuelle intervjuer i tillegg til fokusgruppeintervjuer ble et alternativ, fordi det var vanskelig å få tak i informanter til fokusgruppeintervjuene i begynnelsen av

rekrutteringen. Individuelle intervjuer er nyttige på forskjellige måter i denne sammenhengen, fordi slike intervjuer kan få frem andre sider av fenomenet som studeres i denne undersøkelsen. Et individuelt intervju gjør det mulig å få frem nyanser og kompleksitet og sosiale fenomener er komplekse. Informanten får også oppgaven om å rekonstruere hendelser og det lar seg ikke gjøre ved hjelp av for eksempel et spørreskjema som kan benyttes i kvantitative undersøkelser (Johannessen et al., 2011).

### 2.1.1 Refleksjoner over intervjusituasjonen

En intervjusituasjon bør ifølge Kvale og Brinkmann ikke bare betraktes som en fri og åpen dialog mellom likestilte partnere. Et intervju er en spesifikk profesjonell samtale med et tydelig asymmetrisk maktforhold mellom den som intervjues og forskeren. Slike asymmetriske maktforhold kan være at det er intervjueren som bestemmer temaet for intervjuet, som igangsetter og avslutter intervjuet og som har vitenskapelig kompetanse. Intervjueren har også enerett til å fortolke det som blir sagt og velge ut hva som skal tas med i undersøkelsen (Kvale & Brinkmann, 2009). Det er bare noen av de faktorene som kan vise til asymmetrien i maktforholdet i en intervjusituasjon og forskeren trenger ikke utøve makt med overlegg. Det er uansett viktig at den som intervjuer reflekterer over hva slags rolle makt spiller i produksjon av kunnskap fra intervjuet.

Denne asymmetrien reflekterte jeg over underveis i denne undersøkelsen. Jeg forsøkte å utarbeide en intervjuguide med temaer som kunne passe for alle deltakerne og som ikke opplevdes som upassende spørsmål. I forkant av intervjuene forsøkte jeg å skape uformell stemning, blant annet gjennom å snakke med deltakerne om det vi hadde felles, slik som for eksempel jobben som sykepleier. Under intervjuet forsøkte jeg å opptre lyttende gjennom å gå utenom intervjuguiden ved å følge opp det de sa med oppfølgings spørsmål til akkurat det de snakket om der og da. Jeg forsøkte å ha fokus på inkludering av alle deltakerne i fokusgruppene gjennom å ta runder hvor jeg henvendte meg kun til en og en sykepleier av gangen. Jeg forsøkte å bruke humor for å jevne ut forholdet mellom deltakerne og meg som forsker. Dersom informantene ikke sa noe i en lengre pause, fortalte jeg om noen få eksempler fra min erfaring med dette og dette bidro til å få i gang samtalene rundt temaet igjen.

Siden noen av informantene var bekjente av meg, kan det ha påvirket det som ble sagt i intervjuene. Det kan tenkes at det er en mulighet for at det ble sagt for lite, at noe ble holdt skjult eller at det ble for uformelt slik at hovedfokuset kan ha blitt noe annet enn det som var ønskelig å få svar på.

Det at noen andre valgte informantene til fokusgruppene kan ha ført til at interessant empiri falt bort. I den ene fokusgruppa var det for eksempel en sykepleier som snakket mest av alle sykepleierne i fokusgruppen. Det kan ha ført til at empirien som kom frem fra dette fokusgruppeintervjuet ble mest påvirket av denne sykepleieren, fordi de andre sykepleierne i fokusgruppen ikke kom til i like stor grad.

### 2.1.2 Vitenskapsteoretisk utgangspunkt

Hermeneutikken danner det vitenskapsteoretiske oppgaven for denne studien. Hermeneutikk er en vitenskapelig teori bygget på forståelse og tolkning, hvor helhet, del og sammenheng er sentrale begreper sammen med fortolkning, menings – og forståelsesutlegning. Basert på et hermeneutisk forskningsprinsipp er målet med studien å forsøke forstå eller fortolke et fenomen gjennom å knytte det opp mot en hensikt. Det dreier seg om å gå gjennom den andres opplevelsesverden (Garsjø, 2001). All forståelse bygger på eller forutsetter en form for forforståelse, dvs. teorien, brillene eller forståelsesrammen man betrakter et fenomen på (Widerberg, 2001).

Hvordan delene i materialet fortolkes, er avhengig av hvordan helheten fortolkes og hvordan helheten fortolkes, er avhengig av hvordan konteksten fortolkes og motsatt. Skal man begrunne en fortolkning av hele teksten, må man vise til en fortolkning av tekstens deler. Skal man begrunne en fortolkning av en del av en tekst, for eksempel et avsnitt, må man vise til fortolkningen av hele teksten. Denne formen for fortolkning kalles hermeneutisk sirkel (Johannessen et al., 2011) og en slik tolkning er utført i analysen av empirien i denne studien. Den hermeneutiske sirkelen benyttes i stedet for statistisk analyse innenfor kvalitative metoder. Den viser hvordan fortolkninger av meningsfulle fenomener må og kan begrunnes. Fortolkninger begrunnes alltid gjennom å vise til andre fortolkninger og det er ingen vei ut av denne sirkelen (Johannessen et al., 2011).

Forforståelsen er relevant i denne sammenheng, fordi god kjennskap til hverdagsrehabilitering og engasjement for temaet var utgangspunktet før igangsettingen av prosjektet. Av den grunn har en bevissthet rundt forforståelsen hele tiden kvernet i bakgrunnen under forberedelsene til fokusgruppeintervjuene og de individuelle intervjuene, under intervjuene, under analysen og under skrivingen av oppgaven. Jeg har forsøkt å holde forforståelsen på avstand, men ser at den har preget prosjektet gjennom for eksempel at spørsmålene under intervjuene innimellom ble noe førende og kunne lede deltageren til å svare etter det. Samtidig har jeg vært nysgjerrig, interessert og lyttende under intervjuene og vært åpen for ny kunnskap gjennom å stille oppfølgings spørsmål utenom intervjuguiden der det dukket opp noe interessant. Det å la alle få snakke har også vært målet i fokusgruppeintervjuene ved at jeg tok runder i begynnelsen av hvert fokusgruppeintervju.

Forforståelsen, fordommer og følelser bør gjøres bevisst gjennom å skape en viss avstand til dem, slik at de ikke står i veien for klarheten som trengs under analysen av det empiriske materialet. De vil være der uansett, men man bør være klar over at de er virksomme og tilstede på en måte som gjør at de kan brukes på en inspirerende og kodeknekkende måte i analysedelen (Neumann & Neumann, 2012).

### 2.1.3 Intervjuguide

En semistrukturert intervjuguide (Vedlegg 4 og 5) ble benyttet og det er den mest utbredte formen av intervjuguider for kvalitative intervjuer (Johannessen et al., 2011).

Intervjuguiden til fokusgruppeintervjuene bestod av få spørsmål (Vedlegg 4), fordi det er ofte et samspill mellom deltakerne i fokusgruppen. Da er målet at alle skal få si noe om hvert enkelt spørsmål og av den grunn er det ikke alltid nødvendig med mange spørsmål i en slik intervjuguide. Intervjuguiden ble gjennomgått under fokusgruppeintervjuene i tillegg til spørsmål som dukket opp som en naturlig forlengelse av det informantene fortalte under intervjuene. Det samme ble gjort under de individuelle intervjuene, bortsett fra at der var spørsmålene inndelt i temaer (Vedlegg 5). Årsaken til en slik inndeling var at det ble mer oversiktlig å stille spørsmål når spørsmålene var inndelt i temaer. Det er jo også som regel behov for flere spørsmål under individuelle intervjuer, siden det er en person som svarer. Intervjuguidene ble endret på etter det første fokusgruppeintervjuet og

også underveis på intervjuguiden for de individuelle intervjuene. Slike endringer ble gjort, fordi informasjonen som dukket opp ved hver fokusgruppe og hvert individuelt intervju, dannet også andre spørsmål rundt temaet.

## **2.2 Etiske vurderinger**

Den nasjonale forskningsetiske komité for samfunnsvitenskap og humaniora (NESH) har utarbeidet generelle forskningsetiske retningslinjer. Disse retningslinjene er viktige kjøreregler i forskningsprosessen og ivaretar forskningsetikk i prosjektet (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2016).

Før prosjektet kunne igangsettes sendte jeg inn en søknad om å få tillatelse til å starte forskningsprosjektet til Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD) og fikk den godkjent (Vedlegg 1). NSD håndterer forespørsler om søknader som gjelder personvern i samfunnsvitenskapelig forskning (Everett & Furseth, 2012).

### **2.2.1 Frivillighet**

I forkant av intervjusituasjonen fikk informantene informasjon om opplegget og ga frivillig samtykke til å delta. Informantene ble informert om at man når som helst kunne trekke seg fra prosjektet uten å oppgi årsaken, uten ubehag eller negative konsekvenser (Vedlegg 2 og 3).

### **2.2.2 Anonymitet og ivaretagelse av informant**

Det er viktig å respektere informantenes krav til privatliv. Informantene kan nekte forskeren tilgang til personlige opplysninger og de skal utsettes for minst mulig belastning (Everett & Furseth, 2012). Informantene i studien fikk vite at informasjonen som de oppgave under intervjuene ville bli behandlet konfidensielt og at informasjonen ikke kunne identifiseres, samt at all informasjon blir slettet etter prosjektets slutt (Vedlegg 2 og 3).



## 2.3 Praktisk gjennomføring

I studien er det foretatt to fokusgruppeintervjuer bestående av fire sykepleiere i hver gruppe. Den ene fokusgruppen var fra kommune 4. Den andre fokusgruppen var fra kommune 3. Inndelingen av de ulike kommunene hvor intervjuene fant sted, er å finne i kapittel 5.1 i denne oppgaven. I tillegg til de fire sykepleierne i fokusgruppen fra kommune 3, deltok også en helsefagarbeider. Vedkommende hadde mest erfaring med hverdagsrehabilitering av alle i denne fokusgruppen. Gjennom intervjuene i studien kom det også frem at helsefagarbeidere deltar i stor grad i hverdagsrehabilitering og i kommune 4 deltok hjelpepleierne på helt lik linje som sykepleierne. Helsefagarbeideren som ble med i den ene i fokusgruppen hadde mye å bidra med, men jeg måtte dessverre ta bort alt vedkommende bidro med, samt det sykepleierne svarte på hennes bidrag under analysen. Årsaken var at dersom bidraget til helsefagarbeideren skulle ha vært med, måtte jeg ha endret på problemstillingen i oppgaven. Det kunne for eksempel ha vært endret til pleierrollen, men jeg mener det ville ha blitt altfor omfangsrikt og ført til at det ville bære vanskelig å kunne definere dette begrepet presist.

I tillegg til fokusgruppeintervjuene ble det utført tre individuelle intervjuer hvor sykepleierne er fra tre forskjellige kommuner. Den første sykepleieren var med i hverdagsrehabiliteringsteamet fra kommune 1. Den andre sykepleieren var prosjektleder for et nylig oppstartet hverdagsrehabiliteringsteam i kommune 2. Den tredje sykepleieren jobber i hjemmetjenesten med noe erfaring med hverdagsrehabilitering i kommune 1.

Alle deltakerne ble informert på forhånd gjennom at de mottok informasjonsskriv med et ark hvor deltakerne måtte oppgi informert samtykke. Dette samtykket skrev alle under på før intervjuet startet. Alle ble informert om å ikke nevne navn på kollegaer eller brukere under intervjuet, men heller evt. finne på navn. Alle informantene ble informert om bruk av lydopptaker under intervjuet og hvilke retningslinjer som gjaldt ved oppbevaring av sensitiv informasjon (Vedlegg 2 og 3).

To av de individuelle intervjuene ble foretatt på sykepleierens kontor. Et individuelt intervju ble foretatt hjemme hos vedkommende. Den ene fokusgruppen ble foretatt på arbeidsplassen til deltakerne. Den andre fokusgruppen ble foretatt i lokale hvor deltakerne møttes en gang i uken.

Alle intervjuene ble tatt opp på lydopptaker, hvor opptaket ble transkribert ordrett etter hver fokusgruppe og etter hvert individuelt intervju. De individuelle intervjuene og fokusgruppeintervjuene hadde en varighet på ca. 40 – 60 min. Deltakerne fikk enkel servering som en takk for deltagelsen deres.

### 2.3.1 Utvalg

Det å innhente informantene var mer tidkrevende enn jeg på forhånd hadde sett for meg. Planen var å ha to-tre fokusgruppeintervju i en kommune av sykepleiere som jobbet i hjemmetjenesten med hverdagsrehabilitering som en av flere oppgaver. Utvalgsmetoden tok derfor først utgangspunkt i følgende kriterier: sykepleier i en norsk kommune som jobber i hjemmetjenesten. Jeg fikk en telefonliste med kontaktinformasjon til avdelingsledere ved 14 hjemmetjenestedistrikt i en norsk kommune. Dette resulterte ikke i noen deltakere, grunnet omorganisering i valgte kommune, samt en uheldig hendelse i en avdeling. Når det blir vanskelig å rekruttere informanter, er ikke fokusgruppeintervju en egnet metode (Johannessen et al., 2011) og av den grunn ble undersøkelsen basert på individuelle intervjuer i tillegg til fokusgruppeintervjuer.

Før metoden ble endret til å gjelde individuelle intervjuer i tillegg til fokusgruppeintervjuer, kontaktet jeg NSD på mail for å få godkjenning til endring av metoden og endring av hvordan informantene skulle rekrutteres. Begge deler ble godkjent.

For å innhente informanter til individuelle intervjuer og fokusgruppeintervjuene benyttet jeg snøballmetoden. Den går ut på at man forhører seg med personer man er i kontakt med som vet mye om temaet som skal undersøkes. Disse personene kan igjen sørge for kontakt med andre som også kan bidra til temaet. Denne metoden er egentlig mest vanlig å benytte ved deltagende observasjon (Johannessen et al., 2011), men det ble en passende metode til denne undersøkelsen. Årsaken til det var at undersøkelsen måtte foregå i flere kommuner og da var jeg avhengig av en slik metode for å høre om det var noen aktuelle deltakere. Direkte kontakt med sykepleiere ble også benyttet som rekrutteringsmetode. To informanter ble rekruttert slik og avtale for intervju ble gjort via telefon og mail.

Etter å ha utført to individuelle intervjuer og et fokusgruppeintervju, var det fortsatt vanskelig å få noen til å stille opp i undersøkelsen. Gjennom NSD hadde jeg også fått tillatelse til å forsøke å innhente informanter via en lukket side på Facebook med helsepersonell fra flere hjemmetjenestedistrikt i en norsk kommune. Det var ingen som meldte seg via denne gruppen. Jeg kontaktet en ergoterapeut i samme kommune som sendte ut mail til alle sykepleiere som hadde opplæring i hverdagsrehabilitering. Det ga dessverre ingen deltakere. Det førte til at fylkesledere i Norsk Sykepleierforbund fra fylker med en overkommelig reisevei, ble kontaktet via mail. På den måten ble det et individuelt intervju og et fokusgruppeintervju til. Det ble totalt tre individuelle intervjuer og to fokusgruppeintervjuer i tilsammen fire kommuner.

### 2.3.2 Transkribering

Transkriberingen av de individuelle intervjuene og fokusgruppeintervjuene var første del av analysearbeidet. Alle intervjuene ble transkribert ordrett med alt det innebar av pauser, latter og stillhet. Noe av det transkriberte materialet var ferdig transkribert før neste intervju, og det førte noen ganger til at jeg rettet på intervjuguiden for å følge opp det som kom fram etter transkriberingen. Etter transkriberingene dannet det seg en helhet av datamaterialet som fremkom gjennom transkriberingene og stadige gjennomlesninger. Transkriberingene ble etter hvert kortet ned på, siden mye av det som ble skrevet ned ordrett viste seg å ikke ha noen betydning for empirien. Det gjaldt for eksempel latteranmerkningene.

### 3 Analyse

Den transkriberte empirien fra de individuelle intervjuene og fokusgruppeintervjuene dannet utgangspunktet for analysen. Analysemetoden som ble benyttet er med utgangspunkt i artikkelen av Graneheim og Lundman om kvalitativ innholdsanalyse i sykepleieforskning (Graneheim & Lundman, 2004).

