



HØGSKOLEN I OSLO  
OG AKERSHUS

**Birgit Stølen**

---

# **«Å føle seg velkommen har mye å si»**

**-en kvalitativ studie om hvordan eldre med kommunal  
rehabiliteringsplass opplever kommunikasjonen med personalet i  
et empowerment perspektiv**

**Masteroppgave i rehabilitering – fordypning barn og eldre**

**Høgskolen i Oslo og Akershus, Fakultet for helsefag**

**Høst 2013**

## **Sammendrag**

For å kunne løse fremtidige utfordringer i forhold til et stort antall økende eldre og deres behov for rehabilitering, er det viktig å få mere kunnskap om hvordan helsepersonell kan kommunisere med eldre på en god måte. Det finnes i dag lite kunnskap om eldres subjektive opplevelse av kommunikasjon i denne sammenhengen. Målet med denne studien er å undersøke *hvordan eldre med kommunal rehabiliteringsplass opplever kommunikasjonen med personalet*.

Studien har en kvalitativ, fortolkende design med intervju og observasjon som metode og er forankret i hermeneutisk og fenomenologisk tradisjon. Analysen er utført ved hjelp av systematisk tekstkondensering. En relasjonell forståelse av kommunikasjon og et empowerment perspektiv er benyttet for å fortolke dataene.

Studien viser hvordan seks eldre mennesker med kommunal rehabiliteringsplass opplever å kommunisere med personalet. Funnene kan i hovedsak beskrives som opplevelsen av å bli forstått eller ikke å bli forstått. Flere faktorer som fremmet opplevelse av god kommunikasjon ble identifisert; tillit til personalet, å føle seg sett og hørt, å motta forståelig informasjon og tilstrekkelig tid til å kommunisere. Faktorer som hindret kommunikasjon var sykdom og redusert kapasitet, og dette ble av informantene oppgitt som årsak til ikke å bli forstått. Ulike forventninger til rehabiliteringsprosessen mellom informantene og personalet førte også til at informantene ikke følte seg forstått. Informantene fortalte om sine følelser i form av å beskrive hvordan de opplevde å være mere sårbare. De viste også mange følelser under intervjuene.

Denne studien viser at følelsesmessig samstemthet var avgjørende for informantenes opplevelse av å ha en god og bemyndigende kommunikasjon med personalet.

Nøkkelord: Eldre, kommunikasjon, rehabilitering, empowerment, følelser.

## **Abstract**

To solve future challenges concerning the growing number of old people and their need for rehabilitation it is important to gain more knowledge of how health care professionals can communicate with older people in a good way. There is currently little knowledge about older people's subjective experience of communication in this context. The aim of this study is to investigate *how older people in a community based rehabilitation unit experience the communication with the healthcare professionals.*

The study has a qualitative, interpretative design. Data collection entailed observations and interviews and has a hermeneutical/phenomenological approach. The interviews are analysed by systematic text condensation. To interpret the data, a relational understanding of communication and a perspective of empowerment has been used.

This study shows how six older people in a community based rehabilitation unit experiences to communicate with the staff. The results mainly describe the experience of being understood or not being understood. Several factors for promotion of good communication was identified; trust in staff, the feeling of being seen and heard, to receive understandable information and adequate time to communicate. The experience of not being understood was related to reduced capacity in the informant because of illness or other functions related to communication. Different expectations between the informants and the staff concerning the rehabilitation process also led to the experience of not being understood. The informants told about their emotions in the way of describing the experience of being more vulnerable. They also showed many emotions during the interviews.

This study shows that emotional coherence was significant for the informants' experience of having good and empowering communication with the staff.

Keywords: Aged, communication, rehabilitation, empowerment, emotions.

# INNHold

## Forord

1.0 INNLEDNING .....	1
1.1 Introduksjon og idé.....	1
1.2 Problemstilling .....	2
1.3 Avgrensning av oppgaven .....	2
2.0 ELDRE OG KOMMUNIKASJON I EN REHABILITERINGSKONTEKST .....	3
2.1 Ulike perspektiver på eldre og aldring .....	3
2.2 Aldersforandringer og andre faktorer som kan påvirke kommunikasjonen hos eldre.....	4
2.3 Eldre og kommunal rehabilitering.....	5
2.4 Sykdom og sårbarhet .....	7
3.0 TIDLIGERE FORSKNING OG TEORETISKE PERSPEKTIVER.....	8
3.1 Bakgrunn for valg av teori.....	8
3.2 Tidligere forskning .....	10
3.3 Hermeneutikk og fenomenologi .....	12
3.4 Et relasjonelt perspektiv på kommunikasjon.....	13
3.5 Empowerment .....	17
3.6 Følelser .....	19
3.7 Oppsummering .....	20
4.0 METODISK ARBEIDSMÅTE OG OVERVEIELSER.....	22
4.1 Design og metode.....	22
4.2 Inklusjonskriterier for studien .....	22
4.3 Egen rolle i studien.....	23
4.4 Innsamling av data.....	23
4.4.1 Observasjon .....	23
4.4.2 Intervju .....	24
4.5 Analyse – systematisk tekstkondensering .....	25
4.6 Kvalitativ forståelse av vitenskapelige kriterier .....	27
4.7 Forskningsetiske vurderinger .....	29
5.0 ELDRES OPPLEVELSER AV Å KOMMUNISERE MED PERSONALET .....	31
5.1 Innledning.....	31

5.2 Informantene og konteksten .....	31
5.3 Presentasjon av resultatene.....	33
5.3.1 «Jeg følte de forstod meg» .....	35
5.3.2 «De forstod ikke mine behov» .....	40
5.3.3 «Det gikk greit etter hvert».....	44
5.3.4 «Det føles litt sårt» .....	45
5.3.5 «Hva som var viktig for meg».....	46
5.4 Oppsummering av resultatene .....	48
6.0 DISKUSJON OG REFLEKSJON – ELDRE, KOMMUNIKASJON OG EMPOWERMENT SOM FØLELSER .....	49
6.1 Fremmede faktorer for bemyndigende kommunikasjon .....	49
6.1.1 Tillit.....	49
6.1.2 Å føle seg forstått, sett og hørt .....	51
6.1.3 Å få forståelig informasjon.....	53
6.1.4 Tid .....	53
6.2 Hindrende faktorer for bemyndigende kommunikasjon.....	55
6.2.1 Redusert funksjon.....	55
6.2.2 Opplevelsen av ikke å bli tatt hensyn til.....	57
6.2.3 Å bli undervurdert .....	58
6.3 Følelser som grunnlag for bemyndigelse .....	59
6.4 Oppsummering av diskusjonen .....	61
6.5 Styrker og svakheter ved studien.....	62
6.6 Implikasjoner for praksis, utdanning og forskning.....	64
7.0 OPPSUMMERING OG KONKLUSJON .....	66

## Litteraturliste

### Vedlegg

- 1) Svar fra REK
- 2) Intervjuguide 1
- 3) Intervjuguide 2
- 4) Informasjonsskriv til avdelingene
- 5) Informasjonsskriv til informantene med samtykkeerklæring

## Forord

Under arbeidet med denne master oppgaven har jeg hatt flere av mitt livs største utfordringer. Det er med en følelse av forundring at jeg leverer «Master'n».

Men uten uvurderlig god hjelp og støtte hadde ikke dette latt seg gjennomføre. Jeg vil først få takke informantene som åpenhertig har gitt grunnlaget til denne studien. Takk også til avdelingsleder og ansatte på avdelingen der forskningen har foregått som modig og åpent har tatt meg imot og alltid svart på mine forespørsler. Dernest vil jeg takke veilederen min, Marie Berg på Sunnaas for enestående oppfølging og forståelse, og hennes utrettelige tro på meg. Det har vært en stor opplevelse å samarbeide med Marie og få et glimt av hennes analytiske blikk. I skriveprosessen har jeg også hatt uvurderlig støtte i «kullingene» mine, spesielt Heidi og Kathrine. Takk for viktig fag-prat og en nødvendig dose humor. Det har vært herlig å bli kjent med dere. På jobben har Annika vært en utrolig forståelsesfull og raus sjef, det har lettet hverdagene. Takk også til alle gode kollegaer på jobb, for å ha overbærenhet med en litt fraværende kollega over lang tid, spesielt takk til Kristin som alltid er positiv og forståelsesfull i forhold til det meste. Jeg ønsker også å takke Stiftelsen Sophies Minde for økonomisk støtte til gjennomføring av prosjektet, det har ikke vært uten betydning.

Sist, men ikke minst: Takk til min kjære Irja som har en ubeskrivelig tålmodighet med mamma'n sin. Takk Rune for å støtte meg helt i mål, og for absolutt alle middagene. Takk til mamma og pappa for at dere er til stede og støtter meg. Takk for tålmodigheten alle gode venner, nå er jeg tilbake!

*Minner om noe noen har sagt sitter dypt hos oss mennesker. Når vi forteller om opplevelser refererer vi ofte til hva vi selv og andre har sagt. Hvordan vi oppfattet det som ble sagt utbroderes med malende adjektiver og tilgjort stemme. Dette er selvsagt helt personlige oppfatninger. Men de er reelle for oss, og betyr noe for hvordan vi opplever situasjonen og relasjonen med den vi snakker med. Intuitivt merker vi oss er klangen i stemmen; hvilken stemning er den vi snakker med i? Er vedkommende til stede i samtalen? Er hun imøtekommende, eller interesserer ikke samtalen henne? Forstår vi hverandre? Har vi respekt for hverandre? Du merker det hvis den andre tviler på det du har sagt, eller egentlig ikke er opptatt av hva du sier. Du merker også hvis det du sier betyr noe og er viktig for den du møter. Du husker hvordan du mestret å samtale med meg. Minnene om disse møtene setter seg i kroppene og gir oss følelsen av hvem vi er.*

## **1.0 INNLEDNING**

### **1.1 Introduksjon og idé**

Eldre med behov for rehabilitering er en stor og litt usynlig gruppe med betydelig behov for tverrfaglige og høykompetente helsetjenester. Etter at samhandlingsreformen trådte i kraft, innebærer det at mennesker med store behov for sammensatt og omfattende helsehjelp blir prisgitt kompetansen i kommunene i større grad enn tidligere. Langtidsplassene på sykehjem og i institusjoner vil bli forbeholdt de aller skrøpeligste. Behovet for rehabilitering av eldre med enten akutt sykdom og skade, eller eldre med kroniske funksjonshemninger vil øke med «eldrebølgen» sammen med kravet om å bo hjemme. Kravet fra brukerne vil handle om rimelig god livskvalitet. Det antas at dette kommer til å bli en utfordring for helsepersonell – og brukerne, som ofte er eldre mennesker. Kommunikasjon og etikk synes å stå sentralt innen for rammene av denne reformen. Forskning sier at brukere av helsetjenester etterlyser mer etikk- og kommunikasjonskunnskap blant profesjonsutøvere i helsevesenet (Fugelli og Ingstad, 2009). En av nøklene til å avhjelpe utfordringene som måtte komme, vil kunne være større bevissthet rundt, og bedre kunnskap om kommunikasjon og hvordan dette fenomenet kan benyttes reflektert og profesjonelt av helsepersonell for å oppnå optimalt samarbeid med og for brukerne. Men uten brukernes perspektiv har den faglige kunnskapen liten verdi.

Erfaringer fra eget arbeid innen rehabilitering med eldre på sykehjem, har skapt stadige refleksjoner rundt hvordan helsepersonell kommuniserer med brukerne. Men også nysgjerrigheten er vekket for hvordan brukerne selv opplever kommunikasjonen med helsepersonellet. Det er skrevet til dels mye om etikk og kommunikasjon for helsepersonell, men svært lite om hvordan brukerne opplever å kommunisere med personalet fra sitt ståsted, og hvorvidt kommunikasjonen bidrar til bemyndigelse («empowerment») for dem det gjelder. Empowerment-aspektet vil i denne oppgaven vektlegges som spesielt viktig, fordi det handler om brukernes forståelse for, og motivasjon til å delta i egen rehabiliteringsprosess. Dette er avgjørende for all vellykket rehabilitering og ikke minst; best mulig livskvalitet med sykdom eller funksjonsnedsettelse i høy alder. I denne masteroppgaven er formålet å få et innblikk i hvordan eldre med kommunal rehabiliteringsplass opplever kommunikasjonen med personalet i et empowerment perspektiv.

## **1.2 Problemstilling**

Spørsmål det er interessant å stille i denne sammenhengen er om eldre med kommunal rehabiliteringsplass opplever å bli tatt på alvor, om de forstår det personalet sier til dem og om det som blir sagt oppleves som respektfullt. Opplever eldre helsepersonell som empatiske? Har helsepersonell tid til å snakke med de eldre og blir de eldre lyttet til? Andre spørsmål det er viktig å stille er hvorvidt eldre opplever å få aksept og forståelse for sin situasjon og om de erfarer å ta del i avgjørelser vedrørende egen helse. På bakgrunn av disse spørsmålene, ønskes det å utforske og beskrive Eldres opplevelser utfra oppgavens problemstilling:

*«Hvordan opplever eldre med kommunal rehabiliteringsplass kommunikasjonen med personalet?»*

Problemstillingen søker å legge vekt på brukerperspektivet og løfte fram denne brukergruppens stemme.

## **1.3 Avgrensning av oppgaven**

Studiens komplekse utgangspunkt fordrer noen avgrensninger for å overholde rammene av oppgaven.

Med denne studien er hensikten å komme fram til nye beskrivelser av det aktuelle fenomenet jamfør Malterud (2003). Studien er utført med seks informanter i en kommunal rehabiliteringsinstitusjon og har ikke ambisjoner om å komme fram til hverken nye begreper eller teorier. Studiens kvalitative design legger ikke opp til å måle effekten av rehabiliteringen, men å utforske brukernes egne opplevelser i forhold til tematikken. Studien begrenser seg til å omhandle kommunikasjon på et mikronivå, mellom individer.

Problemstillingen og teorien er forankret i et empowerment perspektiv. Empowerment perspektivet vil vektlegges på bakgrunn av en bemyndigende og samhandlende forståelse og ikke ta for seg makt begrepet i denne studien. Det vitenskapsteoretiske grunnlaget bygger på hermeneutikk og fenomenologi.



## **2.0 ELDRE OG KOMMUNIKASJON I EN REHABILITERINGSKONTEKST**

I dette kapitlet redegjøres det for bakgrunnen for studiens tematikk og forståelsen av denne. Det er valgt å utdype enkelte områder rundt tema som anses å kunne skape et helhetlig bilde av bakteppet for denne studien.

### **2.1 Ulike perspektiver på eldre og aldring**

Aldring er en prosess alle mennesker gjennomgår når tilstrekkelig alder oppnås (Sletvold og Nygaard, 2012). Likevel er det forskjellige innfallsvinkler til å forstå aldring med utgangspunkt i ulike fagfelt. Aldring ses gjerne i et biologisk, psykologisk eller sosiologisk perspektiv (Sletvold og Nygaard, 2012). Innen hvert fagfelt finnes forskjellige teorier som forklarer årsak til aldring.

Biologisk aldring er knyttet til det kroppslige med fokus på funksjon og endringer i celler, organer og bevegelsesapparatet, men kan også knyttes direkte til psykiske funksjoner, spesielt gjennom forandringer i hjernen (Daatland og Solem, 2011). Også endringer i sanseapparatet som redusert syn og hørsel er kjente fenomener knyttet til biologisk aldring, men kan også være relatert til psykologisk aldring utfra hvilket perspektiv det ses i (Daatland og Solem, 2011). Det eksisterer ulike teorier om årsaken til biologisk aldring (Sletvold og Nygaard, 2012). De fleste er på molekyl-nivå og få av teoriene har maktet å integrere all kunnskapen på området i en teori. Men det kan sies med sikkerhet at med høy alder øker risikoen for skrøpeligheit og redusert funksjon (Sletvold og Nygaard, 2012).

I motsetning til det biologiske perspektivet, der aldersforandringene ofte opptrer som svekkelser, beskrives aldring i et psykologisk perspektiv som en stabil størrelse dersom helsetilstanden er rimelig god (Daatland og Solem, 2011). Med psykologisk aldring er fokuset rettet mot individets mentale kapasitet, hvordan personen tilpasser seg den biologiske aldringen, samt opplevelse av endringer i selvfølelse og emosjoner, endringer i behov og adferd (Daatland og Solem, 2011). Med lang levetid oppstår imidlertid utfordringer knyttet til endring av roller, livsinnhold og helse og funksjon (Nordhus, 2012). Selv om personer med samme levealder kan oppleves å tilhøre forskjellige generasjoner, vil disse likevel ha den samme historiske bakgrunnen som knytter dem sammen. Det ses også et stort spenn i eldres kognitive og intellektuelle kapasitet som i stor grad påvirker hvordan personen oppleves generelt og hvorvidt personen oppfattes som gammel. Det samme gjelder i hvilken grad eldre selv ønsker og har mulighet til å opprettholde sine roller og deltagelse i sosiale

sammenhenger. Psykologisk aldring endrer seg gjerne i takt med biologiske og sosiale endringer (Nordhus, 2012).

Et sosiologisk perspektiv på aldring handler ikke om de enkelte individene, men hvordan samfunnet ser på aldring og alderdom (Daatland og Solem, 2011). Hvorvidt eldre mennesker betraktes som en ressurs eller byrde for samfunnet vil få konsekvenser for eldre ettersom andelen eldre vil øke betraktelig i nær framtid (Christensen, 2012). I praksis kan dette blant annet få betydning for hvilke prioriteringer som legges til grunn for helse-tjeneste tilbudet for eldre. Også psykologien og sosiologien har teorier i forhold til aldring. Disse har fokus på Eldres roller i eget liv og i samfunnet, samfunnets holdninger til eldre, livsløp, gerotranscendence<sup>1</sup> og aktivitet (Bergland og Krohne, 2012). De mest kjente teoriene er Tilbaketrekningsteorien og Aktivitetsteorien (Bergland og Krohne, 2012).

Den individuelle opplevelsen av å bli eldre vil variere med tid, sted og sammenheng (Daatland og Solem, 2011). Uavhengig av perspektiv, inntreffer alderdom individuelt avhengig av påvirkning fra de ulike perspektivene (Nordhus, 2012). Forståelsen for de individuelle forskjellene blant mennesker med høy alder må være toneangivende for å unngå stigmatisering og diskriminering av gruppen som betegnes som eldre (Nordhus, 2012)

## **2.2 Aldersforandringer og andre faktorer som kan påvirke kommunikasjonen hos eldre**

Med høyere alder inntreffer hos mange hindringer som tap av energi, hukommelse, konsentrasjonsevne (Heap, 2002). Hørsel og syn kan svekkes og dermed evnen til effektiv og nyansert kommunikasjon. Dette kan føre til at den eldre oppfattes som sløv og lite interessert (Heap, 2002). De vanligste årsakene til kommunikasjonsproblemer hos eldre er; slag, Alzheimer, vaskulær demens, Parkinson, depresjon og traumatiske hodeskader (Squires og Hastings, 2002). Eldre som pasienter er ofte sårbare fordi de har flere sykdommer, er sterkt svekket og får komplisert behandling (Hjort, 2010). Biologisk aldring fører normalt til endring i et individs kommunikasjon (Squires og Hastings, 2002). Dette ses som forandringer i kognitive evner, sensorisk-motoriske funksjoner, og bevegelsesapparatet. Det kan gjøre seg gjeldende ved at det ses forandringer ved former for kognisjon som støtter språket og/eller nedsettelse av den form for kognisjon som understøtter forståelse og bruk av språk.

---

<sup>1</sup> Gerotranscendence er en teori utviklet av den svenske professoren i sosiologi, Lars Tornstam, om aldring som en positiv prosess (<http://www.soc.uu.se/research/research-projects/gerotranscendence/>).

Forståelsen for kompleks syntaks, komplisert setningsoppbygging og språkbruk reduseres ved økende alder (Squires og Hastings, 2002).

Kognitiv svikt er en viktig årsak til problemer med kommunikasjon blant eldre (Nygaard, 2012). Flere årsaker kan ligge til grunn for kognitiv svikt, samt at graden av kognitiv svikt er svært varierende (Squires og Hastings, 2002). I forbindelse med å gi uttrykk for smerter, kan kommunikasjonsvansker som følge av kognitiv svikt vise seg i form av uttrykk som irritabilitet, uro, apati, vandring, spisevegring eller aggressivitet hos eldre pasienter (Nygaard, 2012). Andre årsaker til kommunikasjonsproblemer blant syke eldre kan også være depresjon, angst og talevansker (Nygaard, 2012). Uavhengig av årsak vil det optimale målet i samhandlingen mellom fagutøver og bruker i en rehabiliteringssammenheng, være å redusere utfallene av de sosiale ulempene ved kommunikasjonsproblemer og optimalisere brukerens potensiale for kommunikasjon (Squires og Hastings, 2002).

### **2.3 Eldre og kommunal rehabilitering**

Eldre vil ofte etter sykdom eller skade oppleve redusert funksjonsnivå (Nygaard og Birkedal, 1992). Noen kommer seg gjennom opptreningsfasen på egenhånd, men mange har behov for hjelp til å mestre hverdagen, enten ved å komme tilbake til tidligere funksjonsnivå eller ved å mestre hverdagen på en ny måte. Dette er store utfordringer for alle det gjelder og enda mer krevende i høy alder eller med komplekst sykdomsbilde (Nygaard og Birkedal, 1992). Eldre med kommunal rehabiliteringsplass er i mange tilfeller preget av komorbiditet, som vil si et sammensatt sykdomsbilde, og går under betegnelsen «skrøpelige eldre» (Bergland og Krohne, 2012). Rehabilitering av eldre individer må ses i forhold til biologisk, psykologisk og sosial aldring. Det vil ofte være behov for å utføre medisinsk behandling parallelt med rehabiliteringsprosessen i arbeid med eldre mennesker (Bergland og Krohne, 2012). Dette uttrykker hvor kompleks rehabiliteringsprosessen for eldre kan synes.