Fra det transkriberte materialet ble meningsenheter tatt ut i forhold til relevans til problemstillingen og forskningsspørsmålene og skrevet ned i egenlagede tabeller (Tabell 1.0).

Meningsenhetene ble deretter kondensert (fortettet) gjennom at det informantene sa, ble til mindre, kortere setninger. På disse setningene ble det satt koder. Helt i begynnelsen ble det 143 koder. Det var for mange koder og viste seg å handle om mye av det samme. Kodene ble derfor slått sammen til færre koder, hvor hver kode handlet om samme tema. Kodene ble deretter tolket opp mot meningsenhetene og helheten i materialet igjen. Dette ble gjort mange ganger og også på motsatt måte med helheten opp mot meningsenhetene og kodene. Etter hvert ble kodene tolket slik at de ble til underkategorier basert på tolkning av meg på hvordan jeg oppfattet det informantene sa. Hovedkategoriene ble til der det var flere av informantene som sa det samme.

Meningsenhet	Fortettet meningsenhet	Kode	Underkategori	Kategori
I kommunen så ble det jo ansatt mange nye ergo - og fysioterapeuter i forhold til det her. Så det er satset i fra sentralt hold at det er ergo og fysio som skal gå inn tyngst.	Satset fra sentralt hold i kommunen ved flest ansettelser av fysioterapeuter og ergoterapeuter slik at de går inn tyngst i forhold til hverdagsrehabilitering.	Fysioterapeutene og ergoterapeutene er hovedaktører i hverdagsrehabilitering	Fysioterapeutene og ergoterapeutene er hovedaktørene	Organiseringsmåte med ergoterapeut og fysioterapeut som hovedaktører.
Jeg føler det er mere ergoterapeut og fysioterapeut som har hoved – eller hva skal jeg si, hoved, eller som setter litt hva vi skal gjøre på en måte også følger vi sykepleierne litt det som de bestemmer. Men vi gjør det jo i et samarbeid.	Ergoterapeut og fysioterapeut setter opp hva vi skal gjøre også følger vi sykepleierne det de bestemmer, men gjør det i et samarbeid.	Ergoterapeut og fysioterapeut setter føringer og sykepleierne utfører det i et samarbeid	Fysioterapeut og ergoterapeut er hovedaktører	Organiseringsmåte med ergoterapeut og fysioterapeut som hovedaktører.

Tabell 1.0 Eksempel på analyse med utgangspunkt i kvalitativ innholdsanalyse.

## 4 Teoretisk ramme

I dette kapitlet presenteres teorien som diskuteres opp mot empirien i diskusjonsdelen i oppgaven.

### 4.1 Organisering av hverdagsrehabilitering

Det er Norsk Ergoterapeutforbund som har tatt initiativet til prosjektet «Hverdagsrehabilitering i Norge» og prosjektet får økonomisk støtte av Helse – og omsorgsdepartementet. Det er opprettet prosjektgruppe og styringsgruppe bestående av representanter fra Norsk Ergoterapeutforbund, Norsk Fysioterapeutforbund, Norsk Sykepleierforbund og KS. Styringsgruppa har lagt frem anbefalinger for kommunene i forhold implementering av hverdagsrehabilitering. Deretter er det opp til hver enkelt kommune hvordan de organiserer hverdagsrehabilitering. Det er blitt slik at kommunene organiserer hverdagsrehabilitering på ulike måter og med litt ulike målgrupper. Dette varierer også i Danmark og Sverige. En slik ulik organisering kan forvirre forskjellige utøvere i hjemmetjenesten og gjøre det vanskelig å sammenligne ulike kommuner eller vurdere effekten av hverdagsrehabilitering (Ness et al., 2012).

### 4.2 Rolleteori.

For helse – og sosialarbeidere er kjennskap til rollebegrepet og rolleteori nyttig, for å kunne forstå og forklare andres og egen atferd. En slik kjennskap er også viktig for å utvikle en rolleforståelse som omhandler både ens personlige og faglige roller. En sosial rolle er et grunnbegrep som man kan møte i forbindelse med sykepleierrollen (Garsjø, 2001).

Rolleteorien redegjør for noen av mekanismene som påvirker samhandlingen mellom mennesker. Handling og atferd ut fra rolleteori forstås vanligvis ved hjelp av begrepene forventning – norm – sosialisering – sanksjoner – rolle – sosialt system. Begrepene må ses i sammenheng og det er et slektskap mellom dem (Garsjø, 2001).

Forventning er primærbegrepet i rolleteoriens oppbygning. Forventning omhandler aktørens opplevelse av andres og egne krav til atferd. Det er en forestilling om hvordan samhandling bør og vil foregå. Innenfor sykepleierrollen handler forventninger om krav til utførelsen av arbeidsoppgaver som for eksempel profesjonalitet og empati (Garsjø, 2001). Forventning til sykepleierrollen i hjemmetjenesten kan for eksempel gå ut på krav om effektivitet siden man skal rekke innom et visst antall brukere før pause.

Norm betyr «målesnor, loddesnor» og for at det skal være en norm, må forventningene ha en viss stabilitet, varighet og styrke. Normene består vanligvis av uformelle, uskrevne skikker og seder. De er handlingsmotiverende og handlingsregulerende. De beskriver noen om hva vi må, skal, bør eller ikke bør gjøre i enkelte situasjoner. De er viktige for å forstå menneskenes handlinger (Garsjø, 2001). Normer for sykepleierrollen i hjemmetjenesten kan for eksempel være at sykepleieren alltid tar av seg ytterjakka før hun eller han går inn i brukerens hjem. Det kan gi noen signaler dersom man ikke gjør det, for eksempel at man ikke har tid til å være hos vedkommende eller at man ikke respekterer at man er en gjest i brukerens hjem.

Rolleatferd er hvordan man opptrer i ens egen rolle. Det vil si hvilket atferdsmønster som kreves og forventes av en som fyller en status. Status er selve posisjonen som omgivelsene oppfatter eller forventer at man skal ha innenfor de sosiale systemene man deltar i til enhver tid. Sosiale systemer er forventninger + normer + roller + struktur oppsummert. Sosiale systemer består av et antall mennesker som samspiller med hverandre med et visst formål og har følgende viktige kjennetegn: repetering av samhandling og dermed varighet, Felles fokus med felles interesser som samhandlingen går ut på, samt deltakernes mål med utvekslingen. Andre kjennetegn for sosiale systemer er en felles problemforståelse som er grunnlagsdannende for en viss indre samhørighet og avgrensninger mot omgivelsene, tydeliggjort gjennom en klar sammenheng mellom medlemmene. Innenfor et sosialt system er det mange forskjellige roller, hvor noen kan oppleves som en «tvangstrøye» slik at den som har rollen har mange rigide forventninger og normer mot seg og toleranseterskelen for avvik er minimal. Eller en rolle som oppleves mer fleksibel, hvor den som har rollen opplever å kunne fylle den slik vedkommende ønsker (Garsjø, 2001). Hjemmetjenesten er et eksempel på et sosialt system slik beskrevet her og sykepleierrollen

kan oppleves som fleksibel, fordi man stort sett drar alene rundt til brukerne og kan legge opp løpet slik man selv ønsker.

### **4.3 Sykepleie**

For å kunne diskutere sykepleierrollen knyttet til hverdagsrehabilitering, bør man først og fremst avklare hva sykepleie er.

Forenklet kan man si at sykepleie innebærer å pleie syke mennesker, men sykepleierrollen dreier seg om et mangfold og en bredde hvor sykepleierne også skal være aktive deltakere i sykdomsforebygging og skadeforebyggende arbeid hos både friske og syke mennesker.

Felles på alle de forskjellige arenaene hvor sykepleieren jobber, er at sykepleieren skal hjelpe pasientene med daglige grunnleggende behov i forhold til respirasjon, sirkulasjon, ernæring, eliminasjon, aktivitet, hvile, søvn, kroppspleie, åndelige og sosiale behov, medisiner, behandling, undersøkelser og oppfølging av ulike sykdommer. Sykepleieren jobber også med å fremme eller opprettholde pasientens helse, gi støtte og undervise pasienten, pårørende eller annet helsepersonell. Sykepleie dreier seg altså om mer enn å pleie syke, men også å forebygge komplikasjoner og sykdom, samt lindre lidelse.

Sykepleierrollen innebærer å møte pasientene i forskjellige situasjoner, fra akutte til problemidentifiserende. Siden pasientene er forskjellige både som mennesker og i forhold til sykdom og helse, blir sykepleierens oppgaver veldig varierte (Berg, 2012).

Sykepleierrollen kan innebære mange ulike roller knyttet til ulike sammenhenger slik som teorien som følger i neste kapittel kan vise.

### **4.4 Sykepleierens rolle i rehabilitering**

Ruud og Heggdal har utgitt en artikkel som blant annet omhandler sykepleierens rolle i rehabilitering, hvor forfatterne har gjort et litteratursøk på temaet for å se på tidligere forskning om temaet (Ruud & Heggdal, 2013).

I en studie kom det frem at sykepleieren har seks funksjoner i rehabilitering. De seks funksjonene er å oppdatere det tverrfaglige teamet, involvere pårørende, vurdere og



oppdage hinder for rehabiliteringen, koordinere arbeidet, sørge for god kommunikasjon, gi god fysisk omsorg, sikre integrering og videre oppfølging av rehabiliteringsopplegg (Long, Kneafsey, Ryan, & Berry, 2002).

En annen studie basert på geriatrisk rehabilitering hevdet at sykepleierens kunnskaper, holdninger og ferdigheter fungerer som hjelp og støtte til den eldre brukeren, samt som et bidrag til det tverrfaglige teamet for å skaffe en helhetlig oversikt. Dette sikrer koordinering i rehabiliteringsarbeidet. Det at sykepleieren har oversikt over brukerens fysiske funksjoner, ansees som å ha en sentral betydning i det å styrke den eldre personens delaktighet i rehabiliteringen. Denne studien viste også at sykepleieren hadde en sentral funksjon når det gjaldt trening av daglige aktiviteter (Vähäkangas, Noro, & Björkgren, 2006).

En annen studie fra Irland viste at sykepleierne så på det som sin rolle i rehabiliteringsarbeidet å fremheve den eldre personens potensialer med fokus på livskvalitet. De la vekt på å ha et helhetlig blikk på rehabiliteringen og pekte på de psykologiske og emosjonelle forholdene ved rehabilitering og rollen til sykepleieren i å oppnå en god relasjon til han eller hun som var i behov av rehabilitering. De vektla også sykepleierens rolle i å forstå brukeren og være med på å sette mål som ble opplevd som meningsfulle for brukeren. Sykepleierne så på sin rolle som et knutepunkt i rehabiliteringen gjennom at de samlet informasjon, overtok de andres oppgaver ved behov, koordinerte, samt integrerte aktiviteter i personens dagligliv (Burke & Doody, 2012). Noen av studiene nevnt ovenfor viste også at sykepleierne opplevde å ha for lite opplæring i rehabilitering og derav også påpekte viktigheten av kompetansebygging (Long, Kneafsey, & Ryan, 2003; Vähäkangas et al., 2006).

Artikkelen tar også for seg studier der pasientene er intervjuet og der kommer det frem at sykepleierrollen ble oppfattet som diffus, uavklart og passiv. På samme tid kom det frem fra pasientene at sykepleierne har mange ansvarsområder slik som veiledning, opplæring, ivaretagelse av grunnleggende, eksistensielle og praktiske behov, emosjonell støtte, hverdagslig kommunikasjon, tilstedeværelse og ivaretaking av brukermedvirkning (Dahl, 2008). Dette diffuse og uavklarte ved sykepleierrollen i rehabilitering bekreftes også gjennom en annen studie, hvor sykepleierrollen ses på som betydningsfull med et 24 timers

omsorgsansvar, men at sykepleierrollen i rehabilitering er vanskelig å forstå (Waters & Luker, 1996).

Forfatterne av artikkelen beskriver at litteratursøket ga et inntrykk av at man vet noe om hva slags oppgaver sykepleierne har i rehabilitering, men at det fins en uklarhet i forhold til hva sykepleierne gjør og hvordan de utfører rehabilitering. Funnene tydet også på at det kan være forskjeller på hva sykepleierne selv mener er viktig i rehabilitering og hvordan annet helsepersonell eller pasientene oppfatter er viktig i rehabiliteringen (Ruud & Heggdal, 2013).

#### **4.5 Helsefremming i sykepleie**

I følge Gammersvik er det lite forskning om helsefremming i sykepleie i norsk sammenheng. Flere sykepleiere er også usikre på hva helsefremming i eget fag er. Ved beskrivelser av helsefremming er ofte utgangspunktet sykdom og problem. Det viser seg også at sykepleierne har problemer med å overføre teoretisk forståelse av helsefremmende arbeid til praktisk arbeid. Derfor utføres helsefremmende arbeid tilfeldig og dersom sykepleieren har tid. Denne usikkerheten kan forklares i utfordringer med å forstå sammenhenger og forskjeller mellom begrepene sykdomsforebygging og helsefremming, fordi i diskusjoner i praksis og i offentlige dokumenter brukes helsefremming, sykdomsforebygging og forebygging om hverandre. Helsefremming ser etter det som kan bidra til at helsen styrkes og har helse, velvære og livskvalitet som mål. Sykdomsforebygging tar utgangspunkt i sykdom og problem, hvor målet er å utsette, forhindre eller minske følgetilstander av sykdom (Gammersvik, 2012).

Helse og det å fremme helse har et historisk fundament i sykepleie, men det mangler en kobling og klargjøring til sykepleiepraksis og teori. Det er derfor nødvendig å trekke frem helsebegrepet og dets betydning i sykepleie. Hvordan man definerer og forstår helse har nemlig sammenheng med hvordan sykepleieren forholder seg til det klinisk og teoretisk. Gammersvik og Larsen har sett på en begrepsanalyse av sykepleieteoretikerne Hummelvoll, Watson og Travelbee og har gjennom det kommet frem til en foreløpig definisjon av helsefremmende sykepleie (Berg, 2012):

Helsefremmende sykepleie er planlagte sykepleiehandlinger utformet for å møte individets, familiens eller samfunnets behov for å mestre daglige eller fremtidige helseutfordringer. Sykepleiehandlinger er basert på en holistisk – eksistensiell tilnærming hvor mennesket ses som autonomt og i stand til å utvikle sin egen evne til empowerment (bemyndigelse) for å mestre sine helseutfordringer. Sykepleieren har kunnskaper til å hjelpe individet, familien eller samfunnet, i å støtte utviklingen av og i bruken av empowerment i helsefremmende prosesser. Målet i sykepleien er å støtte menneskers behov for kunnskap og praktisk hjelp i den hensikt å mestre erfaringer med sykdom og lidelse for derigjennom å fremme helse (Berg, 2012).

Helsefremmende sykepleie går ut på at sykepleieren skal stimulere og tilrettelegge for pasientens helsefremmende prosess. Brukeren må også være deltagende i sin egen prosess dersom målet er å oppnå kontroll over forhold som virker inn på helsen i situasjonen vedkommende er i (Berg, 2012).

#### **4.6 Hverdagsrehabilitering i sykepleie**

På nettsiden [www.hverdagsrehabilitering.no](http://www.hverdagsrehabilitering.no) er det satt opp forslag til hvilke roller og arbeidsoppgaver man kan ha i et hverdagsrehabiliteringsteam. Tverrfagligheten er her satt opp som en forutsetning for hverdagsrehabilitering (Hverdagsrehabilitering, 2014).

På denne nettsiden er det først satt opp noen fellesfunksjoner for fysioterapeut, ergoterapeut og sykepleier. Det er fellesfunksjoner som: Vurderer rehabiliteringspotensiale og utarbeider mål og plan sammen med brukeren og samarbeidspartnere, utfører kartlegginger av brukerens fysiske, psykiske og sosiale ressurser, leder og koordinerer rehabiliteringsforløp, gir veiledning og instruksjon av andre faggrupper, oppfølging, effektmåling og justering av mål og tiltak, dokumentasjon, beskrivelse og evaluering av brukerforløp (Hverdagsrehabilitering, 2014).

Sykepleierrollen går ut på å: assistere til mestring av eget liv, ivareta grunnleggende behov, bidra til trygghet, tillitt og velvære, håndtere komplekse medisinske tilfeller, bidra til innsikt og mestring av egen situasjon hos borger og pårørende, opprettholde best mulig helse og velvære (Hverdagsrehabilitering, 2014).

## 4.7 Sykepleiefaglig kompetanse

Sykepleiefaglig kompetanse uttrykker helheten i de kunnskaper, holdninger og ferdigheter en nyutdannet sykepleier skal kjennetegnes ved. Kompetansen omfatter studentens totale og relevante forutsetninger for å praktisere faglig og forsvarlig sykepleie (Mekki & Tollefsen, 2002).

Hva sier rammeplanen for 3 – årig sykepleierutdannelse om noen av sykepleierens oppgaver? Rammeplanen dreier seg blant annet om at helsefremming og forebygging er en del av oppgavene til sykepleieren og omfatter tiltak for å fremme helse og forebygge sykdom hos friske og utsatte grupper i befolkningen. Sykepleieren skal ha innsikt i tiltak som fremmer helse og forebygger sykdom, delta i helsefremmende arbeid og fokusere på å styrke positive faktorer hos individet og i miljøet. Sykepleieren skal ha handlingsberedskap til å blant annet kunne delta i tverrfaglig arbeid og bidra til å gjennomføre helsefremmende og forebyggende tiltak i kommuner og lokalmiljøer. Kontinuitet i pleien og observasjon av pasienten er sentralt i sykepleieutøvelsen. Evnen til å observere bygger på teoretisk kunnskap, klinisk erfaring og sansing. Dette oppøves i møte med pasientene og danner grunnlag for sykepleiehandlinger som blant annet forebygging, rehabilitering eller habilitering (Kunnskapsdepartementet, 2008).

Ifølge Alvsvåg har det vært et helsefremmende fokus i sykepleien siden tidenes morgen og da trekker hun frem Florence Nightingale som var opptatt av forskjellige faktorer i miljøet som fremmer helsen og skaper sykdom. Florence Nightingale understreket at sykepleie også burde innebære noe annet enn sårskift og gi medisiner, slik som riktig utnyttelse av lys, varme, renslighet, ro, frisk luft og riktig sammensetning av kostholdet (Alvsvåg, 2012).

Henriksen spør om det er slik at den praksisen studentene er i underveis i studieforløpet innehar den kompetansen som er nødvendig i veiledning av studentene i praktisk opplæring. En del sår også tvil om praksisplassene har nok kompetanse innenfor helsefremmende arbeid. Studentene tilbringer halve studietiden i praksis, så praksisplassene er et veldig sentralt sted for å lære helsefremmende arbeid (Henriksen, 2012). På den annen side skal fagplanene som hver enkelt sykepleierskole utvikler i tråd med rammeplanen vise hvordan skolen tilrettelegger og organiserer studieprogrammet

innenfor grensene som rammeplanen har fastsatt. Til tross for det, så finnes det ingen samlet oversikt over vektlegging av metodikk eller helsefremmende teori i sykepleierutdanningene. Hver enkelt skole står fritt til å velge vektleggingene av rammeplanens innhold og det igjen kan innebære at helsefremmende og forebyggende arbeid, for eksempel gjennom tid brukt på pensumlitteratur på temaet, kan variere. Dersom man skal lykkes med å ha økt fokus på helsefremmende arbeid i sykepleierfaget, må det prioriteres med fordypninger på både de teoretiske rammene for arbeidet og muligheter til praksisarbeid med temaet innenfor både kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten (Henriksen, 2012).

Eva Langeland trekker også frem viktigheten av utdanning – og praksis for helsefremmende tenkning eller arbeid innenfor sykepleiefaget. Hun påpeker, som Alvsvåg, at sykepleiefaget har lang tradisjon med et helsefremmende fokus. Florence Nightingale påpekte at det å hjelpe, tilrettelegge og støtte oppunder naturens egne helbredende krefter var sentralt i sykepleien. På tross av at man har nok teori, brukererfaring og forskning på viktigheten av å ha helse i fokus, så kommer ikke dette tydelig nok frem i klinisk praksis. Sykepleiefaget har tradisjonelt vært påvirket av den sykdomsorienterte modellen. For å endre dette fokuset til en mer helseorientert modell, trengs det som nevnt ovenfor mer tilrettelegging på systemnivå, for eksempel på de ulike stedene hvor sykepleie utføres eller i utdanning av sykepleiere. På toppen av dette trengs en refleksjon og utarbeiding som viser sykepleiefaglig kunnskapsgrunnlag og rasjonale for et fokus på helse. Sykepleiefokuset som er viktig her er mestring av hverdagslivet ved forskjellige funksjonsnedsettelse og helseproblemer. Det sentrale er da en tillit til mennesket ens evne til tilpasning og motivasjon til å gjøre enkelte valg, samt handlinger. Slik får helse et meningsfullt fokus (Langeland, 2012).

## 4.8 Tverrfaglighet

Tverrfaglig arbeid inngår som nevnt i rammeplanen som en del i sykepleierens handlingsberedskap. Tverrfaglighet innebærer at medlemmer av forskjellige profesjoner samarbeider gjennom å dele ideer og kunnskap om hvordan man best kan tilby pleie og behandling av høy kvalitet. Et slikt samarbeid forutsetter gjensidig respekt innenfor og utenfor eget arbeidsfelt. Samarbeidet går også ut på felles fokus og felles funksjoner på samme overordnede mål. Et reelt samarbeid har som forutsetning at sykepleierne har noe særegent å tilby, for eksempel sykepleierens ferdigheter. Samarbeidet går også ut på at sykepleierne er i stand til å informere om hvordan praksisen deres er, slik at andre kan forstå det (Gjengedal & Jakobsen, 2001a).

Tverrfaglig samarbeid er altså en type teamarbeid hvor en helhetlig tilnærming tilstrebes for å nå et felles mål. Det forventes en bedre kvalitet gjennom tverrfaglig samarbeid enn om hver enkelt faggruppe løste sin del av oppgaven. Det krever at man går på tvers av forskjellige yrkesroller og kompetansegrenser når arbeidsoppgavene fordeles. Det er en måte å jobbe med kvalitetsforbedring på, slik at brukeren får den ekspertisen og kompetansen vedkommende har krav på. Det tas utgangspunkt i komplekse problemstillinger hvor det er et ønske om å løse kompleksiteten fra flere ståsted. Brukerens behov for tilbudet er i fokus og er styrende for form og innhold av tjenestetilbudet uavhengig faggruppens interesser. Slik blir den enkeltes faggruppes kompetanse en kvalitet opp mot det totale tilbudet og slik oppfatter også brukerne det. Det dreier seg ikke om hvem som er flinkest til hva, men å finne løsninger på noe sammen. Denne samarbeidsformen kan føre til motstand i de ulike faggruppene, fordi den kan oppfattes som truende på egen identitet. Sentralt i tverrfaglig samarbeid er evnen til å jobbe mot felles mål, samt fleksibilitet og respekt for hver faggruppes kompetanse i prosessen (Jakobsen, 1999).

Sykepleierens ansvar i tverrfaglig samarbeid er å administrere tilbudet til hver enkelt bruker, å bearbeide kollegaene til å oppfatte tverrfaglig samarbeid som utviklende, samt å fremelske eller invitere til et slikt samarbeid i kulturen (Jakobsen, 1999).

Forutsetninger for tverrfaglig samarbeid er en kultur som ser på ulikheter og samarbeid som verdifullt og som har felles ideologi og felles verdigrunnlag. Arbeidsmiljø, gjensidig anerkjennelse og motivasjon er faktorer som er sentrale for å utvikle et godt tverrfaglig samarbeid (Jakobsen, 1999).

## 4.9 Empowerment

Empowerment er en strategi som sykepleieren kan benytte seg av i jobben med hverdagsrehabilitering gjennom at hun eller han omfordeler makt fra seg selv som ekspert eller fagperson og overbringer denne makten til brukeren. Hensikten med en slik maktfordeling er å styrke personens ressurser, uavhengigheten og troen på seg selv. De tre grunnleggende prinsippene som er basert på dette er: maktomfordeling, medvirkning og pasienten som en ekspert på seg selv. Empowerment går altså ut på om å ha eller ta mest mulig kontroll over det som berører ens egen helse (Tveiten, 2012).

Selve empowermentbegrepet er ikke enkelt å oversette til norsk. Oversettelser som myndiggjøring, medvirkning eller egenmakt har ført til reduksjonistiske betydninger til sammenlikning med hva ordet egentlig betyr på engelsk. Begrepet inneholder det som ligger nordmenn varmt på hjertet slik som at power betyr makt, kraft, styrke og det igjen appellerer til menneskets dypeste ønsker. Man vil gjerne kjenne seg sterk og kraftfull, ha innflytelse, makt og kontroll. Empowerment føres også til egenskaper og fenomener som delaktighet, sosial støtte, selvstyre, samarbeid, selvtillit, kompetanse, egenkontroll og rettigheter (Tveiten, 2012).

Begrepet er spesielt aktuelt for helseprofesjonene, fordi det underbygger betydningen av å støtte mennesker som er i en utsatt situasjon. Empowerment vektlegger også betydningen av å se på mennesker som aktører i egne liv. Begrepet fremmes der situasjonene preges av trygghet, tillit, fellesskap og gode relasjoner (Tveiten, 2012). Det er imidlertid ingen som kan gjøre noen «empowered», for man må selv være aktiv deltager i prosessen. Sykepleieren samarbeider med brukeren i en slik prosess (Tveiten, 2012).

Tveiten trekker frem Paulo Freire som et viktig bidrag i beskrivelsen av empowerment. Gjennom sitt arbeid med undertrykte fattige mennesker i Brasil, mente han at

bevisstgjøring var sentralt for å klare ta styring i eget liv. Freire mente at dialogen var den viktigste metoden i frigjøringen fra å la seg undertrykke. Dialogen er hovedformen i veiledning og veiledning er en metode i empowerment som relateres til den pedagogiske funksjonen til sykepleieren (Tveiten, 2012).

Gibson blir også nevnt av Tveiten og Gibson vektlegger viktigheten av at sykepleieren samhandler med brukeren om å fremme, identifisere og styrke mulighetene for å oppnå mest mulig kontroll over det som virker inn på helsen. I denne samhandlingen betyr relasjonen mye. På den måten får sykepleieren, gjennom å være en samarbeidspartner, en annen rolle enn den tradisjonelle sykepleieren som løser alle problemene til brukeren. Den rollen kan defineres som en veilederrolle (Tveiten, 2012).



## 5 Presentasjon av funn

Gjennom denne studien viste det seg at hverdagsrehabilitering påvirket sykepleierrollen ved forskjellige organiseringsmåter av hverdagsrehabilitering. Sykepleierrollen ble også påvirket av at hverdagsrehabilitering innebærer tverrfaglig samarbeid. Flere av sykepleierne opplevde også å jobbe med motivasjon av noen brukere og hadde da tatt i bruk motiverende intervju og veiledning som en type metode. Tankesettet hverdagsmestring og hverdagsrehabilitering har også påvirket sykepleierrollen gjennom at noen av sykepleierne opplevde å få en annen bevisstgjøring av å tenke at brukeren skal gjøre det han/hun klarer selv. Til tross for det, viste funnene at flere av sykepleierne mente at hverdagsrehabilitering/hverdagsmestring ikke var noe nytt, fordi det hadde de lært om gjennom sykepleierutdanningen. Funnene viste også at tid var en viktig faktor, fordi der hvor sykepleierne var organisert i team og kun jobbet med hverdagsrehabilitering, opplevdes det som å ha god nok tid og ressurser til oppgavene. Der hvor sykepleierne jobbet i hjemmetjenesten, opplevdes hverdagsrehabilitering som en av mange oppgaver.

### 5.1 Ulike organiseringsmåter

For å komme frem til denne hovedkategorien, var det med utgangspunkt i noen underkategorier som fysioterapeuten og ergoterapeuten er hovedaktører, hverdagsrehabiliteringsteam driver prosessen med hjemmetjenesten som aktører, ledende sykepleier/prosjektleder i team informerer hjemmetjenesten og sykepleiere i hverdagsrehabiliteringsteam som hovedaktører i samarbeid med hjemmetjenesten.

Når det her nevnes aktører menes at hjemmetjenestens ansatte også deltar i hverdagsrehabilitering i tillegg til sykepleieren i hverdagsrehabiliteringsteamet. Med hovedaktører menes at det er de som gjør mesteparten av hverdagsrehabiliteringen med ulike samarbeidsmåter med hjemmetjenesten. Med samarbeid menes her at sykepleieren i hverdagsrehabiliteringsteamet utførte hverdagsrehabilitering og informerte hjemmetjenesten om forløp og/eller at hjemmetjenesten foreslo brukere til hverdagsrehabilitering etter deres vurderinger. Sykepleierne i hjemmetjenesten i et slikt samarbeid utførte ikke hverdagsrehabiliteringstiltak.

Resultatene viste altså at det var forskjellige organiseringsmåter av hverdagsrehabilitering i alle de fire kommunene og det påvirket igjen hva eller hvordan sykepleierrollen var i kommunene.

Her deles derfor de forskjellige organisasjonsmåtene av kommunene opp med tall, slik at det skal bli oversiktlig. Disse inndelingene brukes i oppgaven, for å henvise til hvilken organisasjonsmåte som er gjeldende i beskrivelsen av empirien:

Kommune 1: Hverdagsrehabiliteringsteam overordnet hjemmetjenesten med sykepleier, ergoterapeut og fysioterapeut i full stilling. Sykepleieren i hverdagsrehabiliteringsteamet har overordnet ansvar for det sykepleiefaglige i hverdagsrehabiliteringen i kommunen og er veileder for alle ansatte i hjemmetjenesten. Hjemmetjenesten er delvis aktører gjennom at sykepleiere og hjelpepleiere deltar på oppstartssamtaler, midtevaluering og avslutningssamtaler, samt trening sammen med brukeren og hverdagsrehabiliteringsteamet. Sykepleierne i hjemmetjenesten hadde akkurat startet med å foreta sykepleiefaglige kartlegginger under opplæring og veiledning av sykepleieren i hverdagsrehabiliteringsteamet, da intervjuet med sykepleierne i denne kommunen ble foretatt. Erfaringer viste at hjemmetjenesten opplevde å ikke få eierskap til hverdagsrehabiliteringen slik organisering til nå hadde vært. For å få til et større eierskap, mente sykepleieren i hverdagsrehabiliteringsteamet at hverdagsrehabilitering måtte «bredde ut», gjennom å blant annet lære opp sykepleierne i å foreta sykepleiefaglig kartlegging.

Kommune 2: Nylig oppstartet hverdagsrehabiliteringsteam med avdelingsleder i hjemmetjenesten som nærmeste leder. Hverdagsrehabiliteringen hadde her prosjektstatus da intervjuet fant sted. Sykepleier i 60 % stilling og prosjektleder for hverdagsrehabilitering i kommunen. Fysioterapeuten og ergoterapeuten i 10-20 % stilling. Hjemmetjenesten er ikke integrert, men blir informert om forløpene og kan foreslå kandidater til hverdagsrehabilitering.

Kommune 3: Hverdagsrehabiliteringsteam består av en sykepleier fra hvert distrikt i kommunen, hvor gruppen av sykepleiere er koordinert av en ergoterapeut. Sykepleierne er i størst stilling og ergoterapeut og fysioterapeut i mindre stillinger. Sykepleierne i teamet

jobber hver tredje helg i hjemmetjenesten uten hverdagsrehabiliteringsoppgaver og har da fri før og etter helg. På fridagene deres er det kollegaer i hjemmetjenesten som får brukerne i hverdagsrehabilitering på sine lister, men da utgår som regel hverdagsrehabiliteringen, fordi de får mange andre oppdrag i tillegg.