I Stortingsproposisjon nr. 1((2007-2008). *Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering 2008–2011*) pekes det blant annet på at det ytes et vesentlig omfang av rehabiliteringstjenester i kommunene og hvordan store deler av disse leveres som kommunale helse- og omsorgstjenester. Av tjenestene som settes i sammenheng med rehabilitering, nevnes praktisk bistand og opplæring, støttekontakt, hjemmesykepleie, omsorgsboliger og alders- og sykehjem. Videre vektlegges sykehjem som kommunale rehabiliteringsinstitusjoner. I den sammenheng poengteres det at korttids rehabiliteringsplasser i sykehjem vil imidlertid bare

dekke rehabiliteringsbehovet for noen grupper (St. prop. nr.1 (2007-2008). *Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering 2008–2011*).

Etter innføringen av Samhandlingsreformen er kommunene ytterligere ansvarlige for å ivareta innbyggernes helsetjenester, deriblant rehabilitering (St.meld. nr. 47 (2008-2009). *Samhandlingsreformen*). Alternativene for hvordan hver enkelt kommune velger å organisere tilbudet varierer mellom de ulike kommunene (St. meld. nr. 21 (1998-99) *Ansvar og meistring*). Rehabiliteringstilbudet er ofte lokalisert i tilknytning til et sykehjem, enten som en egen avdeling eller som enkelte plasser på sykehjemmets korttidsavdeling (Statens helsetilsyn, 9/2010). Varigheten av tilbudet er varierende ut i fra behov, men erfaringsmessig tildeles dette gjerne som et opphold av to ukers varighet, med mulighet for forlengelse. Kommunal rehabiliteringsplass er et begrep som anses å dekke mulighetene eldre med rehabiliteringsbehov har for rehabilitering innenfor det kommunale systemet. Plass i kommunal rehabiliteringsinstitusjon tildeles i de fleste kommuner etter bestemte kriterier ([www.sykehjemsetaten.oslo.no](http://www.sykehjemsetaten.oslo.no)). I Stortingsmelding nr. 21 er de kommunale sykehjemmenes funksjon som arena for rehabilitering av eldre gitt en viktig rolle (St. meld. nr. 21 (1998-99) *Ansvar og meistring*). *Hjemme rehabilitering* og *Hverdagsrehabilitering* er begreper i vekst ([www.regjeringen.no](http://www.regjeringen.no)). Flere kommuner oppretter ambulante rehabiliteringsteam som reiser hjem til brukerne som følge av opptakten til økningen av den eldre befolkningen. Det kan synes som det er eldre med komorbiditet og stort rehabiliteringsbehov som i størst grad blir tildelt kommunal rehabiliteringsplass i tilknytning til institusjon. Møtet mellom rehabilitering som spesialisert fagfelt og kommune avdekker komplekse utfordringer. Likevel bør fortsatt verdighetsgarantien<sup>2</sup> være gjeldende.

Rehabilitering kjennetegnes blant annet av å definere klare mål og at brukeren selv deltar aktivt i prosessen (Helsedirektoratet, 2010). For mange eldre er deltakelse i egen behandling fremmed. Nygaard og Birkedal (1992) konkluderer i sin studie *Rehabilitering i sykehjem – erfaringer fra en tre års periode*, med at det er sjeldent eldre mennesker har en klar målsetning for et rehabiliteringsopphold og heller ikke alltid er klar over hvilke funksjoner som er avgjørende for å kunne komme tilbake til eget hjem. I sammenheng med rehabiliteringskonteksten kan det sterke fokus på egen innsats fra brukeren være utfordrende, Det hevdes å være viktig å styrke brukerens motivasjon i rehabiliteringsprosessen (Wyller,

---

<sup>2</sup> Verdighetsgarantien er en tverrpolitisk forskrift som trådte i kraft fra 1. jan. 2011. Forskriftens verdigrunnlag bygger på at den enkelte tjenestemottaker skal sikres et verdig og så langt som mulig liv i samsvar med individuelle behov. «Tjenestetilbudet skal innrettes i respekt for den enkeltes selvbestemmelsesrett, egenverd, og livsførsel og sikre at medisinske behov blir ivaretatt». (Aakre, 2012)

2012). Motivasjonsarbeidet i rehabiliteringsprosessen kan gjøres ved at den eldre personen fastsetter oppgaveorienterte mål (Squires og Hastings, 2002). Erfaringene underbygger viktigheten av at eldre med kommunal rehabiliteringsplass har et stort behov for tilpasset kommunikasjon for å kunne nyttiggjøre seg av rehabiliteringen og bli i stand til å delta i egen rehabiliteringsprosess. Aktiv støtte, blant annet i form av tilpasset kommunikasjon, anbefales når det er fare for redusert autonomi i form av forvirring, maktesløshet og enhver som ikke effektivt kan handle for seg selv (Squires og Hastings, 2002).

## **2.4 Sykdom og sårbarhet**

Sykdom eller skade ligger til grunn for rehabilitering av eldre mennesker. For noen er det snakk om et enkelt brudd som leges og oppleves som en litt ergerlig, men forbigående hendelse. Andre kan oppleve samme type brudd som skjebnesvangert og uoverkommelig. I sårbarhetsmodellen (Rockwood m. fl., 2010), blir sårbarhet beskrevet som resultatet av en vekselvirkning mellom en persons personlige ressurser og omgivelsenes støtte, som sammen med biologiske karakteristika utgjør summen av helse (Rockwood m. fl., 2010). Det viser seg at å være avhengig av bistand fra omgivelsene øker individets sårbarhet selv om personens personlige ressurser er konstante (Rockwood m. fl., 2010). Pasienter som opplever å være avhengige av hjelp oppgir blant annet å føle maktesløshet, tap av kontroll og resignasjon (Strandberg, Nordberg og Jansson, 2003). Det viser seg likevel å ha mye å si hvordan hjelpen utøves for hvordan det oppleves å motta hjelp (Martinsen, 2010). I rehabiliteringsprosessen vil sårbarhet hos brukeren være en sentral faktor å ta hensyn til for å oppnå optimalt resultat for brukeren og personalet. Når dette er sagt, synes det likevel viktig å poengtere at til tross for at eldre med kommunal rehabiliteringsplass ofte er i en sårbar posisjon har alle ressurser det er viktig å ta utgangspunkt i.

Dette utgangspunktet fører videre til teorien som benyttes i studien.

### **3.0 TIDLIGERE FORSKNING OG TEORETISKE PERSPEKTIVER**

I dette kapittelet rettes fokus mot det teoretiske aspektet i studien. Først utdypes valg av teori og deretter gjøres det rede for tidligere forskning i forhold til tema. Videre presenteres teorien som vil benyttes til å belyse resultatene senere i studien og hvordan den blir brukt. Kapittelet avsluttes med en oppsummering.

#### **3.1 Bakgrunn for valg av teori**

Valg av teoretiske referanseramme gjøres i sammenheng med hva det er ønske om å belyse i en kvalitativ studie (Malterud, 2003). Den teoretiske referanserammen har betydning for hvilke valg som tas gjennom forskningsprosessen. Den farger forskerens forståelse av materialet, gir retning til prosjektet og blir bestemmende for anvendelsen av begreper (Malterud, 2003).

Det teoretiske perspektivet og utgangspunktet for valg av teori er koblet til valget av kvalitativ metode. På bakgrunn av det snevre utvalget som ble funnet om forskning direkte knyttet til temaet, ble det valgt å ty til faglitteratur i større grad enn tenkt i utgangspunktet framfor å søke videre etter forskning på de enkelte temaene, for så å syntetisere forskningen. Med valget av teori er det søkt å vise hvordan studiens problemstilling og tema kan begrunnes og diskuteres. I arbeidet med denne studien er det valgt å benytte flere teoretiske innfallsvinkler for å belyse resultatene i diskusjonen. Studien har et hermeneutisk-fenomenologisk overordnet perspektiv.

Utgangspunktet for å benytte hermeneutikk som teoretisk perspektiv er valgt på bakgrunn av tema for oppgaven der forståelsen av hvordan kommunikasjon fungerer og opplevelser rundt dette står sentralt. Kildene for å presentere hermeneutikken er hentet fra pensumlitteraturen til studiet Master i rehabilitering og baserer seg på Magdalene Thomassen (2007) og Sidsel Lægreid og Torgeir Skorgen (2006) som alle gir en klar sammenfatning om den grunnleggende forståelsen av hermeneutikken og presenterer sentrale hermeneutikere. Hermeneutikken er benyttet som en forståelsesmodell og innfallsvinkel til studien og materialet. I tilknytning til både forarbeid og innsamling av data og i analysen gir det hermeneutiske perspektivet grunnlag for valg som er tatt og hvilke resultater som er vektlagt på bakgrunn av det som handler om det språklige og kommunikative i studien. Derimot presiseres det at det er valgt å utelate og benytte den metodiske hermeneutikken i form av kritisk lesning og metaforenes betydning, med begrunnelse i oppgavens rammer. Det samme gjelder også det som betegnes som kritisk hermeneutikk med bakgrunn i oppgavens

eksplorerende design. Denne grenen av hermeneutikken tar for seg forhold som ulikheter i makt og oppgavefordeling, samt undertrykkelsesforhold vi ikke er bevisste om hvordan fungerer (Thomassen, 2007). Tolkning og fortolkning med støtte fra teorien er på sin side benyttet som en del av metoden for å bringe klarhet til resultatene (Thomassen, 2007).

Det fenomenologiske perspektivet i studien er først og fremst knyttet til analysemetoden ved å benytte systematisk tekstkondensering (Malterud, 2003). Undersøkelser av fenomener knyttet til menneskelige erfaringer og livsverden danner grunnlag for å benytte fenomenologi som perspektiv og systematisk tekstkondensering som metode. Kirsti Malterud har fra sitt ståsted som professor i allmennmedisin vært en betydelig bidragsyter til den kvalitative forskningen, spesielt innen helsefag og medisin. Særlig interessant synes innfallsvinkelen i forhold til de vitenskapelige kriteriene (Malterud, 2002). De vitenskapelige kriteriene får en nærmere gjennomgang i kap. 4.

For å kunne utforske hvordan eldre opplever kommunikasjon er det valgt å ha fokus på tre forskjellige innfallsvinkler til temaet kommunikasjon for å dekke kompleksiteten i tilnærmingen. 1) En filosofisk innfallsvinkel er valgt med perspektivene fra Løgstrup og Skjervens tenkning sammenfattet av Kari Martinsen (2002) i artikkelen «Samtalen, kommunikasjonen og sakligheten i omsorgsyrkene» om dialog. 2) En faglig-teoretisk innfallsvinkel i form av kommunikasjon relatert til forskjellige tema (Thornquist, 2009), samt teori om relasjonell forståelse av kommunikasjon og Fireperspektiv modellen for kommunikasjon (Røkenes og Hanssen, 2012). Og til slutt; 3) Teori om kommunikasjon fra et tverrfaglig ståsted innen gerontologien (Hjort, 2010), da kommunikasjonen det her er snakk om er spesialisert og tilknyttet dette fagfeltet.