Kommune 4: Hverdagsrehabilitering uten spesialistteam, men med fysioterapeut og ergoterapeut som hovedaktører for hverdagsrehabilitering. Hverdagsrehabilitering er godt integrert i hjemmetjenesten hvor både sykepleiere og hjelpepleiere utfører trening og ADL (Activities of daily living) kartlegging. Sykepleierne og hjelpepleierne har de samme oppgavene i hverdagsrehabilitering. De har ingen spesifikk sykepleiefaglig kartlegging og vurderer behov for eventuelle målinger eller kontakt med lege etter faglig vurdering. Ergoterapeuten og fysioterapeuten gir føringer for hva som skal gjøres og er primusmotor for hverdagsrehabiliteringen.

## 5.2 Tidens muligheter og begrensninger

For å komme frem til denne hovedkategorien, var det med utgangspunkt i noen underkategorier som: kvalitetsforringelse, liten tid, god tid, kvalitet og bedre tid.

De ulike organiseringsmåtene i de fire kommunene påvirket også sykepleierrollen i hverdagsrehabilitering med tanke på tid til oppgavene. I de tre kommunene hvor hverdagsrehabilitering var organisert i team, opplevde sykepleierne at de hadde god tid avsatt til hverdagsrehabilitering.

«Jeg ser jo på at du avdekker jo en del ting, fordi du har jo bedre tid og du går jo systematisk gjennom pasienten, medisiner, alt mulig rart, så du avdekker jo kanskje ting som du må ta opp med hjemmesykepleien».

Kommune 1,2 og 3 opplever altså å ha god nok tid til hverdagsrehabiliteringsoppgavene. I kommune 1 var det sykepleieren i hverdagsrehabiliteringsteamet som følte hun hadde god nok tid og ressurser til oppgavene sine. Sykepleieren som jobbet i hjemmetjenesten i kommune 1 opplevde det motsatte. Sykepleierne i hverdagsrehabiliteringsteamene erfarer at nok tid gir gode resultater for brukerne og sykepleierne som har frigjort tid til

hverdagsrehabilitering. Noen av sykepleierne mener at brukerne opplever å bli trygge og dermed mestrer raskere. Sykepleierne opplever å se hele brukeren. De avdekker ting som ikke hadde vært mulig uten god tid. Nok tid gir kontinuitet som igjen gir bedre oppfølging. «I hverdagsrehabiliteringsteamet føler jeg at jeg har tid til å gjøre en grundig sykepleiefaglig kartlegging».

«Jeg tenker at det er i hvert fall forandring fra det å jobbe vanlige arbeidslister og det å jobbe i hverdagsrehabiliteringsteamet. Det er jo at jeg synes det blir mer kvalitet på tjenesten. Vi har for eksempel mye bedre tid til å sette oss ordentlig inn i situasjonen til de vi skal til. Gå gjennom medisinske opplysninger, hva har skjedd og tenker på helheten. Kartlegger hele mennesket. Det synes jeg ofte kan bli veldig halvveis når du har 12 mennesker du skal innom før kl.12. Så jeg vil si at fordelen med å jobbe i hverdagsrehabiliteringsteamet er at vi har mye bedre tid og vi får muligheten til det med brukermedvirkning og at det blir mer verdig mer deltagelse og at de blir veldig fornøyd. At det handler om livskvalitet i enda større grad da».

«Så har vi mulighet til å bli godt kjent. Altså ikke bare dette skal utføres her hos denne pasienten. Men bli godt kjent med det som ligger bak, altså med pårørende, med hus og hjem som gjør at en får en helhetlig inntrykk og kan gi en mye bedre tjeneste for da ser en mye mer og da er det mye ting som kommer frem som aldri hadde kommet frem hadde det ikke vært for oss. Altså hadde det vært vanlig tjeneste så hadde disse tingene aldri kommet frem for de har ikke tid til å få de frem».

I kommune 4 hvor hverdagsrehabilitering var godt integrert i hjemmetjenesten, opplevde sykepleierne at hverdagsrehabilitering bare var en del av alle andre oppgaver. Det samme opplevde sykepleieren som jobber i hjemmetjenesten i kommune 1 hvor hverdagsrehabilitering er delvis integrert.

«Jeg må jo innrømme at det ikke er det som står hjertet mitt nærmest, hverdagsrehabilitering. Det er ikke det. Vi har jo alle våre nisjer og det er ikke en av mine. Det er jo en del av jobben selvfølgelig, men det er ikke det jeg brenner mest for».

«Altså hverdagsrehabilitering er jo bare en liten del av det for hver enkelt».

«Det er jo en klisje å si det, men det er jo tidsperspektivet, ikke sant. Du har jo alt det i hodet som du skal igjennom, ikke sant, så tenker du kanskje at det går mye fortere om du gjør det selv».

Alle informantene opplever at det ikke er tid nok i hjemmetjenesten basert på at de jobber i hjemmetjenesten selv, har jobbet i hjemmetjenesten eller hører og ser hvordan tid begrenser hjemmetjenestens ansatte i jobben deres.

«Jeg vet jo at mange sier at det er utfordrende å få frigjort tid til hverdagsrehabilitering. Sånn at ja kanskje er det behov for noe mer ressurser».

«Jeg har jo selv lang erfaring fra hjemmetjenesten, så jeg vet jo at tid kan være mangeltjeneste i hjemmetjenesten. Det er jo ofte travelt».

Tid er altså en faktor som kan påvirke sykepleierrollen i hverdagsrehabilitering på to forskjellige måter. Den ene måten er at man opplever å ha god nok tid til hverdagsrehabilitering og den andre måten er at man opplever at hverdagsrehabilitering er en av mange oppgaver.

### **5.3 Ikke noe nytt**

For å komme frem til denne hovedkategorien var det med utgangspunkt i underkategorier som: lærte det på sykepleierutdanningen, lærte at de skulle gjøre det selv og alltid tenkt ressursene hos brukerne.

Flere av sykepleierne mener at de har lært at det er viktig at brukerne gjør ting selv gjennom sykepleierutdanningen. De mener derfor at hverdagsrehabilitering og hverdagsmestringstanken ikke er noe nytt i forhold til hvordan man jobber som sykepleier.

«Så tenker jo jeg at vi i grunnutdanning lærer at det er viktig at pasienten gjør de tinga som de kan klare selv også har man kanskje på veien i utviklingen i kommunehelsetjenesten kanskje mista noe på veien i litt sånn tidspress og at andre ting tar fokus».

«Da dere utdannet dere til sykepleiere tenkte dere på rehabilitering som en oppgave?»

«Ja, gjorde jo det. Når man var i praksis og så ting så ja, Gjorde jo det».

«Vi lærte jo det den gangen og at de skulle gjøre det de klarte selv at man ikke skulle ta noen oppgaver fra dem».

På den annen side var det en sykepleier som jobbet i hjemmetjenesten og som kun hadde vært med på noen få hverdagsrehabiliteringstiltak som ga uttrykk for å vite lite om hva hverdagsrehabilitering var eller hvordan det var organisert. Sykepleieren jobbet i en kommune som hadde holdt på med hverdagsrehabilitering i noen år.

«Du hadde vært på to sånne avslutningssamtaler. Ikke noe sykepleiekartlegging heller?».

Sykepleieren: «Nei, egentlig ikke. Hva var det var igjen da?».

«Hvis man da for eksempel kunne sendt inn hverdagsrehabiliteringsteamet, kunne de gjort noe med det?

Sykepleieren: «Hva er det for noe da? Hverdagsrehabiliteringsteamet?»

Dette var det kun en sykepleier som uttalte seg om og det var en sykepleier som jobbet i hjemmetjenesten i kommune 1.

## **5.4 Bevisstgjøring**

For å komme frem til denne hovedkategorien, var det gjennom underkategorier som: mer hendene på ryggen, mer bevisstgjøring av tanken om at de skal gjøre det selv og ser oftere potensiale.

Flere av informantene sier at hverdagsrehabilitering og hverdagsmestringstanken har påvirket sykepleierrollen ved at tankesettet deres er noe endret gjennom at de har fått en annen bevisstgjøring rundt viktigheten av at brukerne skal gjøre det de klarer selv.

«En er blitt mer bevisst på at brukeren skal gjøre det de kan sjøl da eller gjøre det de kan sjøl da. I hvert fall hvis jeg snakker for meg selv. Jeg er blitt mer bevisst da på at jeg kan heller stå her med henda bak og være sammen med deg uten å gjøre det for deg».

«Har blitt flinkere til å se potensialet for brukerne. Hva de kan klare selv. Blitt litt mer sånn moderne eller hva jeg skal si. At de skal klare mest mulig selv. Ikke sånn som vi gjorde før».

Sykepleierne mener altså at bevisstgjøringen og det å se potensiale hos hver enkelt er blitt tydeligere etter oppstart med hverdagsrehabilitering.

## 5.5 Tverrfaglig samarbeid

For å komme frem til denne hovedkategorien, var det med utgangspunkt i underkategorier som: fysioterapeuten og ergoterapeuten ønskes i større stillinger, samarbeider og står sammen, tverrfagligheten en suksessfaktor og fysioterapeuten og ergoterapeuten utfører ikke sykepleieoppgaver.

Alle organiseringsmåtene av hverdagsrehabilitering er tverrfaglige, men i varierende grad av om det er sykepleieren, fysioterapeuten eller ergoterapeuten som har størst stillinger. Der hvor fysioterapeuten og ergoterapeuten har minst stillinger, ønskes større stillinger av sykepleierne.

«Jeg synes det hadde vært greit hvis jeg hadde hatt bare ergo og fysio hos meg da. I 100 %. Da tror jeg det hadde blitt enda bedre kvalitet».

Der hvor fysioterapeuten og ergoterapeuten har størst eller likestilte stillinger, er sykepleierne tilfredse.

«Vi er der sammen for å skape den tryggheten og på en måte skape mestring da. Og der samarbeider vi jo. Det er ikke sånn at sykepleieren har en unik rolle, men vi bidrar jo alle inn i det samarbeidet».

Tverrfagligheten trekkes fram som en suksessfaktor av flere sykepleiere.

«Jeg tror suksessfaktoren er det tverrfaglige».

«Så den tverrfaglige biten er en viktig suksessfaktor i hverdagsrehabilitering da»?  
«Ja, det er en virkelig en nøkkelfaktor for suksess helt klart. Det er essensen».  
«Det er jo viktighet av det tverrfaglige som gjør det så bra da, at man har det samarbeidet».

«Vi er jo tre faggrupper og må på en måte være tre faggrupper for at det skal bli god rehabiliteringsprosess, fordi vi utfyller hverandre på forskjellige fagfelt».

Fysioterapeuten og ergoterapeuten utførte ikke sykepleieoppgaver.

«Det er viktig å ha en sykepleier, fordi at det er jo noen ting da at ergo – og fysioterapeut ikke kan gjøre og. Sånn for eksempel at hvis en pas.er veldig dårlig som gjør at det går utover treninga. Så er det kanskje noe annet da. Kanskje noe sykdom eller noe medisiner som er grunnen til at pasienten er dårlig og det er jo litt sånn at vi må bruke vårt kliniske blikk og vi bruker det på forskjellige måter tenker jeg. Også er det det med samarbeidet med legen da. Vi har jo litt mer ansvar for å samarbeide med en lege og kanskje det er litt lettere for en sykepleier å ta kontakt med en lege da enn hva det er enn de to andre rollene som er i gruppa».

Her kommer det altså frem at tverrfaglig samarbeid er en stor del av hverdagsrehabiliteringsarbeidet og alle rollene i et slik samarbeid er likeverdige.

## **5.6 Motivasjonsarbeid**

For å komme frem til denne hovedkategorien, var det med utgangspunkt i underkategorier som: motivere som oppgave, veilede og oppmuntre.

Flere av sykepleierne jobbet med å motivere brukerne og opplevde noen ganger å ikke komme i mål med denne oppgaven. Noen av sykepleierne brukte metoder som motiverende intervju, men følte seg ikke helt kompetente i forhold til denne metoden. Noen av sykepleierne tok veiledning i bruk.

«Vår rolle er jo egentlig mer å motivere dem mot målet de har, komme dit som de ønsker, hjelpe dem med å motivere med vår sykepleiefaglige kunnskap da, sånn i bønn».



«Også kan vi veilede og oppmuntre og selvfølgelig også realitetsorientere litt hvis det er veldig urealistisk. Kanskje sette noen delmål. Og si at kanskje det kan være et mål på lengre sikt, men at vi begynner med det og det. Jeg synes det er litt. Det er en helt annen måte og jobbe på. Jeg føler det er mye mere sånn grundig. Får jobbet mer grundig og får tenkt mer på helheten i og med at kartleggingen blir mye bedre».

Funnene her viser altså at motiveringsarbeid er en del av sykepleierens oppgaver i hverdagsrehabilitering.

## **5.7 Oppsummering av resultatene**

Ulike organiseringsmåter av hverdagsrehabilitering påvirker her sykepleierrollen i forhold til at det har sammenheng med hvordan tiden er fordelt til denne oppgaven. Der man har egne team, er det god nok tid. Der det ikke er egne team, er tid en mangelvare og hverdagsrehabilitering oppfattes som en av mange andre oppgaver. Tid er en viktig faktor i forhold til at flere av informantene påpeker at tid må til for at hverdagsrehabilitering skal gå bra.

Organiseringsmåtene påvirker også det tverrfaglige arbeidet. Det å jobbe tverrfaglig er en stor del av sykepleierrollen i hverdagsrehabilitering, men det påvirker mest sykepleierne som jobber i hverdagsrehabiliteringsteam sammen med fysioterapeut og ergoterapeut. Sykepleieren som jobber i hjemmetjenesten merker lite til tverrfaglig samarbeid, fordi hverdagsrehabilitering er en av mange andre oppgaver. Der egne team jobber tverrfaglig med hverdagsrehabilitering varierer det også med hvilken faggruppe som har størst stilling. I kommune 2 og 3 har sykepleierne større stilling enn ergoterapeuten og fysioterapeuten, mens i kommune 1 er sykepleier likestilt med fysioterapeuten og ergoterapeuten. I kommune 4 er det fysioterapeuten og ergoterapeuten som leder hverdagsrehabiliteringen, mens sykepleierne der utfører noen av oppgavene innenfor hverdagsrehabilitering ved siden av jobben sin i hjemmetjenesten.

Det kommer også frem at sykepleierne har noe forskjellige oppgaver når det kommer til hverdagsrehabilitering. En av oppgavene i tillegg til tverrfaglig samarbeid er å motivere

brukerne. Flere sykepleiere motiverer brukerne til hverdagsmestring og hverdagsrehabilitering.

Kort oppsummert er altså forhold som organisering, tverrfaglighet, utdanning, bevisstgjøring, motivasjonsarbeid og tid noe som påvirker sykepleierrollen på ulike måter i hverdagsrehabilitering.

## 6 Diskusjon

I dette kapitlet diskuteres funnene i studiene opp mot presentert teori. Strukturen på diskusjonskapitlet har forskningsspørsmålene som overskrifter. Deretter følger hovedkategoriene som passer opp mot hvert enkelt forskningsspørsmål.

### 6.1 Sykepleiernes deltagelse i hverdagsrehabilitering

#### 6.1.1 Ulike organiseringsmåter

Organiseringsmåtene av hverdagsrehabilitering viste seg å være helt ulike i de fire kommunene undersøkelsen fant sted. Dette sammenfaller med at hver enkelt kommune selv kan bestemme hvordan de organiserer hverdagsrehabilitering. Det er blitt slik at kommuner organiserer hverdagsrehabilitering med ulike og med litt ulike målgrupper. Det kan jo forvirre forskjellige utøvere i hjemmetjenesten og gjøre det vanskelig å sammenligne ulike kommuner eller vurdere effekten av hverdagsrehabilitering (Ness et al., 2012).

Nå ble ikke de ulike kommunene i denne studien sammenlignet, men sykepleierrollen varierte fra hver enkelt kommune ut i fra hvordan kommunene hadde valgt å organisere hverdagsrehabilitering. På den måten kan det tenkes at det kan være vanskelig å fastsette hvordan en sykepleierrolle i hverdagsrehabilitering kan eller bør være. Et av funnene var jo at en av sykepleierne i studien opplevde å ikke ha nok kunnskap om hva hverdagsrehabilitering var eller hvordan hverdagsrehabilitering var organisert. Garsjø påpeker at forventning er den første grunnleggende delen av rollebegrepet (Garsjø, 2001) og dersom man ikke ser det helt klart for seg hvordan samhandling bør og skal foregå, vil jo rolleatferden allerede der bli for utydelig for sykepleieren. På den måten kan man ende opp med å ikke ha noen klar oppfattelse for hvilke krav man har for rolleatferden og slik kan det tenkes at sykepleierne kan bli forvirret i utøvelsen av hverdagsrehabilitering når rollen ikke er tydelig nok. Noe som igjen kan ha med mange forskjellige organiseringsmåter å gjøre.

Forventninger er en del av et sosialt system igjen og sykepleieren er en del av et sosialt system (Garsjø, 2001) her, det vil si hjemmetjenesten. Hverdagsrehabilitering, som i denne studien har vist seg å være ulikt organisert i fire kommuner, er jo i utgangspunktet nytt for alle. Sykepleieren som ga uttrykk for å ikke vite helt hva hverdagsrehabilitering var, kan muligens si noe om hvordan dette er blitt organisert på systemnivå. Kommunen legger føringene for hverdagsrehabilitering og denne sykepleieren jobber i hjemmetjenesten med mange andre oppgaver i tillegg til hverdagsrehabilitering. Dersom dette tilpasses eller organiseres på en måte som gjør at det ikke passer inn i hjemmetjenestens sosiale system, kan det tenkes at man ikke helt vet hvilke oppgaver man skal utføre eller hvordan det skal gjøres. Et sosialt system er jo nettopp et system hvor man samhandler over tid mot felles mål. Rollene er tydeliggjort med klare avgrensninger og man har felles fokus (Garsjø, 2001).

Ulike organiseringsmåter av hverdagsrehabilitering viste seg å påvirke sykepleierrollen ved at sykepleierne ble mer involvert der hverdagsrehabilitering var organisert gjennom at sykepleieren jobbet i hverdagsrehabiliteringsteam og hadde kun det som oppgave.

Sykepleierne som jobbet i slike team opplevde at de hadde god tid til hverdagsrehabilitering og påpekte at tiden var essensiell for å få til hverdagsrehabilitering på en god og effektiv måte. Brukerne opplevde trygghet gjennom at det var den samme sykepleieren som kom og flere av sykepleierne oppfattet at man på en slik måte oppnådde raskere effekt i hverdagsrehabiliteringsforløpet. Sykepleierne i egne team opplevde å få muligheten til å bli godt kjent med brukerne de var hos og til å få det helhetlige blikket. Med god nok tid fikk også sykepleierne mulighet til å avdekke forhold som at brukeren for eksempel ikke var klar for trening på grunn av medisiner eller grunnsykdommens begrensning. Slike muligheter la opp til at noen av sykepleierne oppfattet hverdagsrehabiliteringsforløpene som at det ga god livskvalitet for brukerne og det igjen opplevdes som engasjerende for sykepleierne.

Der sykepleieren jobbet i hjemmetjenesten og innimellom deltok i hverdagsrehabilitering, ble hverdagsrehabilitering oppfattet som en av mange oppgaver. Tiden spiller også en rolle her, fordi sykepleierne i hjemmetjenesten er inntil veldig mange brukere hver dag. Da kan fort hverdagsmestringstanken og hverdagsrehabiliteringsoppgaver bli nedprioritert eller rangert som mindre viktige. Grunnet en slik organisering er sykepleierrollen til disse

sykepleierne noe mer sammenfallende med generell sykepleie der arbeidet er svært mangfoldig og omtrent hvor ingen brukermøter er like (Berg, 2012). En rolle som innebærer generell sykepleie har jeg valgt å kalle «Den tradisjonelle sykepleierrollen».

### 6.1.2 Den tradisjonelle sykepleierrollen

Funnene i oppgaven sammenfaller noe med beskrivelsen om hva sykepleie er med at sykepleieren er med på å fremme og opprettholde helse, fordi brukerne opplevde god livskvalitet som følge av intervensjonen hverdagsrehabilitering (Berg, 2012). Livskvalitet er også et av målene i helsefremmende arbeid (Gammersvik, 2012). Dette gjelder sykepleierne som jobber i hverdagsrehabiliteringsteam. Den tradisjonelle sykepleierrollen innebærer også å pleie de syke og innebærer oppgaver som går ut på å dekke brukerens grunnleggende behov og er slik veldig mangfoldig (Berg, 2012). Dette sammenfaller med måten sykepleierne i hjemmetjenesten jobber. Den tradisjonelle sykepleierrollen er derfor her delt i å kunne gjelde både sykepleierne i hverdagsrehabiliteringsteam når det kommer til at sykepleierne er med på å fremme helse, men den tradisjonelle sykepleierrollen er mest fremtredende for sykepleierne i hjemmetjenesten som har mange andre oppgaver i tillegg til hverdagsrehabilitering.

Nedenfor følger andre typer sykepleierroller som jeg har valgt å kalle: «Den rehabiliterende sykepleierrollen», «Den helsefremmende sykepleierrollen» og «Den hverdagsrehabiliterende sykepleierrollen». Inndelingene i de ulike rollene er gjort, for å lettere kunne se hva sykepleierrollen i hverdagsrehabilitering går ut på for sykepleierne i studien.

### 6.1.3 Den rehabiliterende sykepleierrollen

Funnene i studien har noen likhetstrekk med rehabilitering i sykepleie gjennom studien gjort i Irland, hvor sykepleierne så sin rolle i rehabiliteringsarbeidet som å fremheve den eldre personens potensialer med fokus på livskvalitet. Disse sykepleierne la også vekt på å ha et helhetlig blikk på rehabiliteringen og pekte på de psykologiske og emosjonelle forholdene ved rehabilitering og rollen til sykepleieren i å oppnå en god relasjon til

vedkommende. De vektla også sykepleierens rolle i å forstå brukeren og være med på å sette mål som ble opplevd som meningsfulle for brukeren (Burke & Doody, 2012). Dette gir også sykepleierne i studien uttrykk for, men det gjelder sykepleierne som jobber i hverdagsrehabiliteringsteam. Funnene i studien når det gjelder sykepleierne som jobbet i hverdagsrehabiliteringsteam sammenfaller også med flere av de andre studiene om sykepleierens oppgaver som Ruud og Heggdal fant i sitt litteratursøk (Ruud & Heggdal, 2013). Når det gjelder sykepleierne i hjemmetjenesten så er rehabilitering igjen en oppgave av mange og den rehabiliterende sykepleierrollen passer derfor ikke for å beskrive sykepleierrollen i hjemmetjenesten.

#### 6.1.4 Den helsefremmende sykepleierrollen

Når det gjelder helsefremming i sykepleie, så regnes jo hverdagsrehabilitering som en planlagt sykepleiehandling utformet for å møte individets, familiens eller samfunnets behov for å mestre daglige eller fremtidige helseutfordringer (Gammersvik, 2012). Funnene i studien stemmer derfor overens med helsefremmende sykepleie når hverdagsrehabilitering er organisert i team. Da blir det planlagt gjennom at forløpet varer en viss tid. Man setter mål sammen og har planlagte møter med brukeren. Dette gjelder ikke bare sykepleierne i hverdagsrehabiliteringsteam, men sykepleierne som jobber i hjemmetjenesten deltar også noen ganger i dette forløpet. Men da i mye mindre grad enn sykepleierne i hverdagsrehabiliteringsteamet.

Sykepleiehandlingene som sykepleierne i hverdagsrehabiliteringsteam i studien har beskrevet samsvarer også med at helsefremming i sykepleie baseres på en holistisk tilnærming hvor mennesket ses som autonomt og i stand til å utvikle sin egen evne til empowerment (bemyndigelse) for å mestre sine helseutfordringer (Gammersvik, 2012). Helsefremming i sykepleie går ut på at sykepleieren skal stimulere og tilrettelegge for pasientens helsefremmende prosess (Gammersvik, 2012) og slik sykepleierne har beskrevet hvordan det er å jobbe med god tid i egne team, så klarer de å stimulere og tilrettelegge for et helsefremmende forløp med brukerens mål i fokus.

Til sammenligning viser funnene i studien at sykepleierne i hjemmetjenesten ikke sammenfaller med kjennetegnene for den helsefremmende sykepleierrollen og det kan

tenkes at det kan komme av at de har for mange oppgaver sammen med for liten tid. Sykepleierne i hverdagsrehabiliteringsteamene opplever jo nettopp at god tid fører til helhetlig blick og tryggere brukere gjennom at det er den samme personen som kommer. Sykepleierne i disse teamene mener også det gir et mer effektivt forløp og at brukeren opplever livskvalitet etter endt forløp. Brukere i ordinær hjemmetjeneste har sykepleieren hos seg kun når en oppgave skal utføres og har flere ulike sykepleiere og andre pleiere innom seg fra dag til dag.

#### 6.1.5 Den hverdagsrehabiliterende sykepleierrollen

Funnene i studien stemmer her overens med at noen av sykepleierne deltar på alle fellesoppgavene for faggrupper i hverdagsrehabilitering som er nevnt på [hverdagsrehabilitering.no](http://hverdagsrehabilitering.no) (Hverdagsrehabilitering, 2014). Disse sykepleierne er organisert i hverdagsrehabiliteringsteam. De øvrige sykepleierne i hjemmetjenesten deltar på kartlegginger, oppfølginger og dokumentasjon.

Sykepleierrollen i hverdagsrehabilitering stemmer overens med det sykepleierne i hverdagsrehabiliteringsteam opplever som det at de er med å hjelpe brukeren til mestring av eget liv, ivaretar grunnleggende behov, bidrar til trygghet og tillit, håndterer komplekse medisinske tilfeller, bidrar til innsikt og mestring av egen situasjon hos brukeren og opprettholder best mulig helse og velvære. På den annen side har sykepleierne som jobber ute i hjemmetjenesten tidspress sammen med flere andre oppgaver enn hverdagsrehabilitering og kommer nok ikke helt i mål når det gjelder sykepleierrollen i hverdagsrehabilitering slik den er beskrevet på [hverdagsrehabilitering.no](http://hverdagsrehabilitering.no) (Hverdagsrehabilitering, 2014).

## 6.2 Oppgaver og opplevelsen av oppgavene

Hvilke oppgaver i hverdagsrehabilitering sykepleierne i denne studien hadde og opplevelsen av disse oppgavene, var det andre forskningsspørsmålet. Oppgavene var også knyttet opp mot hvordan hverdagsrehabiliteringen var organisert i kommunene.

Sykepleierne hadde flere oppgaver innenfor hverdagsrehabiliterende arbeid eller hadde flere oppgaver i tillegg til hverdagsrehabilitering. Her trekkes den tverrfaglige oppgaven frem, fordi det var noe alle informantene deltok på i større eller mindre grad.

### 6.2.1 Tverrfaglighet

Tverrfaglig samarbeid trekkes frem som en suksessfaktor for hverdagsrehabilitering og viste seg i undersøkelsen å være størst del av oppgavene til sykepleierne som var organisert i team. Sykepleierne som ikke var organisert i team, men som jobbet ute i hjemmetjenesten utførte oppgaver eller deltok på ulike møter som var satt opp av hverdagsrehabiliteringsteamene.

Noen av sykepleierne utførte fysioterapeut - og ergoterapeutoppgaver som for eksempel trening og diverse skjemautfylling. Dette funnet stemmer overens med at det å gå på tvers av egen kompetanse og på tvers av yrkesrollene er et krav i tverrfaglig samarbeid (Jakobsen, 1999). Men i denne undersøkelsen kom det frem at det var kun sykepleierne som møtte dette kravet. Fysioterapeutene og ergoterapeutene utførte altså sine oppgaver innenfor sitt fag og delegerte også bort noen av disse oppgavene til sykepleierne.

Tverrfaglig arbeid inngår som nevnt i rammeplanen som en del i sykepleierens handlingsberedskap (Gjengedal & Jakobsen, 2001a), men det var sykepleierne som jobbet i egne team i hverdagsrehabilitering som hadde det største samarbeidet med fysioterapeutene og ergoterapeutene. Sykepleierne som jobbet ute fikk oppgaver av fysioterapeut og ergoterapeut, av teamene bestående av alle faggruppene eller av sykepleierne i teamene hvor fysioterapeuten og ergoterapeuten hadde minst stilling. Der deltok fysioterapeuten og ergoterapeuten i mindre grad enn sykepleierne i hverdagsrehabiliteringsteamene.



Tverrfaglig samarbeid forutsetter også gjensidig respekt innenfor og utenfor eget arbeidsfelt. Samarbeidet går også ut på et felles fokus og felles funksjoner på samme overordnede mål (Gjengedal & Jakobsen, 2001a). Dette sammenfaller med det informantene sa om tverrfaglig samarbeid i forhold til at det opplevdes som tilfredsstillende, bortsett fra at noen av sykepleierne i hverdagsrehabiliteringsteam ønsket større stillinger for fysioterapeutene og ergoterapeutene slik at man kunne få til enda bedre forløp for brukerne. For det er jo slik at tverrfaglighet innebærer at medlemmer av forskjellige profesjoner samarbeider gjennom å dele ideer og kunnskap om hvordan man best kan tilby pleie og behandling av høy kvalitet (Gjengedal & Jakobsen, 2001a). For å kunne samarbeide på den måten, skulle man tro at det er best dersom alle faggrupper er like mye tilstede og involverte i brukerens mål.

Et reelt samarbeid har som forutsetning at sykepleierne har noe særegent å tilby, for eksempel ferdigheter og at sykepleierne er i stand til å informere om hvordan praksisen deres er, slik at andre kan forstå det (Gjengedal & Jakobsen, 2001a). Slike forutsetninger lå også til rette ifølge noen av sykepleierne i hverdagsrehabiliteringsteamene. De opplevde at fysioterapeuten og ergoterapeuten var takknemlige for å ha dem som en del av tverrfaglig samarbeid, da det for eksempel var oppgaver de ikke kunne som kun sykepleieren var god på slik som for eksempel medisinsk vurdering eller utførelse av sårstell.

Gjennom funnene i undersøkelsen når det kommer til tverrfaglig samarbeid, kan det se ut som det er to forskjellige sykepleierroller her. Den ene er sykepleierrollen i hverdagsrehabiliteringsteam. Basert på det sykepleierne i hverdagsrehabiliteringsteam uttalte i studien er rollen deres i henhold til sykepleierens rolle i tverrfaglig samarbeid. Mens noen altså mente, som tidligere nevnt her, at selve samarbeidet kunne vært bedre dersom stillingene til fysioterapeutene og ergoterapeutene ble økt.

Tverrfaglig samarbeid påvirker slik sykepleierrollen ved at den både kan være en del av den tradisjonelle sykepleierrollen, den rehabiliterende sykepleierrollen og også en del av den helsefremmende sykepleierrollen. I den tradisjonelle sykepleierrollen har sykepleieren flere funksjoner som å være aktiv deltaker i sykdomsforebygging og skadeforebyggende arbeid hos friske og syke brukere. I den tradisjonelle sykepleierrollen jobber også sykepleieren med å fremme eller opprettholde pasientens helse, gi støtte og undervise

pasienten, pårørende eller annet helsepersonell (Berg, 2012) og dette er oppgaver som sykepleierrollen i hverdagsrehabiliteringsteam også kan gå ut på. En tradisjonell sykepleierrolle går også ut på å hjelpe brukeren med grunnleggende behov som for eksempel hvile og aktivitet (Berg, 2012). Disse grunnleggende behovene kan det også hende at sykepleieren må bistå med gjennom hverdagsrehabilitering dersom noen av målene til brukeren handler om noen av disse behovene. I den rehabiliterende sykepleierrollen sammenfaller som tidligere nevnt funnene i denne studien om den tverrfaglige oppgaven til sykepleieren med funnene fra litteratursøk om sykepleierrollen i rehabilitering som Ruud og Heggdal trekker frem i sin artikkel (Burke & Doody, 2012; Long et al., 2002; Ruud & Heggdal, 2013; Vähäkangas et al., 2006). Når det gjelder den helsefremmende sykepleierrollen så samsvarer funnene i denne studiene med sykepleiers oppgave i helsefremmende arbeid når det kommer til tverrfaglig samarbeid (Berg, 2012).