Empowerment perspektivet fungerer i studien som det etiske grunnlaget (Askheim og Starrin, 2007, Askheim, 2012, Stang, 2009). I forhold til funnene, er empowerment benyttet for å undersøke hvilke aspekter av, eller hvordan kommunikasjonen med personalet som kunne oppleves som fremmende eller hemmende for informantene (Heggdal, 2008, Stang, 2009, Thornquist, 2009). Empowerment begrepets sentrale rolle i rehabiliteringsfeltet forstått som mestring, ligger også til grunn for å knytte begrepet til oppgaven (Askheim og Starrin, 2007, Askheim, 2012). I studien benyttes også begrepet bemyndigelse basert på en relasjonell forståelse synonymt med empowerment (Stang, 2009). To studier med fokus på empowerment (Aujoulat m.fl., 2006) og (Wikman og Fältholm, 2006) er også valgt for å ha et blick på empowerment fra forskningens side.

Underveis i arbeidet med studien oppstod behovet for å se nærmere på fenomenet følelser. Følelser synes å være essensielt i mange av informantenes beskrivelser, og således å være et sentralt emne for å belyse resultatene. Teori knyttet til emosjoner presenteres gjennom deler av professor Cato Wadels arbeid (Wadel, 1996). Han har skrevet om følelser i relasjoner. Tilnærmingen hans er filosofisk og knytter seg opp mot hermeneutikken og filosofen Martin Heidegger. Derfor er også Heidegger benyttet i forhold til denne studien for å belyse det Heidegger omtaler som *å være stemt/ ustemt* i forhold til andre mennesker. Hvordan emosjoner og empowerment kan sies å ha en sammenheng er belyst med teori om emosjonssosiologi (Dahlgren og Starrin, 2004).

### **3.2 Tidligere forskning**

Ved søk i databasene Medline, Cinahl, Swemed+ og Cochrane ble det identifisert noen få studier som handlet om hvordan eldre med behov for helsehjelp og/eller rehabilitering opplever kommunikasjonen med helsepersonell, kun en av studiene omfattet eldre med kommunal rehabiliteringsplass. Søkeordene som er benyttet er *aged, communication, rehabilitation* og *empowerment* i forskjellige kombinasjoner. Senere søk har heller ikke gitt flere resultater med denne tematikken.

En av de få tematisk relaterte studiene som ble funnet, handler om hva pasienter ved en geriatrisk rehabiliteringsavdeling opplever at bidrar til god rehabilitering (Hvalvik, 2008). Studien ble gjennomført på en korttids rehabiliterings avdeling, som mest sannsynlig er kommunal. Bruker perspektivet er framtrødende, men studien har ikke fokus på kommunikasjon. Likevel viste studien at brukerne satte pris på kontakten med personalet og måten personalet behandler pasientene på. (Hvalvik, 2008). Funnene i studien til Hvalvik er relevante i forhold til å kunne underbygge og utvide brukerperspektivet til denne studien.

Gørill Haugan Hovdenes' (2002) artikkel om pleier-pasient relasjonen i sykehjem er basert på en kvalitativ studie der eldre sykehjemsbeboeres<sup>3</sup> livsverden er undersøkt med fokus på deres opplevelse av mening og meningsløshet i hverdagen. I denne studien ble det avdekket flere funn knyttet til hvordan informantene opplevde kommunikasjonen med personalet. Informantene oppga blant annet hvordan de opplevde at personalet objektiverte pasientene og hadde liten tid til å bistå i situasjoner som for eksempel toalett-besøk. Dette påvirket

---

<sup>3</sup> Et av kriteriene for informantene i denne studien var å ha sykehjem som permanent bosted (Hovdenes, 2002)



informantene i negativ retning og ga dem liten opplevelse av mening i livet (Hovdenes, 2002). Studien til Hovdenes er relevant med tanke på at funnene kan understøtte denne studiens funn. Brukerperspektivet på kommunikasjon er hentet fra studien til Ekdahl, Anderson og Friedrichsen (2009) som tar for seg skrøpelige eldre og deres preferanser for deltagelse i egen behandling under sykehusopphold (Ekdahl m.fl., 2009). Å delta i kommunikasjon er en krevende aktivitet for individer med høy alder og sykdom. Flere forskjellige faktorer som spiller inn både i den gamle selv og av utenforliggende karakter ble oppgitt av informantene som hemmende for kommunikasjon (Ekdahl m.fl., 2009). Dette er viktig å merke seg for å kunne forstå hvordan skrøpelige eldre deltar i kommunikasjonen og avgjørelser vedrørende egen helse. Informantene i studien oppga at pasientdeltakelse for dem betød å motta informasjon og god kommunikasjon (Ekdahl m.fl., 2009). Manglende tid og høyt tempo var et eksempel som ble rapportert som kommunikasjonshindringer av eldre pasienter, i tillegg til faktorer som direkte var knyttet til personene selv. Blant faktorene som hindret kommunikasjon ble språklige problemer oppgitt. Når leger snakket svensk med aksent, ble det av enkelte oppgitt som et forhold som vanskeliggjorde kommunikasjon, og dermed gjorde deltakelse vanskelig å oppnå for informantene (Ekdahl m.fl., 2009). Når flere leger var involvert i behandlingen og la fram forskjellige behandlingsstrategier gjorde dette det vanskeligere for pasientene å følge med på tankegangen og planene som legene la. En annen årsak til å delta mindre var når pasientene opplevde personalet som travle. Pasientene oppga da at de deltok mindre i avgjørelser på grunn av mindre tid til å kommunisere (Ekdahl m.fl., 2009). I sammenheng med eldre og rehabilitering kan forståelse for brukernes ønske om grad av medvirkning være utslagsgivende for reell pasientmedvirkning eller ikke. Eldre ønsker i forskjellig grad å delta i avgjørelser vedrørende egen helse (Ekdahl m.fl., 2009). Enkelte er aktive deltakere i kommunikasjon med personalet og får i stor grad informasjonen de ønsker, mens andre ikke stiller spørsmål, men ønsker heller ikke å ta del i egen behandling. Derimot ses det en mellomting mellom disse ytterpunktene hos en gruppe som ønsker mer informasjon og deltakelse. Blant disse oppgis det at de må stille spørsmål selv for å få informasjonen de ønsker. Flere syntes dette kunne være vanskelig. Denne gruppen ville i større grad delta i egne behandlingsspørsmål (Ekdahl m.fl., 2009). Flere av resultatene i studien kan tenkes å kunne belyse flere aspekter i diskusjonen senere i denne studien.

I forhold til forskningen som er funnet, vil kunnskap om hvordan eldre med kommunal rehabiliteringsplass opplever kommunikasjonen med helsepersonell og hvorvidt kommunikasjonen bidrar til empowerment, bidra til å supplere forskning på et område det er

svært lite forsket på. Det er kunnskapshull i forhold til denne typen tematikk, og det er et stort behov for forskning på dette området (Kunnskapssenteret, 2010). Det er ikke funnet forskning med samme innfallsvinkel.

Nyere forskning med fokus på kommunikasjon mellom eldre i helseinstitusjon og helsepersonell er gjerne rene språkanalyser der tolkningen sier noe om hvordan kommunikasjonen kan oppfattes, men ikke hvordan den oppleves fra et brukerperspektiv. Studiene er gjerne diagnosespesifikke, knyttet til slag, diabetes, kreft og lignende. Mye av forskningen som tar for seg kommunikasjon mellom helsepersonell og eldre med behov for helsehjelp eller rehabilitering er 25-30 år gammel. Muligheten for at begrepet «kommunikasjon» er byttet ut med mer moderne begreper som «relasjonskompetanse», «allianse», «samhandling» e.l. innen nyere forskning er til stede. Men søk med denne typen begreper kombinert med «eldre», «rehabilitering» og «empowerment» har ført til et magert utvalg av studier. Behov for oppdatert forskning synes å være tilstede.

### **3.3 Hermeneutikk og fenomenologi**

Hermeneutikkens vesen ligger i det å forstå og forklare (Thomassen, 2007). I utgangspunktet gjaldt det skriftlige tekster, mens i nyere tid er hermeneutikken utviklet til også å ta for seg alle typer menneskelig kommunikasjon, og også selve forståelsen av hva det vil si å være menneske (Thomassen, 2007). Utgangspunktet for oppgaven kan karakteriseres som en hermeneutisk tanke. Ønsket om å øke forståelsen og kunnskapen om hvordan språk og kommunikasjon på en bestemt arena kan oppleves er knyttet til hermeneutikken gjennom tema og selve målet med oppgaven som er og utforske hvordan eldre med kommunal rehabiliteringsplass opplever kommunikasjonen med personalet. Som en av vår tids største hermeneutikere Hans-Georg Gadamer hevdet, er alt som kan bli gjenstand for menneskelig erfaring og bevissthet, også er innrettet mot språkliggjøring og forståelse (Thomassen, 2007, Lægreid og Skorgen, 2006).

I oppgaven danner hermeneutikken refleksjonsgrunnlaget for flere områder, blant annet forståelsen av egen forforståelse og forståelsen av informantgruppa. Lægreid og Skorgen (2006), presenterer i sin utgivelse om hermeneutikk de store trekkene, samt de mest sentrale filosofene innen hermeneutikken. Gadamers dialektiske forståelse av kunnskapsdanning ligger til grunn for hvordan intervjuprosessen i denne oppgaven genererte ny kunnskap gjennom dialogen mellom intervjuer og informant. Disse tankene underbygger forståelsen for hvordan informantenes uttalelser stadig fortolkes av tilhøreren og forklarer viktigheten av å

undersøke innholdet i materialet for å forstå det som faktisk sies ved å stille oppfølgingsspørsmål og være i dialog med informantene og materialet. Mellom hvert av intervjuene ble kunnskapen som oppstod i etterkant av et intervju, benyttet som ny forforståelse i den neste intervjusituasjonen.

Også metodiske valg er begrunnet på bakgrunn av hermeneutikkens forståelse av hvordan utvidelse av horisonten fører til ny kunnskap. Tanken om hvordan observasjonene gir innsikt i måten informantene og personalet på avdelingen kommuniserer med hverandre, fører til ny forforståelse og kunnskap som tas med inn i intervjuene med informantene. Under arbeidet med analysen er det valgt å bruke hermeneutikken, sammen med fenomenologien, som en inspirasjon til å være i dialog med materialet, og søke forståelse gjennom bevegelse mellom de forskjellige nivåene i analysen fram mot utarbeidelsen av den ferdige resultatdelen i oppgaven. Den hermeneutiske pendel og den hermeneutiske spiral er andre bilder på hvordan hermeneutikken fungerer og forklarer hvordan den er benyttet i denne sammenhengen (Thomassen, 2006).

Den fenomenologiske innfallsvinkelen til studien bygger først og fremst på benyttelsen av systematisk tekstkondensering som analytisk redskap. Analysemetoden er fundert på Amedeo Giorgis fenomenologiske analyse og bearbeidet av Malterud (Malterud, 2003). Målet med fenomenologisk analyse er å utvikle kunnskap om informantenes erfaringer og livsverden innen et spesifikt område eller tema og er relevant for tverrgående deskriptiv analyse hentet fra et beskrivende materiale med ulike informanter (Malterud, 2003). Ved å undersøke hvordan eldre med kommunal rehabiliteringsplass opplever kommunikasjonen med personalet, beskrev informantene en rekke erfaringer med fenomenet som ble gjort til gjenstand for fortolkning for å komme fram til hva informantene egentlig mente med det de sa. På denne måten er fenomenologien (erfaringene) blandet sammen med hermeneutikken (fortolkningen) i denne studien. Filosofen Edmund Husserl beskrev grunntanken i fenomenologien om menneskelig erfaring som *direkte opplevelse av helhetlige, meningsbærende fenomener* (Thomassen, 2007). Vitenskapelige undersøkelser med fenomenologisk forankring tar utgangspunkt i verden fra et subjektivt perspektiv, for eksempel fra brukere og pasienters ståsted (Thomassen, 2007).