Sykepleierrollen utenfor team opp mot det tverrfaglige er ikke like deltagende og aktiv i tverrfaglig samarbeid som sykepleierrollen i hverdagsrehabiliteringsteam er. Utenfor teamorganiseringen er på en måte sykepleierrollen så mangfoldig gjennom mange andre oppgaver og sykepleierne som jobber ute gjør det de får beskjed om av sykepleier i team, teamet selv eller av ergo – og fysioterapeuten. Det blir muligens ikke noe fullverdig tverrfaglig samarbeid på denne måten, siden faggruppene blant annet ikke alltid har felles mål og felles funksjoner. Sykepleierrollen i så måte blir derfor her mer lik den tradisjonelle sykepleierrollen enn den rehabiliterende eller helsefremmende rollen. Det er jo innenfor den tradisjonelle rollen at sykepleieren har et mer mangfoldig arbeid som stemmer mer overens med sykepleierrollen i hjemmetjenesten enn en rehabiliterende eller helsefremmende rolle (Berg, 2012).

## 6.2.2 Motiveringsarbeid

Flere av sykepleierne jobbet med å motivere brukerne til hverdagsrehabilitering og jeg har valgt å kalle det motiveringsarbeid. Noen ganger gikk motiveringen veldig fint, mens andre ganger var det noen brukere som aldri fikk startet med hverdagsrehabilitering, fordi de ikke var motiverte nok.

Det å jobbe med å motivere brukerne kan stemme overens med et av kardinalprinsippene i helsefremmende arbeid, empowerment (Tveiten, 2012). Det går ut på å omfordele makt fra ekspertene eller fagpersonene for eksempel fra sykepleiere til brukere. Hensikten med en slik maktfordeling er å styrke brukerens ressurser, troen på seg selv og uavhengigheten. Empowerment går altså ut på om å ha eller ta mest mulig kontroll over det som berører ens egen helse. Sykepleierne er samarbeidspartner med brukeren i empowermentprosessen og begrepet fremmes der situasjonene preges av trygghet, tillit, fellesskap og gode relasjoner (Tveiten, 2012). Dette sammenfaller med funnene i studien i forhold til at empowermentprosessen fremmes der det oppleves trygghet, tillit og gode relasjoner. Flere av sykepleierne påpeker at slike forhold oppstår når de har god nok tid hos hver enkelt bruker og dette igjen oppleves som om brukerne mestrer raskere.

Funnene i studien sammenfaller også med det som Freire påpeker om at veiledning er en metode i empowerment som relateres til den pedagogiske funksjonen til sykepleieren (Tveiten, 2012). Veiledning var en av oppgavene til flere av sykepleierne i studien og ifølge Tveiten så vektlegger Gibson viktigheten av at sykepleieren samhandler med brukeren om å fremme, identifisere og styrke mulighetene for å oppnå mest mulig kontroll over det som virker inn på helsen. I denne samhandlingen betyr relasjonen mye. På den måten får sykepleieren, gjennom å være en samarbeidspartner, en annen rolle enn den tradisjonelle sykepleieren som løser alle problemene til brukeren. Den rollen kan defineres som en veilederrolle (Tveiten, 2012). En slik rolle kan samsvare med funnene i denne studien når det kommer til hvordan sykepleierne i hverdagsrehabiliteringsteam jobbet. De samarbeidet med brukerne, oppnådde en god relasjon til brukerne og fremmet, identifiserte og styrket muligheten til brukerne for å oppnå størst mulig kontroll over det som påvirker helsen gjennom nettopp hverdagsrehabilitering.

## 6.3 Muligheter eller begrensninger?

### 6.3.1 Sykepleierutdanningen

Flere av sykepleierne i undersøkelsen mente at det med å tenke at brukeren skal gjøre det vedkommende kan selv ikke var noe nytt og at de fikk bruk for det de hadde lært i sykepleierutdannelsen i arbeidet med hverdagsrehabilitering. Kan det stemme at sykepleierne har lært dette gjennom sykepleierutdanningen? I rammeplanen for sykepleierutdanningen står det blant annet at studentene etter endt utdanning skal ha handlingskompetanse til å delta i helsefremmende arbeid, kunne delta i tverrfaglig og tverretatlig planarbeid og bidra til å gjennomføre helsefremmende og forebyggende tiltak i kommuner og lokalmiljø, ha innsikt i tiltak som fremmer helse og forebygger sykdom (Kunnskapsdepartementet, 2008).

Noen av sykepleierne i undersøkelsen var ferdigutdannet før ovenstående rammeplan var klar i 2008, men ifølge Alvsvåg har det vært et helsefremmende fokus i sykepleien siden tidenes morgen og da trekker hun frem Florence Nightingale som var opptatt av forskjellige faktorer i miljøet som fremmer helsen og skaper sykdom. Hun understreket at sykepleie også burde innebære noe annet enn sårskift og gi medisiner, som riktig utnyttelse av lys, varme, renslighet, ro, frisk luft og riktig sammensetning av kostholdet (Alvsvåg, 2012). Det kan jo for så vidt sammenfalle med at noen av sykepleierne mente at det med å jobbe med hverdagsrehabilitering ikke var noe helt nytt for dem gjennom at man fokuserer på helsefremmende arbeid fremfor kun å fokusere på sykdom, men det er samtidig ikke sammenfallende med sykepleierrollen i hverdagsrehabilitering (Hverdagsrehabilitering, 2014).

Det at flere sykepleiere i undersøkelsen sier at hverdagsrehabilitering og hverdagsmestringstanken ikke er helt nytt for dem, fordi de har lært om det på sykepleierskolen, kan med dette se ut til å stemme dersom man tar utgangspunkt i rammeplanen og at helsefremming har vært en del av sykepleiers oppgave eller rolle gjennom tidene (Kunnskapsdepartementet, 2008).

Allikevel påpeker Henriksen at ingen samlet oversikt over vektlegging av metodikk eller helsefremmende teori i sykepleierutdanningene finnes (Henriksen, 2012), så det kan tyde på at man ikke med sikkerhet kan vite hvor mye kunnskap sykepleierne har om dette. Hver enkelt skole står også fritt til å velge vektleggingene av rammeplanens innhold og det igjen kan innebære at helsefremmende og forebyggende arbeid, for eksempel gjennom tid brukt på pensumlitteratur på temaet, kan variere (Henriksen, 2012). Noe som igjen kan påvirke sykepleiernes kompetanse om temaet.

Funnet om at sykepleierne kan dette fra før gjennom sykepleiestudiet, kan også stemme overens med det Langeland påpeker om at sykepleiefaget har en lang tradisjon med et helsefremmende fokus. På tross av at man har nok teori, brukererfaring og forskning på viktigheten av å ha helse i fokus, så mener Langeland at det ikke kommer tydelig nok frem i klinisk praksis. Langeland sier også at sykepleiefaget tradisjonelt har vært påvirket av den sykdomsorienterte modellen (Langeland, 2012) og det sammenfaller ikke med det sykepleierne sier om at de alltid har hatt fokus på at brukerne skal klare mest mulig selv.

### 6.3.2 Bevisstgjøringen

I denne studien mener altså flere av sykepleierne at de på sykepleierstudiet har lært om viktigheten av at brukerne benytter ressursene sine selv, men at hverdagsrehabilitering har ført til en økt bevisstgjøring av denne tanken. Det kan tenkes at en slik dreining av måten å oppnå en slik bevisstgjøring på kan påvirke sykepleierollen fra den mer tradisjonelle sykepleierrollen og over mot en mer helsefremmende sykepleierrolle. Tanken om at brukerne skal bruke sine egne ressurser er jo nettopp fokus i helsefremmende arbeid (Green & Tones, 2010) og hverdagsrehabilitering er en type helsefremmende arbeid.

Sykepleierne sier at bevisstgjøringen av hverdagsmestringstanken er blitt sterkere etter implementering av hverdagsrehabilitering og at noen sykepleiere lettere ser potensialet hos hver enkelt bruker. Det kan tyde på at hverdagsmestringstanken ikke er blitt så aktivt benyttet i praksis før etter at man startet med hverdagsrehabilitering. Det kan samsvare med det som Gammersvik og Berg skriver om at det kan se ut som at det ikke er en god nok kobling mellom teori og praksis når det kommer til helsefremmende arbeid for sykepleieren (Berg, 2012; Gammersvik, 2012). Samtidig kan det også være at i den

tradisjonelle rollen som sykepleier så ligger det så mange forskjellige oppgaver (Berg, 2012) og det kan da tenkes at tiden kan bli en hemmende faktor på muligheten til å overføre teori om helsefremmende arbeid på en god nok måte i praksis. Det er jo blant annet en av sykepleierne som sier at det går raskere å gjøre det selv enn å vente på at brukeren skal gjøre det. Gammersvik skriver om at det ser ut til at sykepleierne har problemer med å få forståelse for teorien om helsefremmende arbeid, slik at det kan bli god praksis av det. Av den grunn utføres helsefremmende arbeid mer tilfeldig og dersom sykepleieren har tid (Gammersvik, 2012).

### 6.3.3 Er det tid til dette?

Gjennom undersøkelsen kom det frem at tid både skaper gode muligheter for et vellykket hverdagsrehabiliteringsforløp, men kan samtidig være en begrensning for hverdagsrehabilitering. Om tid er en mulighet eller begrensning kommer ifølge denne undersøkelsen an på om sykepleierne er organisert i team eller ikke. Der de er organisert i team er tidsperspektivet en mulighet for et godt hverdagsrehabiliteringsforløp. Der sykepleierne jobber i ordinær hjemmetjeneste er tid en begrensning for hverdagsrehabilitering.

Med bakgrunn i det sykepleierne i teamene og det sykepleierne i hjemmetjenesten sier om opplevelsen av hverdagsrehabilitering, så kan det se ut som organiseringen i team gir best effekt ovenfor brukerne. De får for eksempel den samme sykepleieren hver gang som igjen skaper trygghet, tillit og en god relasjon. Dette er igjen en forutsetning for empowerment som igjen er et kardinalprinsipp i helsefremmende arbeid (Tveiten, 2012).

Det er kjent i dag at man befinner seg nå i et stadig mer presset velferdssamfunn hvor den eldre generasjonen øker i antall (Sundseth, 2015), samtidig som det er for få sykepleiere (Norsk sykepleierforbund, 2016) til å ivareta den eldre generasjonens behov for hjelp. Da kan man bli fristet til å stille spørsmålet om det er tid til hverdagsrehabilitering og hverdagsmestringstanken ved siden av sykepleierens mange oppgaver, dersom hverdagsrehabilitering ikke organiseres i egne team.

Et område som påvirker kommunehelsetjenesten er krav om effektivisering av sykehusdriften, hvor det skal kortes ned på antall liggedøgn og et økende antall inngrep skal utføres poliklinisk. Dette fører til at flere pasienter sendes raskere ut til hjemmetjenesten som betyr at kommunehelsetjenesten får stadig flere pleiefaglige oppgaver. Det betyr igjen at kommunehelsetjenesten må ha fagpersoner med høy kompetanse for å kunne sikre en god nok oppfølging av disse pasientene (Haug, 2005). Når man har slike krav til kommunehelsetjenesten, så er det naturlig å spørre om man har nok ressurser? Det kan jo se ut som oppgavene, effektiviteten og kunnskapskravene til sykepleierne økes. Da kan det tenkes at sykepleieren kan komme i en skvis mellom krav, forventninger og evne til å fullføre oppgavene med god nok kvalitet. Kan det da være en ansvarsfraskrivelse av kommunene der hverdagsrehabilitering organiseres uten team, dersom tiden ikke økes tilsvarende denne oppgaven? Kommunene er jo i henhold til Folkehelseloven pålagt å fremme befolkningens helse (Folkehelseloven, 2012) og det kan jo, slik jeg ser det, virke lettvint å la de som løper raskest og utøver stor fleksibilitet ta seg av det lovpålagte i praksis.

Hjort påpeker at det som blir avgjørende når man blir 80 år er en god helsetjeneste med vektlegging av gode muligheter for rehabilitering og helsefremmende og forebyggende tiltak (Hjort, 2010) og da kan god nok tid for sykepleierne, hverdagsrehabilitering og hverdagsmestringstanken komme godt med for å skape en god nok helsetjeneste for det økende antallet eldre i dagens samfunn.

## 7 Konklusjon

Det som utpekte seg som det største funnet i oppgaven er at det kan si noe om viktigheten av å organisere hverdagsrehabilitering i team, fordi der sykepleierne er organisert slik er det god nok tid til hver enkelt bruker, slik at hverdagsrehabiliteringsforløpet kan bli en helsefremmende prosess for brukerne.

Funnene i denne studien viser altså at hverdagsrehabilitering påvirker sykepleierrollen gjennom hvordan hverdagsrehabilitering organiseres. Tid til denne oppgaven og tverrfaglig samarbeid er også relevant i forhold til hvordan hverdagsrehabilitering organiseres.

Gjennom faktorene organisering og tid er sykepleierne i studien delt. Der sykepleierne er organisert i hverdagsrehabiliteringsteam og kun har hverdagsrehabilitering som oppgave er tid og ressurser tilfredsstillende og tverrfaglig samarbeid er en naturlig del av arbeidet sammen med motiveringsarbeid. Der sykepleierne jobber i hjemmetjenesten med mange oppgaver i tillegg til hverdagsrehabilitering er tid og ressurser mangelfullt og sykepleierne opplever hverdagsrehabilitering som en av mange oppgaver. Tverrfaglig samarbeid og motiveringsarbeid er ikke en stor del av arbeidet, men det hender at sykepleierne deltar i dette. Sykepleierne i studien opplever at hverdagsrehabilitering ikke er noe nytt, fordi det har de lært om i sykepleierutdanningen, men opplever samtidig en økt bevissthet rundt viktigheten av at brukerne benytter ressursene sine i størst mulig grad.

Formålet med studien var å se på hvordan hverdagsrehabilitering påvirker sykepleierrollen i hjemmetjenesten i norske kommuner og konklusjonen viser at det formålet ble nådd. På samme tid var også formålet at intervjuene skulle være av sykepleiere som jobbet i hjemmetjenesten. Det oppnådde jeg til en viss grad gjennom at det ble et fokusgruppeintervju og et individuelt intervju av sykepleiere som jobbet i hjemmetjenesten. Likevel ble det noen flere sykepleiere som jobbet i hverdagsrehabiliteringsteam enn sykepleiere som jobbet i hjemmetjenesten, men dette fikk igjen frem viktigheten av hvordan hverdagsrehabilitering organiseres og hvordan sykepleierrollen er innenfor de ulike organiseringsmåtene.

Slik sykepleierrollen fremgår i denne studien kan det tenkes at sykepleierrollen er i en begynnende endring, da sykepleieren blant annet har fått en økt bevissthet rundt



viktigheten av å tenke på brukerens ressurser. Når man samtidig vet at man har for få sykepleiere i framtiden, et økende antall eldre, flere avanserte oppgaver i kommunehelsetjenesten, mener jeg at det er desto viktigere å fokusere på at brukernes ressurser, slik at sykepleiernes kompetanse brukes der det er nødvendig. Lovverket som nevnes i innledningen påpeker jo nettopp hvor viktig det er med helsefremmende arbeid fremover og Folkehelseloven har særlig lagt mer av ansvaret for folkehelsen over på kommunene. På den måten kan man tenke seg hvor viktig det er at sykepleierrollen bør dreies over mot en noe mer helsefremmende arbeidsmåte og tankegang.

## **7.1 Metodekvalitet**

Metodevalgene som er gjort i denne undersøkelsen påvirker til slutt kvaliteten på oppgaven, samt at valgene bestemmer hvor troverdige resultatene oppfattes og om utfallet av undersøkelsen kan stoles på (Busch, 2013). Begrep som pålitelighet og transparens er derfor av relevans.