### **3.4 Et relasjonelt perspektiv på kommunikasjon**

For å kunne utforske hvordan eldre opplever kommunikasjon er det valgt å ha fokus på tre forskjellige innfallsvinkler til temaet. 1) En filosofisk innfallsvinkel er valgt med

perspektivene fra Løgstrup og Skjervheims tenkning sammenfattet av Kari Martinsen (2002) i artikkelen «Samtalen, kommunikasjonen og sakligheten i omsorgsyrkene» om dialog. 2) En faglig teoretisk innfallsvinkel i form av kommunikasjon relatert til forskjellige tema (Thornquist, 2009), samt teori om relasjonell forståelse av kommunikasjon og Fireperspektiv modellen for kommunikasjon (Røkenes og Hanssen, 2012). Og til slutt; 3) Teori om kommunikasjon fra et tverrfaglig ståsted innen gerontologien grunnet det spesialiserte behovet for kommunikasjon i denne sammenhengen.

Kari Martinsen (2002) sammenfattet i sin artikkel om samtalen filosofene Hans Skjervheim og Knut Løgstrup sine tanker rundt kommunikasjon og samtale mellom mennesker. Skjervheim beskrev den tre-leddete relasjon som betegner hvordan vi møter hverandre når vi samtaler (Martinsen, 2002). Jeg og den andre, sier han, er felles om noe tredje – altså saken vi snakker om. Jeg og den andre er subjekter i forhold til samme sak. Subjektene er likeverdige og lar seg engasjere av det den andre sier og begge kommer med egne synspunkter, som slettes ikke behøver å være sammenfallende med den andres, men tas opp på en ærbødig måte som forteller den andre at du har respekt og tiltro til det den andre sier. Hvis den ene derimot ikke engasjerer seg og bare konstaterer at den andre sier noe, oppstår det en to-leddet relasjon. Vi deler ikke samme sak og er i hver våre verdener (Martinsen, 2002). Hvis det bare konstateres at den andre sier noe kan det virke undertrykkende og true samtalen. I følge Skjervheim, er dette en måte å objektivere den andre på når vi gjør det den andre sier til fakta. Dette kan føre til bagatellisering av det den andre sier. Objektivering forklares som en angrepholdning ovenfor den andres forståelse, meninger og vurderinger. Er den andre sterk tar han igjen, og det blir snakk om den sterkeste rett (Martinsen, 2002).

Martinsen (2002) omtaler også fenomenet Løgstrup kaller urørlighetssonen i sin artikkel. Om et menneske røres innenfor sin urørlighetssone er det en krenkelse mot dets integritet og handler om respekt for andres grenser. Som en motsetning til urørlighetssonen er åpenheten. Det ene fenomenet er avhengig av det andre for å holde liv i vår tilværelse som Løgstrup sier. Han forteller om samtalsens vanskelige vilkår med tillukkethet på den ene siden og åpenmunnethet på den andre. Begge deler er truende for samtalen og kan få den til å opphøre (Martinsen, 2002). Urørlighetssonen uten åpenhet blir til tillukkethet, og åpenhet uten respekt for urørlighetssonen fører til tankeløs og taktløs åpenmunnethet. Samtalen må ha noen ytre rammer for at vi skal kunne vise at vi anerkjenner hverandre. Vanligvis møter vi andre med tillit. Vi trenger verken å forsvare oss eller angripe. Det vi felles samtaler om hindrer angrep på hverandres urørlighetssoner (Martinsen, 2002). Både Skjervheim og Løgstrup er

opptatt av måten å samtale på (Martinsen, 2002). Løgstrups innfallsvinkel er sanselig og kroppslig og betegner fenomenet tale med musikalske uttrykk som tone og språkets musikk, klang og rytme, sier Martinsen (2002). Dette er viktige komponenter i samtalen sammen med det Løgstrup kaller geberden. Geberden er et kroppslig fenomen som understøtter talen sammen med gester og minen. Tonen og geberden sier noe om en persons tilstedeværelse og bygger opp under de faktiske ordene. Tonen og geberden kan avdekke usannheter og uttalte budskap. Å lytte til tonen i det den andre sier, kan hjelpe en til å forstå hva han snakker om (Martinsen, 2002).

Professor i fysioterapi, Eline Thornquist har lenge befattet seg med kommunikasjon mellom brukere og helsepersonell. Hennes bakgrunn som fysioterapeut, vises gjennom tilnærmingen til det kroppslige og fenomenologien som bindes sammen med kommunikasjon. I denne sammenhengen er det valgt ikke å fokusere på kroppen, men hente ut temaer hun har skrevet om i forbindelse med kommunikasjon. Thornquist (2009) fremhever brukerperspektivet og det relasjonelle i sin tilnærming til kommunikasjon og samhandling mellom klienter og helsepersonell. Dette gjør hun ved å sette fokus på hvordan helsepersonell har et ansvar for, og innehar en ledende rolle, for å minimere asymmetrien mellom partene. Ved å la klienten komme til orde og lytte til og ta i betraktning det klienten beretter om, vil praksis funderes på et mer klientsentrert grunnlag enn det er tradisjon for i helsevesenet (Thornquist, 2009).

Empowerment er også et tema hun befatter seg med. I denne sammenhengen fokuserer hun på behovet for en mer relasjonell forståelse av empowerment begrepet og advarer mot kunnskapsarroganse i helsevesenet ovenfor pasienter og brukere (Thornquist, 2009).

Thornquists innfallsvinkel til kommunikasjon ligger svært nært forståelsen av hvordan kommunikasjon forstås i denne studien og bidrar dermed til å underbygge flere av funnene. I forhold til tillit har Thornquist (2009) noen interessante betraktninger det er verd å merke seg når det gjelder å rose andres prestasjoner. Temaene som er hentet fra Thornquist (2009) er relatert til kommunikasjon og flere av funnene som diskuteres i kap. 6.

Fire-perspektivmodellen for kommunikasjon beskriver hvordan møtet mellom mennesker kan oppleves utfra fire posisjoner som betegnes som grunnleggende for all kommunikasjon og samhandling innenfor rammene av en kontekst (Røkenes og Hanssen, 2012). Denne forståelsen av kommunikasjon er basert på en relasjonell forståelse, som innebærer at de kommuniserende står i forhold til hverandre og sine omgivelser og situasjonen de er i (Røkenes og Hanssen, 2012). Egenperspektivet er representant for hvordan vi opplever verden utfra vår personlighet, egne erfaringer, holdninger og kunnskap (Røkenes og Hanssen, 2012).

Dette perspektivet presenterer vårt personlige blikk som alle bærer med seg til enhver tid og møter og forstår verden med. De fleste av informantene snakket om situasjonen de var i ut fra et egenperspektiv og hvilke forhold som spiller inn for kommunikasjonen mellom dem selv og personalet. Informantene tilkjennega også forståelse for personalets perspektiv i intervjuene, selv om det ikke er fremtredende i materialet. I fire-perspektivmodellen viser dette til det som kalles Andreperspektivet. Andreperspektivet er perspektivet til det mennesket du møter og som kommuniserer fra sitt perspektiv. Dette kan være likt eller svært forskjellig fra ditt eget perspektiv (Røkenes og Hanssen, 2012). Det tredje og fjerde perspektivet i fire-perspektiv modellen handler om det som er fellesskapet i kommunikasjonen. Det tredje perspektivet er den intersubjektive opplevelsen sammen med den andre parten. Mens det fjerde perspektivet er metaperspektivet, eller Samhandlingsperspektivet der det handler om å se situasjoner uten i fra og for eksempel snakke om hvordan vi snakker (Røkenes og Hanssen, 2012). Modellen benyttes i denne studien som grunnlag for forståelse av det relasjonelle perspektivet på kommunikasjon. Odd Harald Røkenes og Per-Halvard Hanssen er begge psykologer og spesialister i klinisk psykologi.

I forbindelse med tematikken rundt kommunikasjon og tid er det hentet kunnskap fra faglitteraturen. Professor i familierapi Per Jensen og høgskolelærer Inger Ulleberg (2011) har flere gode poenger i tilknytning til dette.

Fra et geriatrisk ståsted er Professor i gerontologi, Per Hjort (2010) valgt å representere fagfeltet. Vinklingen hans i forhold til eldre viser både en medisinsk og en sosiologisk forståelse og kan i denne sammenhengen supplere studien, spesielt i forhold til sykdom og sårbarhet blant eldre. Han er opptatt av hvordan eldre i mange tilfeller marginaliseres i samfunnet, og tar til orde for å styrke brukerperspektivet i eldreomsorgen. Han poengterer hvordan det er helsepersonellens ansvar at den eldre pasienten får uttrykt seg og kommunisert det han eller hun har på hjertet (Hjort, 2010). Fra praksis er det et kjent forhold at eldre pasienter ofte skulle ønske at personalet hadde bedre tid til å sette seg ned og prate. Pasienter opplever at de ikke får anledning til å bidra med egne opplysninger, ønsker og behov på grunn av travelheten i avdelingene. Hjort understreker at god kommunikasjon er skreddersøm tilpasset personen og situasjonen (Hjort, 2010).

Phd. i sykepleievitenskap, Kristin Heggdal, har på bakgrunn av sin forskning utviklet en teori og modell – Kroppskunnskaping – som beskriver prosessen til brukere, pasienter og klienter gjennomgår i arbeidet med å gjenvinne hverdagen, helse og velvære i forbindelse med

sykdom. Forskningen bygger på erfaringer fra et brukerperspektiv. Det ligger et stort og udekket behov for samtaler med helsepersonell hos mennesker med kroniske lidelser (Heggdal, 2008). Brukeren vil uttrykke seg med sitt eget språk som det er viktig at helsepersonell godkjenner som gyldig uttrykk for virkelig kunnskap. I kommunikasjon og samtale må ordene til begge parter veie like tungt for at samtalen skal kunne være en dialog. Å få anledning til å fortelle sin historie betegnes som grunnleggende for opplevelsen av sammenheng og dermed mestre utfordringer ved langvarig sykdom og funksjonssvikt (Heggdal, 2008). Denne kunnskapen synes viktig å innlemme i arbeid også med eldre med kommunal rehabilitering, for å tydeliggjøre hvor viktig det er å lytte til deres stemme i en travelt hverdag.

### **3.5 Empowerment**

Som etisk dimensjon handler bemyndigelsesbegrepet i en relasjonell forståelse om holdninger som speiler en interesse for ivaretagelse av og respekt for enkeltmenneskets rett til å ta egne avgjørelser for å opprettholde kontroll i eget liv (Stang, 2009). Gjennom en relasjonell forståelse av bemyndigelse er det primært fokus på bemyndigelsesprosessen med støttende og samarbeidende partnere framfor den resultatorienterte forståelsen der målet er overføring av makt til individet. Bemyndigelse i et relasjonelt perspektiv vektlegger endringer i omgivelsene like mye som endringer i personen, formålet med bemyndigelsesprosessen er å legge til rette for fordeling av ressurser, samspill mellom individ og samfunn der samarbeid er essensielt (Stang, 2009).

Empowerment begrepet er i historien og litteraturen knyttet til svært ulike aktører og betydninger (Askheim og Starrin, 2007). Den opprinnelige forståelsen av begrepet Empowerment er relatert til empowerment forstått som Motmakt. Det ble benyttet av frigjøringsbevegelsen for svarte, feminister og homofile gjennom -60 og -70-tallet. Forståelsen av motmakts begrepet er ikke minst knyttet til den brasilianske pedagogen Paulo Freire og hans arbeid for frigjøringen og arbeidet med å løfte verdigheten av og for fattige landarbeidere (Askheim og Starrin, 2007). Senere er begrepet benyttet i helt andre sammenhenger. Markedsliberale har benyttet seg av empowerment begrepet til reklamering av produkter for å gi forbrukere og konsumenter følelsen av økt makt til å gjøre valg i jungelen av produkter (Askheim og Starrin, 2007).

I sammenheng med denne studien, ses empowerment perspektivet som en innfallsvinkel til å forstå hvordan informantene kan oppleve å bli bemyndiget gjennom kommunikasjonen med

personalet. Empowerment i forbindelse med et helse-perspektiv, vil kunne belyse informantenes opplevelser av kommunikasjon med personalet som bemyndigende eller ikke. De siste tretti årene er det innen helsevesenet i stadig større grad vært et økt fokus på brukermedvirkning, klientsentrert arbeid og pasientrettigheter (Thornquist, 2009). Orienteringen mot det individuelle har vært anslagsgivende for helse- og sosialsektoren som i samfunnet forøvrig. Fordelingen av hvem som besitter kunnskapen er jevnere fordelt mellom brukere og fagpersoner, og der brukernes kunnskap om egen kropp og egne ønsker i større grad forstås som viktig. Pasientene har fått rettigheter som har gjort brukernes egen kunnskap betydningsfull i behandlingsøyemed. Med dette har brukere av helsetjenestene fått muligheter de tidligere ikke hadde til å ta del i avgjørelser vedrørende egen helse (Thornquist, 2009). Den terapeutiske tilnærmingen legger vekt på å styrke individets evne, gi makt til å gjøre egne valg og bestemme i forhold til egen kropp i motsetning til å være passive mottakere av helsetjenester (Askheim, 2012).

Fra forskningsfeltet er det valgt to studier knyttet til spørsmålet om empowerment. Wikman og Fältholm (2006) har i en studie om bemyndigelse av pasienter, undersøkt pasienters opplevelse av egen deltagelse og innflytelse i en rehabiliterings kontekst. Studien ble utført i kommunehelsetjenesten med fokus på fysioterapi og beslutningstaking. Informantene var under pensjonsalder. Funnene viser hvordan informantene veksler mellom å innordne seg i systemet og å være mere selvhevdende. Studien konkluderer med at informantene ikke var oppmerksomme på muligheten for i større grad å kunne delta og ha innflytelse på avgjørelser i egen rehabiliteringsprosess. Enkelte av aspektene i studien vil diskuteres i kap. 6 i forhold til bemyndigelse.

Aujoulat, d'Hoore og Deccache (2006) har undersøkt betydningen av pasient-empowerment i teori og praksis gjennom en oversiktsstudie. I hovedsak omhandler artiklene kronisk syke voksne og pasient bemyndigelse av terapeutisk karakter. Artiklene som inngår i oversiktsstudien er både av kvalitativ og kvantitativ karakter. Det er valgt å benytte denne artikkelen i diskusjonen da resultatene gir et bredt syn på hvordan empowerment forstås og benyttes i praksis. Enkelte av disse resultatene vil kunne belyse funnene i denne studien fra flere perspektiver.

Rehabiliteringsfeltet er sterkt knyttet til empowerment tenkningen (Askheim, 2012, Thornquist, 2009). Som nevnt tidligere, står Stortingsmelding 21. fra 1998 fremdeles



sentralt i forståelsen av ansvarsfordelingen mellom helsepersonell og brukere av rehabiliteringstjenesten i kommunene (Thornquist, 2009). Makt skal overføres fra helsepersonell til bruker gjennom dialog og terapi for å bemyndige brukeren til å ta avgjørelser og valg vedrørende egen helse (Thornquist, 2009). Helsepersonellet i seg selv med sin kunnskap er likestilt med brukeren og dens kunnskap (Askheim og Starrin, 2007). Sammen med brukermedvirkning, står tanken om mestring sentralt i rehabiliteringsfeltet. Med bistand fra helsepersonell skal brukeren bli i stand til å mestre egenomsorg og deltakelse i samfunnet (Askheim og Starrin, 2007). Denne forståelsen synes å være en grunnleggende holdning i dagens praksis. Empowerment som dialog og gjennom dialog beskrives av den brasilianske pedagogen Paulo Freire (Heggedal, 2008). Dialog er essensielt for å komme fram til erkjennelse av eget ståsted, dette beveger mennesket i frigjørende retning (Freire, 1999). Heggedal (2008) hevder dialogens funksjon er å styrke (empower) personens helsefremmende ressurser. I denne sammenheng vil dette kunne benyttes til å reflektere rundt flere av informantenes utsagn om opplevelser de har med kommunikasjon med personalet. Til forskjell fra dialogen synliggjør Robert Adams (2008) Den stumme hjelpen (mutual help) og hvordan mutual help genererer empowerment gjennom støtten som følge av at individer, grupper eller organisasjoner møtes og utveksler kunnskap og erfaringer. I arbeid med å bemyndige (empower) eldre mennesker på det individuelle planet, legges det vekt på viktigheten av å involvere personen i å gjøre rede for sin egen situasjon, samt å anerkjenne og benytte personens egen kunnskap i forhold til avgjørelser i helse-spørsmål (Adams, 2008).

### **3.6 Følelser**

Følelser knyttet til sykdom er beskrevet i ulike sykdoms-/tilfriskningsfasemodeller. Stress som følge av uvisshet i forbindelse med sykdom, påvirker hvordan en tilpasser seg situasjonen og hindrer mestring (Heggedal, 2008). Derav kan følge reaksjoner som tap av selvfølelse og selvrespekt, skam, ydmykelse og fornedring (Dahlgren og Starrin, 2004). Den type følelser ses ofte i sammenheng med sykdom. Uro er kanskje den følelsen som oftest er koblet til sykdom (Dahlgren og Starrin, 2004).

Sosialantropolog og professor, Cato Wadel, har i flere av sine arbeider beskjeftegt seg med fenomenet følelser. I *Følelsenes sosiologi* fra 1996 setter han blant annet spørsmålstegn ved det individualiserte syn på følelsene. Han beskriver hvordan følelsene er et forhold mellom mennesker som skapes gjennom samhandling og samvære (Wadel, 1996). Følelsene er således et felles anliggende og må ses som en relasjonell størrelse. Med denne forståelsesbakgrunnen forklares hvilken betydning måten å samhandle på kan ha en dyp

innvirkning på følelsene til de samhandlende. Han beskriver hvordan vårt forhold til andre er bestemmende for våre følelser og at alle relasjoner er følelsesforhold som vi hele tiden har flere av i form av alle vi er i relasjon til. Våre egne følelser er avhengige av våre forestillinger om hvilke følelser samhandlingspartnerne våre har. Hvordan menneskets følelsesliv er knyttet til vår *væren-i-verden* beskrives som stemtheter og det som gir mening i livet (Wadel, 1996). Med dette knytter Cato Wadel forståelsen av følelser opp mot hermeneutikken og hermeneutikeren Heidegger. Stemthet er overskridende sansing og erfaring, det er bestemmende for hvordan vi forstår oss selv og verden vi er i, i følge Heidegger (Wadel, 1996). Mennesket beveger seg mellom forskjellige former for stemthet, men kan aldri komme utenfor stemthet. Likevel kan følelsesmessig ustemthet oppstå. Ustemthet i relasjon til seg selv eller andre forklares av Wadel (1996) som å være følelsesmessig uten nærvær. Dersom følelsen av ustemthet blir overveldende, vil opplevelsen av angst kunne oppstå (Wadel, 1996).

Forbindelsen mellom empowerment og følelser er beskrevet av den svenske professoren i sosialt arbeid Bengt Starrin (Starrin, 2007) som har skrevet om og forsket innen emosjonssosiologi i en årrekke. Emosjonell energi forklares med begrepene skam og stolthet og har en forbindelse til og er medvirkende i prosessen som hemmer eller fremmer empowerment (Dahlgren og Starrin, 2004). Gjennom møter og samhandling med andre fylles eller tømmes individet for emosjonell energi i enten positiv eller negativ retning. Hva som er rett og galt gjør seg gjeldende i denne sammenheng og påvirker individet til å ta avgjørelser og valg i form av handlekraft og initiativ ved følelse av stolthet og det motsatte ved skamfølelse; redusert evne og vilje til initiativtaking (Dahlgren og Starrin, 2004). Hvorvidt dette sammenfaller med materialet vil belyses i diskusjonen.

### **3.7 Oppsummering**

I dette kapittelet er det gitt en presentasjon av teorien som vil ramme inn diskusjonen av de sentrale resultatene i studien. Først ble det gjort rede for begrunnelser for valg av teori i denne studien. Deretter ble det vist at det ikke er funnet forskning med sammenfallende tema som denne studien. Tidligere forskning som ble presentert har derfor kun relatert tematikk. Siden ble det lagt fram hvordan hermeneutikk og fenomenologi fungerer som grunntanke for studien i sin helhet og ellers er benyttet gjennomgående i studien. Det relasjonelle perspektivet på kommunikasjon ble presentert gjennom fire-perspektiv modellen for kommunikasjon. Tilnærmingen til kommunikasjon er også vist utfra et filosofisk og tverrfaglig perspektiv. Empowerment er framstilt fra en terapeutisk og relasjonell vinkling, og avslutningsvis ble det presentert teori om følelser hentet fra sosiologien. I kapittel 6 diskuteres resultatene i en

sammenheng der empowerment og følelser vil stå sentralt. Før dette er det imidlertid hensiktsmessig å presentere metodikken i oppgaven.

## **4.0 METODISK ARBEIDSMÅTE OG OVERVEIELSER**

I dette kapittelet begrunnes de metodiske valgene, samt at det vil redegjøres for inklusjons- og eksklusjonskriteriene for informanter, egen rolle i studien og hvordan innsamlingen av data er foretatt. På bakgrunn av systematisk tekstkondensering gjøres det rede for gangen i analysen. I pkt. 4.6 ses de vitenskapelige kriteriene i lys av en kvalitativ forståelse og samtidig vil det reflekteres kritisk over metodiske valg. Kapittelet avsluttes med og forskningsetiske vurderinger som beskrives og begrunnes.