### **7.1.1 Pålitelighet**

Pålitelighet i studien kan styrkes gjennom en redegjørelse for hvordan ens egen posisjon kan ha påvirket forskningsarbeidet. Det er derfor viktig å reflektere over om man har spesiell kunnskap og engasjement over temaet i studien og hvordan det kan ha virket inn på å få tilgang til utvalg, feltet, datagenerering, analyse og resultater. En refleksjon om man har noe til felles med informantene er også her aktuelt. Det å ha mye kunnskap om temaet kan være en fordel, men også en ulempe. Det kan bli en fordel, fordi man står sterkere til å stille presise spørsmål og det kan være en ulempe, fordi man har med seg for mange forutinntattheter. Direkte sitater kan også være med å styrke oppgavens pålitelighet, fordi da synliggjøres informantens stemme helt frem til leseren. Da må man samtidig redegjøre for hvordan sitatene er valgt ut. Når det gjelder hvordan utvalget er gjort i studien og også hvilke relasjoner som er mellom informantene og forskeren, så kan også det ha betydning for påliteligheten. Ville det for eksempel ikke blitt en undersøkelse dersom man ikke kjente hverandre? Kunne andre ha gjort samme jobben (Tjora, 2012)?

Oppgavens pålitelighet er forsøkt styrket gjennom refleksjoner over forforståelsen til temaet i oppgaven og hvordan utvalget i studien ble valgt. Jeg har også brukt lydopptaker under intervjuene og har slik fått direkte sitater som er gjengitt i oppgaven. Hvordan disse sitatene er valgt ut er forsøkt vist gjennom eksempel på analysemetoden. Relasjonene til informantene er også beskrevet i oppgaven.

### 7.1.2 Transparens

Oppgavens gjennomsiktighet(transparens) handler om hvor godt valg formidles. Målet er at leseren skal få et så godt innsyn i forskningen at vedkommende kan ta stilling til kvaliteten på forskningen (Tjora, 2012).

For å få frem studiens transparens, har jeg forsøkt å beskrive metodebruken så detaljert som mulig gjennom et eksempel på analysemetoden, beskrivelser av underkategoriene til hver kategori, tatt med sitater fra informantene og strukturert oppgaven slik at den skal være enkel å følge med nødvendige forklaringer på valg og begreper underveis.

### 7.1.3 Refleksjoner over valg av teoretisk utgangspunkt

Valget på hverdagsrehabilitering og sykepleierrollen som utgangspunkt i denne studien kan ha både fordeler og ulemper, slik jeg ser det.

Fordelene kan være at kjennskapen til temaet og egen erfaring kan føre til at det informantene sier er lett forståelig. Kjennskapen førte til at jeg ikke trengte spørre informantene så mye om selve temaet, slik at tid som kunne gått med til slike spørsmål ble heller brukt til å få svar på problemstillingen. Det førte også til at jeg ikke behøvde lese så mye litteratur om dette, fordi jeg har gjennomført kurs om temaet og har jobbet med dette som en del av sykepleierjobben i to år. Jeg hadde også sett for meg hvilke informanter jeg kunne ha i denne undersøkelsen og visste hvor jeg kunne kontakte mulige informanter. Det å rekruttere informanter viste seg jo å bli noe mer utfordrende enn det jeg trodde på forhånd. Det bunnet i andre forhold, slik som at undersøkelsen var planlagt å skulle finne sted i en kommune som startet med omorganisering akkurat på samme tidspunkt som

undersøkelsen skulle starte. Det vanskeliggjorde rekrutteringsprosessen. Ulike bekjenskaper som jeg har fått gjennom å jobbe med hverdagsrehabilitering var også behjelpelige i å forsøke finne informanter og det var en god hjelp i noen sammenhenger.

Ulempen kan være at jeg kunne se for meg et svar på problemstillingen før selve undersøkelsen var utført, men jeg har forsøkt å holde det på avstand i utarbeidelsen av intervjuguiden, under intervjuene og under analysearbeidet. Til tross for at jeg kunne se for meg hvilke svar jeg kunne få av informantene, så har det vært flere overraskelser underveis. Overraskelsene har for eksempel vært at organiseringsmåtene var så ulike. Det er jo nettopp det som gjør forskning så spennende, så lenge man er åpen for andre svar på problemstillingen. Til tross for at jeg kunne mye om temaet fra før, så mener jeg at jeg klarte å holde oppe en nysgjerrighet gjennom å være en aktiv lytter og stille oppfølgingsspørsmål rettet mot akkurat det den enkelte sa der og da. Jeg visste jo heller ikke hvordan hverdagsrehabilitering foregikk i akkurat hver enkelt kommune og det var også med på å vekke denne nysgjerrigheten.

#### 7.1.4 Refleksjoner over metodevalg

Målet med denne studien var å se på hvordan hverdagsrehabilitering kan påvirke sykepleierrollen, sett fra sykepleierens ståsted. For å få til det, ble metodevalget på fokusgruppeintervjuer naturlig.

Metodevalget måtte som tidligere nevnt justeres på underveis grunnet at det ble vanskelig å få tak i informanter til fokusgruppeintervjuer i kommunen hvor undersøkelsen i utgangspunktet var tenkt å finne sted. Metodevalget ble derfor utvidet til å innebære individuelle intervjuer i tillegg til fokusgruppeintervjuer. Det kan godt hende at det ble til et bedre resultat, fordi da ble undersøkelsen utført i flere kommuner og ulike organiseringsmåter i hver kommune ble for eksempel slik et av funnene i oppgaven. Det hadde ikke kommet frem dersom undersøkelsen kun hadde vært utført i en kommune. Individuelle intervju kan også få frem flere synspunkter på dette, fordi det for noen er enklere å snakke åpent uten at kollegaer er tilstede.

Metodevalget i denne studien kan være med på å bringe frem noe svar på hvordan hverdagsrehabilitering påvirker sykepleierrollen, fordi fokusgruppeintervjuer og individuelle intervjuer er ment til å bringe frem personers opplevelser av forskjellige temaer. Alle sykepleierne i studien hadde også erfaring med hverdagsrehabilitering. Den ble også utført i fire kommuner og totalt var det tolv informanter som kan gi en viss bredde i datamaterialet.

Det kan også reflekteres over hvordan utvalgsmetoden foregikk. Som tidligere nevnt ble utvalget til den ene fokusgruppen foretatt av en avdelingsleder uten noen innvirkning fra meg. Slik kan utvalget enten ha vært helt tilfeldig eller preget av lederens vurderinger.

Utvalget i studien har som nevnt en viss bredde, men er likevel snevert og vil derfor ikke gi et fullverdig svar på problemstillingen. Selv om denne metoden ble brukt i fire kommuner, så var det hele 102 kommuner med praktisk erfaring på hverdagsrehabilitering i 2015 (Hverdagsrehabilitering, 2015) og flere planlegger oppstart. Fire kommuner blir derfor bare en liten del av de 102 kommunene og det er også kun et lite utvalg sykepleiere fra hver kommune som er med i studien. Når det er sagt så vil nok denne oppgaven i likhet med andre kvalitative oppgaver, ikke kunne gi kunnskap som er «universell og gyldig til alle steder og på alle tidspunkter, for alle mennesker» (Kvale & Brinkmann, 2009).

Uansett, så kan metodebruken ha ført til at man har fått et innblikk i hva sykepleierrollen i hverdagsrehabilitering går ut på og også muligens noen ideer om hvordan sykepleierrollen kan eller bør være i hverdagsrehabilitering.

## 7.2 Forslag til videre forskning

Siden undersøkelsen foregikk blant et størst antall sykepleiere som jobbet i hverdagsrehabiliteringsteam utenfor hjemmetjenesten, kan det være interessant med videre undersøkelser blant sykepleiere som jobber i hjemmetjenesten med hverdagsrehabilitering som en av mange oppgaver. I denne undersøkelsen er det få informanter. Det igjen er ikke nok til å kunne få et bredt nok bilde av hvordan hverdagsrehabilitering kan påvirke sykepleierrollen i hjemmetjenesten i norske kommuner. Flere liknende undersøkelser med et bredere utvalg blant sykepleiere i hverdagsrehabiliteringsteam kunne derfor være interessant. Det kunne også være interessant å sett på hvor mange ulike organiseringsmåter av hverdagsrehabilitering det er i Norges kommuner så langt. Sykepleierens rolle i disse ulike organiseringsmåtene hadde det vært spennende og sett nærmere på, samt hvordan det påvirker utfallet av hverdagsrehabilitering for brukerne.

## 8 LITTERATURLISTE

- Alvsvåg, H. (2012). Helsefremming og sykdomsforebygging - et historisk og sykepleiefaglig perspektiv. I Å. Gammersvik & T. Larsen (Red.), *Helsefremmende sykepleie - i teori og praksis* (s. 79-97). Bergen: Fagbokforlaget.
- Berg, G. V. (2012). Eldre sykehuspasienter - helsefremmende tenkning i sykehuset en utfordring for sykepleien. I Å. Gammersvik & T. Larsen (Red.), *Helsefremmende sykepleie - i teori og praksis* (s. 121-137). Bergen: Fagbokforlaget.
- Birkeland, A. (2014). Aktiv mestring i hjemmesykepleien. *Tidsskriftet sykepleien*.
- Brataas, H., & Moe, A. (2015). Hverdagsrehabilitering: pilotstudie om teambasert planlegging og innføring av Stjørdalsmodellen. (Opplag).
- Burke, K. G., & Doody, O. (2012). Nurses' perceptions of their role in rehabilitation of the older person: Kathleen G Burke and Owen Doody discuss a study that highlights the aspects of care needed to re-enable older people to maximise their quality of life.(Research)(Report). *Nursing Older People*, 24(2), 33.
- Busch, T. (2013). *Akademisk skriving: for bachelor-og masterstudenter*: Fagbokforlaget.
- Dahl, B. (2008). Rehabiliteringssykepleieren, ivaretaker av eksistensielle og praktiske behov : En kvalitativ studie av pasienters erfaringer med sykepleiernes bidrag i en rehabiliteringsprosess. (Opplag).
- De nasjonale forskningsetiske komiteene. (2016). *Generelle forskningsetiske retningslinjer*. 2017, fra <https://www.etikkom.no/forskningsetiske-retningslinjer/Generelle-forskningsetiske-retningslinjer/>
- Everett, E. L., & Furseth, I. (2012). *Masteroppgaven: hvordan begynne-og fullføre*: Universitetsforlaget.
- Folkehelseloven. (2012). *Lov om folkehelsearbeid(folkehelseloven)*. Hentet 22.04.2016, fra <http://www.lovdato.no>
- Gammersvik, Å. (2012). Helsefremmende arbeid i sykepleie. I Å. Gammersvik & T. Larsen (Red.), *Helsefremmende sykepleie - i teori og praksis* (s. 99-119). Bergen: Fagbokforlaget.
- Garsjø, O. (2001). *Sosiologisk tenkemåte: en introduksjon for helse- og sosialarbeidere*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Gjengedal, E., & Jakobsen, R. (Red.). (2001a). *Sykepleie 1 - praksis og utvikling*. Oslo: J.W. Cappelens forlag a.s.
- Gjengedal, E., & Jakobsen, R. (Red.). (2001b). *Sykepleie 3 - praksis og utvikling*. Oslo: J.W Cappelens forlag a.s.
- Granbo, R., & Sand, S. (2014). Hverdagsrehabilitering - fysioterapeutens deltakelse er viktig! *Fysioterapeuten*.
- Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2), 105-112. doi: 10.1016/j.nedt.2003.10.001
- Green, J., & Tones, K. (2010). *Health promotion: planning and strategies* (2. utg.). Los Angeles: Sage.
- Haug, H. K. (2005). Virksom kommunehelsetjeneste for den gamle. I R. Nord, G. Eilertsen & T. Bjerkreim (Red.), *Eldre i en brytningstid* (s. 165-176). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Helse - og omsorgstjenesteloven. (2011). *Lov om kommunale helse - og omsorgstjenester m.m.* Hentet 28.04.2016, fra <http://www.lovdato.no>

- Henriksen, S. G. (2012). Samhandlingsreformen og dens konsekvenser for sykepleiere. I Å. Gammersvik & T. Larsen (Red.), *Helsefremmende sykepleie - i teori og praksis* (s. 57-75). Bergen: Fagbokforlaget.
- Hjort, P. F. (2010). *Alderdom. Helse, omsorg og kultur*. Oslo: Universitetsforlaget AS.
- Hustoft, M., Stavanger Avdeling oppvekst og, l., & Hverdagsrehabilitering. (2013). *Selvstendig, trygg og aktiv : evaluering av pilotprosjekt Hverdagsrehabilitering*. Hverdagsrehabilitering. (2014). *Roller og arbeidsoppgaver*. 2017, fra <http://hverdagsrehabilitering.no/roller-og-arbeidsoppgaver>
- Hverdagsrehabilitering. (2015). *Hverdagsrehabilitering i Norge februar 2015*. 2017, fra <http://www.hverdagsrehabilitering.no/>
- Jakobsen, R. (1999). *Klar for fremtiden? : om kvalitet, endring og teamarbeid i sykepleieledelse* (2. utg. (2. oppl. 2006). utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Johannessen, A., Tufte, P. A., & Christoffersen, L. (2011). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*. Oslo: Abstrakt forlag AS.
- Kjellberg, P. K., Ibsen, R., & Kjellberg, J. (2011). *Fra pleje og omsorg : viden og anbefalinger*.
- Kunnskapsdepartementet. (2008). *Rammeplan for sykepleieutdanning*. 2017, fra [www.regjeringen.no](http://www.regjeringen.no)
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2009). *Det kvalitative forskningsintervjuet*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Laberg, T., & Erik, N. N. (2012). Innføring av hverdagsrehabilitering i norske kommuner. *Ergoterapeuten (Oslo)*, 01.12, 1-4.
- Langeland, E. (2012). Betydningen av den salutogene modell for sykepleie. *Klinisk Sygepleje*, 26(02), 38-48.
- Langeland, E., Førland, O., Aas, E., Birkeland, A., Folkestad, B., Kjekken, I., . . . Tuntland, H. (2016). Modeller for hverdagsrehabilitering - en følgeevaluering i norske kommuner. Effekter for brukerne og gevinster for kommunene? (Optrykk.
- Long, A. F., Kneafsey, R., & Ryan, J. (2003). Rehabilitation practice: challenges to effective team working. *International Journal of Nursing Studies*, 40(6), 663-673. doi: 10.1016/S0020-7489(03)00015-4
- Long, A. F., Kneafsey, R., Ryan, J., & Berry, J. (2002). The role of the nurse within the multi- professional rehabilitation team. *Journal of Advanced Nursing*, 37(1), 70-78. doi: 10.1046/j.1365-2648.2002.02059.x
- Mekki, T. E., & Tollefsen, S. (2002). *På terskelen. Introduksjon til sykepleie som fag og yrke*. Oslo: Akribe Forlag.
- Meld. St.16 (2010-2011). (2011). *Nasjonal helse - og omsorgsplan (2011 - 2015)*. Oslo: Kunnskapsdepartementet. Hentet fra <http://www.regjeringen.no>
- Meld. St. 21 (1998-99). (1999). *Ansvar og meistring*. Hentet 06.06.2016
- Meld. St. 29 (2012-2013). (2013). *Morgendagens omsorg*. Oslo: Kunnskapsdepartementet. Hentet fra <http://www.regjeringen.no>
- Meld. St. 47 (2008-2009). (2009). *Samhandlingsreformen - Rett behandling - på rett sted - til rett tid*. Oslo: Kunnskapsdepartementet. Hentet fra <http://www.regjeringen.no>
- Ness, N. E., Laberg, T., Haneborg, M., Rygh, E., Granbo, R., Færevag, L., & Butli, H. (2012). *Hverdagsmestring og hverdagsrehabilitering*. 2016, fra [www.hverdagsrehabilitering.no](http://www.hverdagsrehabilitering.no)
- Neumann, C. B., & Neumann, I. B. (2012). *Forskeren i forskningsprosessen. En metodebok om situering*. Oslo: Cappelen Damm AS.
- Normann, T., Sandvin, J. T., & Thommesen, H. (2013). *Om rehabilitering. Helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset*. Oslo: Kommuneforlaget AS.