### **4.1 Design og metode**

For best å kunne besvare oppgavens problemstilling er det valgt en kvalitativ beskrivende design med intervju og deltagende observasjon som metode. Studien er forankret i hermeneutisk og fenomenologisk tradisjon med begrunnelse i ønsket om å utforske informantenes opplevelser og erfaringer. For ytterligere å løfte fram brukerperspektivet i studien er det valgt å knytte tematikken til et empowerment perspektiv. Oppgaven benytter seg også av andre teoretiske perspektiver som kan bidra til å belyse problemstillingen; *Hvordan opplever eldre med kommunal rehabiliteringsplass kommunikasjonen med personalet?*

### **4.2 Inklusjonskriterier for studien**

Inklusjonskriteriene for studien er et strategisk utvalg av 5-8 eldre (65+) menn og kvinner som av ulike somatiske årsaker som kronisk lidelse, operasjon, akutt sykdom eller skade har kommunal rehabiliteringsplass i Akershus fylke og som var planlagt utskrevet til hjemmet etter endt opphold. Informantene måtte være kognitivt i stand til å kunne delta i intervjuene ved å ha innsikt i- og kunne reflektere rundt egen situasjon og å ha samtykkekompetanse. Utvelgelse og rekrutteringen av informanter ble i utgangspunktet utført av avdelingslederen i samarbeid med personalet på bakgrunn av inklusjonskriteriene. Forståelsen for utvelgelse av informanter ble nøye lagt fram for avdelingsleder i forhold til egnethet (Holland, 2005). Alle brukere som fikk plass på avdelingen i datainnsamlingsperioden ble vurdert om de var aktuelle for å delta i studien. Alle brukere som fylte kriteriene for inklusjon i studien ble spurt om å delta. Åtte informanter takket ja til å delta i studien, mens to takket nei. Av de åtte som takket ja falt to informanter fra studien. Den ene på grunn av forverring i medisinsk tilstand, og den andre informanten viste seg allikevel ikke å fylle kriteriene for inklusjon.

### **4.3 Egen rolle i studien**

Forforståelse – eller fordommer står sentralt i den hermeneutiske forståelsen (Lægreid og Skorgen, 2006). Dette er den kunnskapen du i utgangspunktet har i møte med det nye, som du bringer med deg og forstår det ukjente med (Lægreid og Skorgen, 2006). Utgangspunktet for egen forforståelse var en antagelse om at det er liten bevisst kunnskap blant personalet i forhold til hvordan de benytter språket til å bemyndige brukerne i kommunale rehabiliteringsinstitusjoner. Denne antakelsen ble grunnlaget for å undersøke hvordan brukerne på en kommunal rehabiliteringsavdeling opplever kommunikasjonen med personalet.

Som forskerstudent med bakgrunn i ergoterapi var det et naturlig valg å gjøre studien fra et brukerperspektiv for å få økt kunnskap fra dette ståstedet. Ergoterapiens syn på mennesket beskrives som aktivt deltagende i samspill med omgivelsene og et av målene med ergoterapi er å bidra til å bemyndige mennesker til å være kompetente og tilfredse i egen tilværelse (Duncan, 2006). Fra egen praksis som ergoterapeut på en korttids avdeling med rehabiliteringsplasser på et sykehjem, er tematikken i studien kjent, vel og merke fra et erfarings basert ståsted som en del av personalet. Derfor kjentes det som viktig å innta en mest mulig åpen holdning til informantene, deres beskrivelser og data. I fenomenologisk metode etterstrebes det å tre ut av sin egen forforståelse (*bracketing*) (Malterud, 2003). I møte med virkeligheten er dette likevel en utopi (Malterud, 2003). Egen erfaring med brukergruppa informantene er hentet fra, bidro til opplevelsen av å være kjent i terrenget. For en kliniker er det viktig å inneha feltkunnskap når forskning med strategisk utvalg skal påbegynnes (Malterud, 2003).

### **4.4 Innsamling av data**

To rehabiliteringsavdelinger i tilknytning til sykehjem i Akershus ble kontaktet med forespørsel om tillatelse til å gjennomføre studien. Begge avdelingene sa seg villig til å delta, men kun en avdeling fulgte opp videre forespørslar. Data ble innhentet i løpet av en fem måneders periode på en kommunal rehabiliteringsavdeling i tilknytning til et sykehjem i Akershus fylke i løpet av perioden informantene var innskrevet. Brukergruppen der var eldre mennesker, med hovedvekt på alderen 65 +.

#### **4.4.1 Observasjon**

Tidlig i prosessen ble det vurdert å gjennomføre studien kun med observasjon som metode, men forslaget ble forkastet på bakgrunn av at brukerens egen røst ikke ville komme fram på

samme måte som den gjør gjennom å intervju informantene (Kvale og Brinkmann, 2009). Observasjonene ble utført i henhold til Kathrine Fangens beskrivelser av deltagende observasjon som tilgang til å forstå deltakerens verden. Metoden ble brukt for å fange opp det som informantene kanskje ikke ville snakke om, eller utelot fordi de selv kunne anta enkelte hendelser som uvesentlige (Fangen, 2010). Observasjonene ble benyttet som grunnlag for å kunne snakke om konkrete situasjoner med informantene under intervjuene og til å skape tillit mellom forsker og informant. Omfanget av observasjonene ble tilpasset avdelingens rutiner og informantenes timeplan og avtaler. Det ble utført observasjoner på dagvakt både hverdag og helg med forskjellige yrkesgrupper og informantene. Det var fokus på observasjoner som kunne fortelle noe om hvilken opplevelse brukeren måtte ha av kommunikasjonen med personalet. Det førte til at det ble gjennomført to observasjonssituasjoner av hver informant, med unntak av en informant som ble observert i en situasjon, i tilfeldig valgte situasjoner. Det ble tatt observasjonsnotater så raskt som mulig i etterkant av hver situasjon av hva som ble sagt og gjort i henhold til Fangen (2010). Notatene ble tatt ute av syne for informantene ved at forsker trakk seg tilbake på for eksempel et vaktrom eller lignende.

#### **4.4.2 Intervju**

Intervjuene ble utført på basis av Kvale og Brinkmanns teori om kvalitative forskningsintervju med vekt på å la informantene få anledning til å fortelle i henhold til deskriptive intervjuer (Kvale og Brinkmann, 2009). Intervjuene ble gjennomført på deltakernes rom på avdelingen etter å ha forespurt informantene, for å unngå forstyrrelser.

Det ble benyttet en semistrukturert intervjuguide som inneholdt temaene det var ønske om å belyse, samt forslag til spørsmål (vedlegg 2.), for å få fram informantenes opplevelser av kommunikasjonen med helsepersonell. Intervjuguiden ble revidert en gang etter det andre intervjuet for å fokusere mer på konkrete opplevelser og situasjoner (vedlegg 3.). Målet med intervjuguiden var å få intervjuene deskriptive i størst mulig grad og at informantene ble oppmuntret til å fortelle om sine opplevelser. Intervjuguiden ble brukt som et grunnlag og ramme for samtalene, men ble ikke fulgt slavisk.

I forkant av intervjuene ble det gjennomført et pilotintervju på egen arbeidsplass.

Pilotintervjuet ga verdifull innsikt i hvilke utfordringer som kunne komme og var således en nyttig erfaring å ta med seg videre.

Observasjonene som ble utført i forkant av intervjuene ble benyttet i forbindelse med intervjuene som grunnlag for å snakke om konkrete situasjoner.

Under intervjuene stod problemstillingen sentralt. Spørsmålene som ble stilt ble formulert på forskjellige måter for å dekke flere sider av problemstillingen og forskningsspørsmålene. Det informantene snakket om ble forsøkt utdypet med hjelp av oppfølgingsspørsmål. Likevel opplevdes det utfordrende å intervju informantene. Inntrykket var at informantene til stadighet unngikk spørsmålene de fikk, og heller fortalte om andre ting som opptok dem. I intervjusituasjonen følte dette frustrerende og tanken om at intervjuene var ubrukelige var til stede. Samtidig som det var viktig å beholde retningen på intervjuene, var det avgjørende å sikre informantens tillit til forsker, for å oppnå reell informasjon. Balansegangen mellom å lytte til hva informantene fortalte om og å føre retningen på intervjuene var utfordrende. Intervjuene varte i 30-50 min., og ble tatt opp på lyd. Flere av informantene ga uttrykk for at de ble slitne under intervjuene. Enkelte intervjuer ble derfor avsluttet etter relativt kort tid. Lydopptakene vil slettes når oppgaven er ferdig skrevet, og senest et år etter opptak.

Fra forskerens side var det viktig å være varsom for om informantene skulle føle seg ille til møte som følge av spørsmålene og ikke å gå videre med temaer i tilfeller der informantene ga inntrykk av ubehag.

#### **4.5 Analyse – systematisk tekstkondensering**

Intervjuene er analysert ved systematisk tekstkondensering i henhold til Malterud (2003). Analysen ble foretatt ved å følge hovedtrekkene Malterud beskriver i hvordan metoden gjennomføres i fire trinn: 1) å danne seg et helhetlig inntrykk. 2) å identifisere meningsbærende enheter. 3) å abstrahere innholdet i de meningsbærende enhetene. 4) å sammenfatte betydningen av dette (Malterud, 2003).

1. Ved å transkribere intervjuene ga det rikelig anledning til å bli kjent med materialet. I arbeidet med å få en oversikt, er det viktig å møte materialet med størst mulig grad åpenhet og minst mulig forutnelser for å få et realistisk bilde av hva materialet handler om (Malterud, 2003). Intervjuene ble transkribert etter hvert som de ble gjennomført, og fortrinnsvis mellom hvert av intervjuene. Transkripsjonene er gjort så nært opp til ordrett som mulig, for i størst mulig grad å forhindre forhastede tolkninger på dette stadiet i analysen. Prosessen det var å gjøre transkripsjonene ble opplevd som verdifull. Det ble gjort oppdagelser i forhold til hva informantene sa som ikke kom tydelig fram under intervjuene. Denne prosessen ga også større innsikt i egen tilnærming til informantene og utførelse av intervjuene. Dette var verdifull læring som ble benyttet under de senere intervjuene. De transkriberte intervjuene ble lest igjennom flere ganger for å få et helhetsinntrykk av hva informantene faktisk fortalte.

2. Arbeidet med å finne meningsbærende enheter består i å gå systematisk igjennom materialet linje for linje på leting etter utsagn som kan belyse problemstillingen (Malterud, 2003). Etersom de meningsbærende enhetene identifiseres, sorteres de under de ulike temaene. Denne prosessen betegnes som koding. Kodene tar utgangspunkt i temaene fra tidligere i analysen (Malterud, 2003). Med utgangspunkt i intervjuguiden ble det opprettet temaer som sorterte hva informantenes utsagn handlet om. I første runde var det tre temaer som ble benyttet; Ulike opplevelser av kommunikasjonen med personalet, Ulike uttrykk for å formidle opplevelse av kommunikasjon og De sanne følelsene. Det ble identifisert meningsbærende enheter ved å markere utsagn i de transskriberte intervjuene som kunne handle om forskjellige opplevelser av kommunikasjonen med personalet. Allerede på dette stadiet i analysen måtte tekstene tolkes for å komme fram til hvorvidt de ulike beskrivelsene og utsagnene handlet om opplevelse av kommunikasjon med personalet eller ikke og hvorvidt de kunne favnes av et av temaene.