- Norsk sykepleierforbund. (2016). *Alvorlig sykepleiermangel*. 2017, fra <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2883354/1740674/Alvorlig-sykepleiermangel>
- Robertsen, C. H. E. (2015). Implementering av hverdagsrehabilitering i Kristiansand kommune – Hvordan har Kristiansand kommune organisert hverdagsrehabilitering og hvordan har kommunen lyktes med å integrere rehabilitering i hjemmesykepleien? : Universitetet i Agder ; University of Agder. (Opptrykk.
- Ruud, M. B., & Heggdal, K. (2013). Sykepleie – en balansekunst i rehabiliteringsprosessen. *Klinisk Sygepleje*, 27(03), 31-41
- ER.
- Sundseth, L. (2015). *Hjemmetreneren*. Oslo: Medlex.
- Svindland, M., Henanger, H. H., & Myrmell, R. (2015). Omlegging og endring av tjenestetilbudet i en norsk kommune mot mer hverdagsrehabilitering – hva mener et utvalg ansatte? *Plan*(03-04), 69-70.
- Tjora, A. (2012). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis*: Gyldendal akademisk.
- Tuntland, H., & Ness, N. E. (2014a). Hva er utviklingen og effekten av hverdagsrehabilitering utenfor Skandinavia. I H. Tuntland & N. E. Ness (Red.), *Hverdagsrehabilitering* (s. 170-185). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Tuntland, H., & Ness, N. E. (Red.). (2014b). *Hverdagsrehabilitering*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Tveiten, S. (2012). Empowerment og veiledning - sykepleierens pedagogiske funksjon i helsefremmende arbeid. I Å. Gammersvik & T. Larsen (Red.), *Helsefremmende sykepleie - i teori og praksis* (s. 173-193). Bergen: Fagbokforlaget.
- Vähäkangas, P., Noro, A., & Björkgren, M. (2006). Provision of rehabilitation nursing in long- term care facilities. *Journal of Advanced Nursing*, 55(1), 29-35. doi: 10.1111/j.1365-2648.2006.03885.x
- Waters, K. R., & Luker, K. A. (1996). Staff perspectives on the role of the nurse in rehabilitation wards for elderly people. *Journal of Clinical Nursing*, 5(2), 105-114. doi: 10.1111/j.1365-2702.1996.tb00235.x
- WHO. (2015). *World report on ageing and health*. Hentet 22.04.2016, fra <https://www.who.int>
- Widerberg, K. (2001). *Historien om et kvalitativt forskningsprosjekt*. Oslo: Universitetsforlaget AS.



## Vedlegg 1: Godkjenning fra NSD

Berit Viken  
Fakultet for helse- og sosialvitenskap Høgskolen i Sørøst-Norge  
Papirbredden - Drammen  
3045 DRAMMEN

Vår dato: 06.10.2016  
Deres ref:

Vår ref: 49738 / 3 / IJJ

Deres dato:

### TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 02.09.2016. Meldingen gjelder prosjektet:

49738  
Behandlingsansvarlig  
Daglig ansvarlig  
Student

*Hverdagsrehabilitering - Fra hjelp til selvhjelp  
Høgskolen i Sørøst-Norge, ved institusjonens øverste leder  
Berit Viken  
Linda Marie Johnsen*

Personvernombudet har vurdert prosjektet og finner at behandlingen av personopplysninger er meldepliktig i henhold til personopplysningsloven § 31. Behandlingen tilfredsstillende kravene i personopplysningsloven.

Personvernombudets vurdering forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, ombudets kommentarer samt personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang. Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, <http://www.nsd.uib.no/personvern/meldeplikt/skjema.html>. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://pvo.nsd.no/prosjekt>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 03.07.2017, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Kjersti Haugstvedt  
Ida Jansen Jondahl

Kontaktperson: Ida Jansen Jondahl tlf: 55 58 30 19

Vedlegg: Prosjektvurdering  
Kopi: Linda Marie Johnsen [linda\\_mariej@hotmail.com](mailto:linda_mariej@hotmail.com)



## Personvernombudet for forskning

Prosjektvurdering – Kommentar

Prosjektnr: 49738

### INFORMASJON OG SAMTYKKE

Utvalget informeres skriftlig og muntlig om prosjektet og samtykker til deltakelse. Informasjonsskrivet er godt utformet.

### OPPLYSNINGER OM TREDJEPERSON

I meldeskjemaet var det oppgitt at det skal behandles enkelte opplysninger om tredjeperson. I epostkorrespondanse med student er det imidlertid avklart at studenten i forkant av intervjuene skal snakke med sykepleierne om at de skal snakke generelt om brukerne og kolleger uten å identifisere dem hverken direkte eller indirekte, slik at det dermed ikke vil samles inn personopplysninger om tredjeperson.

### INFORMASJONSSIKKERHET

Personvernombudet legger til grunn at student og veileder følger Høgskolen i Sørøst-Norge sine rutiner for datasikkerhet.

### PROSJEKTSLUTT OG ANONYMISERING

Forventet prosjektslutt er 03.07.2017. Ifølge prosjektmeldingen skal innsamlede opplysninger da anonymiseres. Anonymisering innebærer å bearbeide datamaterialet slik at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes. Det gjøres ved å:

- slette direkte personopplysninger (som navn/koblingsnøkkel)
- slette/omskrive indirekte personopplysninger (identifiserende sammenstilling av bakgrunnsopplysninger som f.eks. bosted/arbeidssted, alder og kjønn)
- slette digitale lydopptak

## Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

### *”Sykepleierrollen i hverdagsrehabilitering”.*

#### **Bakgrunn og formål**

Dette prosjektet er en del av et masterstudie ved institutt for helsefremmende arbeid på fakultetet for helsevitenskap ved campus Vestfold i Høgskolen i Sørøst – Norge. Det gjennomføres av egen interesse.

Formålet med studien er å undersøke hvordan hverdagsrehabilitering i hjemmetjenesten kan påvirke sykepleierrollen.

**Problemstilling:** Hvordan mener et utvalg sykepleiere i hjemmetjenesten i norske kommuner at hverdagsrehabilitering påvirker sykepleierrollen?

**Forskningsspørsmål:** Hvordan deltar sykepleierne i hverdagsrehabilitering? Hvilke oppgaver har sykepleierne fått gjennom hverdagsrehabilitering og hvordan oppleves det? Hvilke muligheter/begrensninger har organiseringen rundt hverdagsrehabilitering gitt for sykepleierne?

Utvalget baseres på frivillig deltakelse av sykepleiere i hjemmetjenesten i en norsk kommune. Undertegnede informerer om prosjektet på møter ved de forskjellige distriktene etter avtale med avdelingsleder. Det blir da delt ut informasjonsskriv og undertegnede deler ut et ark hvor sykepleierne som ønsker å delta kan skrive kontaktinformasjon.

#### **Hva innebærer deltakelse i studien?**

Det innebærer at man deltar i en fokusgruppe satt sammen av maksimalt 6 sykepleiere og 1 leder(undertegnede).

Lederen stiller spørsmål og kommer med kommentarer til det som blir sagt i fokusgruppen.

Fokusgruppene vil være i et lokale i kommunen og gjennomføres én gang. Varigheten er ca. 1 time.

Det blir ikke hentet inn opplysninger om deg fra andre kilder. Det eneste undertegnede trenger å vite om deg er at du er en sykepleier som jobber i en norsk kommune og kjenner til hverdagsrehabilitering.

Spørsmålene vil dreie seg om sykepleierrollen i hverdagsrehabilitering.

Data som kommer frem under fokusgruppen, vil bli registrert på en lydopptaker og gjennom notater og observasjon av medstudent.

## Hva skjer med informasjonen om deg?

Alle personopplysninger behandles konfidensielt. Det er kun undertegnede som har tilgang på lydopptakeren og all informasjon slettes etter godkjent innlevering.

Du vil ikke kunne gjenkjennes i publikasjonen av oppgaven utover at du er sykepleier i en norsk kommune.

Prosjektet skal etter planen avsluttes i juni 2017. Da blir alle personopplysninger, annet datamateriale og opptak slettet og destruert.

### Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien, og du kan når som helst trekke ditt samtykke uten å oppgi noen grunn. Dersom du trekker deg, vil alle opplysninger om deg bli anonymisert.

**Dersom du ønsker å delta eller har spørsmål til studien, ta kontakt med prosjektleder:**

Linda Marie Johnsen. Tlf.: 92260085. Mail: [Linda.Marie.Johnsen@student.hbv.no](mailto:Linda.Marie.Johnsen@student.hbv.no).

### Prosjektleders veileder:

Berit Viken, førstelektor ved Institutt for helsefremmende arbeid. Mail: [Berit.Viken@hbv.no](mailto:Berit.Viken@hbv.no).

Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, NSD - Norsk senter for forskningsdata AS.

## Samtykke til deltakelse i studien

Jeg har mottatt informasjon om studien, og er villig til å delta

-----

---

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

## **Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet**

### ***”Sykepleierrollen i hverdagsrehabilitering”.***

#### **Bakgrunn og formål**

Dette prosjektet er en del av et masterstudie ved institutt for helsefremmende arbeid på fakultetet for helsevitenskap ved campus Vestfold i Høyskolen i Sørøst – Norge. Det gjennomføres av egen interesse.

Formålet med studien er å undersøke hvordan hverdagsrehabilitering i hjemmetjenesten kan påvirke sykepleierrollen.

**Problemstilling:** Hvordan mener et utvalg sykepleiere i hjemmetjenesten i norske kommuner at hverdagsrehabilitering påvirker sykepleierrollen?

**Forskningsspørsmål:** Hvordan deltar sykepleierne i hverdagsrehabilitering? Hvilke oppgaver har sykepleierne fått gjennom hverdagsrehabilitering og hvordan oppleves det? Hvilke muligheter/begrensninger har organiseringen rundt hverdagsrehabilitering gitt for sykepleierne?

Utvalget baseres på frivillig deltakelse av sykepleiere i hjemmetjenesten i en norsk kommune.

#### **Hva innebærer deltakelse i studien?**

Det innebærer at man deltar på et individuelt intervju med undertegnede.

Intervjuet vil være i et lokale i kommunen og gjennomføres én gang. Varigheten er ca. 1 time.

Det blir ikke hentet inn opplysninger om deg fra andre kilder. Det eneste undertegnede trenger å vite om deg er at du er en sykepleier som jobber i en norsk kommune og kjenner til hverdagsrehabilitering.

Spørsmålene vil dreie seg om sykepleierrollen i hverdagsrehabilitering.

Data som kommer frem under intervjuet, vil bli registrert på en lydopptaker og gjennom notater utført av undertegnede.

## Hva skjer med informasjonen om deg?

Alle personopplysninger behandles konfidensielt. Det er kun undertegnede som har tilgang på lydopptakeren og notatene. All informasjon slettes etter godkjent innlevering.

Du vil ikke kunne gjenkjennes i publikasjonen av oppgaven utover at du er sykepleier i en norsk kommune

Prosjektet skal etter planen avsluttes i juni 2017. Da blir alle personopplysninger, annet datamateriale og opptak slettet og destruert.

### Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien, og du kan når som helst trekke ditt samtykke uten å oppgi noen grunn. Dersom du trekker deg, vil alle opplysninger om deg bli anonymisert.

### Dersom du ønsker å delta eller har spørsmål til studien, ta kontakt med prosjektleder:

Linda Marie Johnsen. Tlf.: 92260085. Mail: [Linda.Marie.Johnsen@student.hbv.no](mailto:Linda.Marie.Johnsen@student.hbv.no).

### Prosjektleders veileder:

Berit Viken, førstelektor ved Institutt for helsefremmende arbeid. Mail: [Berit.Viken@hbv.no](mailto:Berit.Viken@hbv.no).

Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, NSD - Norsk senter for forskningsdata AS.

## Samtykke til deltakelse i studien

Jeg har mottatt informasjon om studien, og er villig til å delta

-----

---

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

## **INTERVJUGUIDE FOKUSGRUPPE**

### **PROBLEMSTILLING OG FORSKNINGSSPØRMÅL:**

Hvordan mener et utvalg sykepleiere i hjemmetjenesten i norske kommuner at hverdagsrehabilitering påvirker sykepleierrollen?

Forskningsspørsmål:

1. Hvordan deltar sykepleierne i hverdagsrehabilitering?
2. Hvilke oppgaver har sykepleierne fått gjennom hverdagsrehabilitering og hvordan oppleves det?
3. Hvilke muligheter/begrensninger har organiseringen rundt hverdagsrehabilitering gitt for sykepleierne?

### **ÅPNINGSSPØRMÅL:**

Hvilke tanker har dere om sykepleierrollen i hverdagsrehabilitering? TA EN RUNDE SLIK AT ALLE SIER NOE OM DETTE

Er hverdagsrehabilitering en sykepleieoppgave og evt. hvordan/på hvilke måte? NY RUNDE – STARTE FRA MOTSATT SIDE ENN DET FØRSTE SPØRSMÅLET.

### **HOVEDSPØRSMÅL:**

1. Hvordan synliggjøres sykepleierrollen i hverdagsrehabilitering?
2. Hvordan er sykepleierrollen hos dere tydeliggjort?
3. På hvilken måte kan hverdagsrehabilitering ha påvirket sykepleierrollen?
4. Hvordan kan sykepleierrollen i hverdagsrehabilitering tydeliggjøres?
5. Hvordan er det med tid og ressurser til hverdagsrehabilitering?

### **BACK-UP SPØRSMÅL:**

1. På hvilken måte opplever dere at sykepleierne i hjemmetjenesten integrerer HRH i sykepleierrollen?
2. Da du/dere utdannet dere til sykepleiere, tenkte du på rehabilitering som en oppgave? Hva er årsaken til at du gjorde/ikke gjorde det?

### **OPPSUMMERINGSSPØRSMÅL:**

Avslutningsvis ønsker jeg å høre om det er noe mer dere ønsker å si om dette temaet?



## **INTERVJUGUIDE INDIVIDUELLE INTERVJU/ TEMALISTE**

Problemstilling:

Hvordan mener et utvalg sykepleiere i hjemmetjenesten i norske kommuner at hverdagsrehabilitering påvirker sykepleierrollen?

Forskningsspørsmål:

1. Hvordan deltar sykepleierne i hverdagsrehabilitering?
2. Hvilke oppgaver har sykepleierne fått gjennom hverdagsrehabilitering og hvordan oppleves det?
3. Hvilke muligheter/begrensninger har organiseringen rundt hverdagsrehabilitering gitt for sykepleierne?

### **INTERVJUGUIDE:**

Hvilke tanker har dere om hverdagsrehabilitering?

Hva er hverdagsrehabilitering for dere?

Hva er bra med hverdagsrehabilitering?

Hva er ikke bra med hverdagsrehabilitering?

OM HVERDAGSREHABILITERING

Hvilke oppgaver tenker dere er de viktigste oppgavene til en sykepleier?

Er hverdagsrehabilitering en sykepleieroppgave? På hvilken måte?

Hva er årsaken(e) til at det ikke er en sykepleieroppgave?

Kan hverdagsrehabilitering relateres til sykepleierrollen?

På hvilke måte?

Da dere utdannet dere til sykepleiere, tenkte dere på rehabilitering som en oppgave i yrket?

Er sykepleierrollen i hverdagsrehabilitering tydelig nok?

Hvordan kan sykepleierrollen i hverdagsrehabilitering tydeliggjøres?

ROLLEN

Hva kunne vært gjort annerledes?  
Hva kunne gjort bedre?  
Hva var bra med implementeringen?

} IMPLEMENTERINGEN AV HRH

Er det klart for dere hva oppgavene i hverdagsrehabilitering består av?  
Er det noe informasjon/kunnskap/opplæring om hverdagsrehabilitering som mangler?  
Er brukerne informerte om hva hverdagsrehabilitering er?  
Hvem informerte brukerne/hvorfor ble de informert/ikke informert?  
Har dere fått god nok opplæring/kunnskap om hverdagsrehabilitering?

} KUNNSKAP

Er det tid til hverdagsrehabilitering?  
Har dette gått utover tiden til andre oppgaver?  
Trengs det mer tid/ressurser til hverdagsrehabilitering?

} TID

Har dere eksempler på at dere har bidratt til at brukerne har det bedre etter hverdagsrehabilitering?  
Hva er i tilfelle suksessfaktorene til det?  
Hva er årsakene til at det ikke er noen gode eksempler?

} EVALUERING

Forskningsspørsmålene danner grunnlaget for intervjuguide. Intervjuguiden danner grunnlaget for temainndelingen under analysearbeidet.