3. De ulike kodene fikk betegnelsene: Ulike opplevelser av kommunikasjonen med personalet, Beskrivelser av personalet og Møtet med avdelingen, Erfaringer med å være bruker, Hva som var viktig for meg og De viktige tingene som ble sagt. Ved flere gjennomganger av materialet der enkelte utsagn ble vurdert i forhold til hvor de passet inn, begynte det etter hvert å danne seg kategorier med subkategorier. Denne framgangsmåten skal fokusere spørsmålene våre til materialet (Malterud, 2003). Kategoriene utkrystalliserte seg ved å favne de mest sentrale funnene i studien som best syntes å besvare problemstillingen. Subkategoriene fungerte som finsorterings grupper og bidro også til å luke ut tekst som ikke var aktuell for videre analyse, eller for å flytte og eventuelt slå sammen funn og subkategorier. De mest sentrale funnene ble vurdert til å være sammenfallende funn fra flere informanter. Men også funn fra kun en informant ble beregnet til å være et funn av betydning dersom informanten uttrykte et tema spesielt sterkt, eller der temaet var tilbakevendende igjennom intervjuet.

4. Sist i analysen ble de opprinnelige kategoriene videreført som overskrifter for å foreta en sammenfatning av materialet ved å skrive det ut som presentasjonen av resultatene. I presentasjonen av resultatene er det lagt vekt på å formidle informantenes stemme, gjennom å forsøke og formidle deres opplevelser så nært opp til de opprinnelige intervjuene som mulig. Denne siste fasen i analysen er en rekontekstualisering av materialet og er produktet som skal gi leseren innsikt og forståelse av informantenes situasjon og opplevelser (Malterud, 2003).



Prosesen ble fulgt opp av veileder som kom med flere viktige innspill underveis. Grunnlaget for de valg som er gjort i analysen er basert på hermeneutisk og fenomenologisk forståelse. Dette viser seg blant annet i valg av kategoriene der det er lagt vekt på informantenes forståelse av kommunikasjon, men også opplevelsen av kommunikasjonen med personalet. I analysen av intervjuene ble det funnet at informantene enkelte ganger ga uttrykk for vanskelig situasjoner ved å beskrive sin egen situasjon som vanskelig framfor å si direkte at de opplevde det vanskelig å kommunisere med personalet. Disse fortellingene ble tolket til å kunne forstås som at dette var vanskelig å snakke åpent om for informantene og derfor kom ut som omskrivninger.

Fig. 1. Eksempel på analyseprosessen

Meningsbærende enhet	Kondensert transkripsjon	Kode	Sub kategori	Kategori
Int: Syntes du det var greit at det ble tatt opp og...?	«Ja, jeg synes det var greit at det ble tatt opp for da hadde jeg jo vært ærlig da.	Ulike opplevelser av kommunikasjonen med personalet	Jeg får god informasjon og hjelp	«Jeg følte de forstod meg»
Int: Ja	jeg jo vært ærlig. Men det var jo hun som hjalp meg til å være ærlig, da» s.7,D5			

#### 4.6 Kvalitativ forståelse av vitenskapelige kriterier

De vitenskapelige kriteriene i kvalitativ metode har vært gjenstand for kritikk på bakgrunn av den kvalitative metodens natur med kun å ta i bruk begrunnelser for valg som grunnlag for

vitenskapelig gyldighet. På bakgrunn av oppgavens metodiske tilhørighet, er det valgt å se oppgavens vitenskapelige kriterier i lys av Malteruds begrepsavklaring i henhold til en kvalitativ begrepsforståelse. Relevans, validitet og refleksivitet er begrepene Malterud (2002) benytter i sin artikkel om kvalitative metoder i medisinsk forskning og som benyttes her.

Studiens relevans begrunnes i forhold til kunnskapshullet som er identifisert i forhold til studiens tematikk og problemstilling. Med tanke på hvor mange eldre som er innlagt i kommunale rehabiliteringsinstitusjoner, og hvor viktig det er for dem å kommunisere med helsepersonell har denne studien høy relevans. Denne forståelsen av relevans kan underlegges betegnelsen klinisk relevans (Malterud, 2002). Resultatene kan forhåpentligvis bidra til å øke forståelsen for hvordan eldre opplever kommunikasjonen med helsepersonell. Denne kunnskapen synes relevant for både erfarne og fremtidig helsepersonell. Forholdet til relevans som vitenskapelig kriterium handler om hvorvidt kunnskapen kan tilføre noe nytt (Malterud, 2003).

Refleksivitet beskrives som de forutsetningene som ligger til grunn for kunnskapsutviklingen (Malterud, 2002). Studiens refleksivitet begrunnes med oppgavens formål og beskrivelsene som finnes av studiens referanseramme og teoretiske perspektiv, samt beskrivelse av egen rolle i studien og egen forforståelse i henhold til Malterud (2002).

Validiteten er utført gjennom flere ledd i studien. Dette handler om gyldigheten av forskningen (Malterud, 2002). I følge Malterud (2003) er det i kvalitativ forskning viktigere å beskrive og ta stilling til hva kunnskapen er gyldig om, enn om kunnskapen i seg selv er sann. Observasjonene ble ikke underlagt analyse, men ble validert gjennom å diskutere funn i observasjonene med informantene jamfør Fangen (2010).

Intervjuene er vurdert og validert på bakgrunn av en prosessvalidering beskrevet av Kvale og Brinkmann (2009). Validering er utført fra planleggingsstadiet til gjennomføringen av intervjuene og i etterarbeidet. Det er stilt spørsmål til og reflektert rundt de syv stadiene i intervjuprosessen som Kvale og Brinkmann (2009) har beskrevet. Det ble også trukket fram aspekter fra kommunikativ validering i gjennomføringen av intervjuene (Kvale og Brinkmann, 2009). Gjennom å stille spørsmål til informantene om deres egentlige oppfatning og utforske gyldigheten av et utsagn, oppstod det i et tilfelle ny innsikt og kunnskap for både informant og intervjuer.

Analysen av data er utført i henhold til vitenskapelig gyldig kvalitativ metode. I denne prosessen er kategorier og temaer gjort til gjenstand for refleksjon og diskusjon med veileder. Validiteten av resultatene er styrket med sitater hentet fra intervjuene med informantene. Resultatene ble ytterligere validert gjennom å presentere og diskutere funnene i en tverrfaglig fokusgruppe med personalet i avdelingen der intervjuene ble utført. Funnene ble gjenkjent og anerkjent i gruppen bestående av avdelingsleder, tre fysioterapeuter, en hjelpepleier og en sykepleier.

De vitenskapelige kriteriene er vurdert i alle ledd i arbeidet med oppgaven. Valgene som er gjort og alle overveielser har, på bakgrunn av denne forståelsen av vitenskapelighet, blitt begrunnet og delt med veileder i samsvar med Malterud (2003).

#### **4.7 Forskningsetiske vurderinger**

Studien er utført i henhold til Helsinkideklarasjonens etiske prinsipper. Prosjektet er godkjent av REK (vedlegg 1.). Avdelingsleder der studien ble gjennomført, tok avgjørelsen om hvilke brukere som var aktuelle informanter og klarerte at de hadde samtykkekompetanse. Informantene fikk muntlig forespørsel om de var interesserte i å delta i studien. Både avdelingsleder, sykepleierne ved avdelingen og forsker foretok disse forespørslene. Deltakelse i studien var frivillig, og det ble innhentet skriftlig samtykke (vedlegg 4.) fra samtlige deltakere som informantene selv fikk kopi av. Informantene fikk muntlig og skriftlig informasjon om studien (vedlegg 4.) og hva det innebar for dem som ønsker å delta. De fikk også informasjon om at de når som helst i prosessen kunne trekke seg uten grunn og uten at det ville få konsekvenser for dem. Et informasjonsbrev som alle informantene fikk, informerte om gjennomføringen av intervjuene og hvordan deltagerens anonymitet ble sikret. Forskeren presenterte seg muntlig på avdelingen i forkant av observasjonene for både brukere og ansatte. Det ble også hengt opp et skriv på avdelingen som informerte om at det foregikk observasjoner der (vedlegg 5.), hva som skulle observeres og hvorfor, samt en presentasjon av forskeren. I forkant av hvert enkelt intervju, ble deltakerne informert muntlig om hva studien gikk ut på og deres rolle i prosjektet.

Temaet for intervjuene kunne tenkes å oppleves som vanskelig å snakke om for brukerne på grunn av deres relasjon til personalet. For informanter som står i et avhengighetsforhold til sine hjelpere kan det antas å kunne være problematisk å snakke åpent om denne relasjonen, særlig om den oppleves som negativ (Kvale og Brinkmann, 2009).

I arbeidet med analysen oppstod et dilemma i forhold til anonymiseringen av informantene. Med tanke på at også personalet på avdelingen der informantene var hentet fra skulle lese oppgaven, var det vanskelig å skulle anonymisere informantene i den grad at heller ikke personalet gjenkjente dem. Da ville risikoen for å måtte utelate mye interessante data være stor. Selv om personalet er underlagt taushetsplikten, kunne det tenkes å være uvant for personalet å relatere taushetsplikten i forhold til en skriftlig oppgave. Spesielt med tanke på eventuelle reinnleggelser av informantene på samme avdeling syntes risikoen overhengende for at informantenes anonymitet og diskresjon ble ivaretatt. I samsvar med veileder ble avdelingsleder på rehabiliteringsavdelingen kontaktet for å innhente hennes synspunkter på saken. På bakgrunn av dette ble det gjort en vurdering der resultatet ikke ble å anonymisere informantene i oppgaven i den grad at de ble uidentifiserbare ovenfor personalet for å hindre at verdifulle data måtte utelukkes. Derimot ble det avtalt at oppgaven blir levert avdelingsleder som digitalisert dokument og at ansatte ved avdelingen som er interesserte, kan lese oppgaven ved å kontakte avdelingslederen framfor å ha liggende et papireksemplar til gjennomlesning på vaktrommet.

Det er nå gjort rede for planlegging og gjennomføring av studien. I det følgende vil det vise seg hva som ble resultatet.

## **5.0 ELDRES OPPLEVELSER AV Å KOMMUNISERE MED PERSONALET**

Kapittelet er i sin helhet viet informantenes stemme gjennom å presentere funnene i studien. Etter en kort innledning følger en presentasjon av informantene før det gjennom fem kategorier avdekkes hva informantene fortalte i intervjuene. Det hele avsluttes med en oppsummering.

### **5.1 Innledning**

Tidligere i studien er det rettet søkelys mot forskjellige faktorer som kan bidra til å fortelle om hvordan eldre opplever kommunikasjonen med personalet innenfor konteksten av en kommunal rehabiliteringsavdeling. Temaene som ble omtalt var relasjonell kommunikasjon, empowerment og følelser. Den tidligere forskningen er basert på brukerperspektivet.

Hvordan informantene opplevde kommunikasjonen med personalet kom til uttrykk på ulike måter. Det meste av materialet er utfra informantenes egenperspektiv.<sup>4</sup> Samtlige informanter fortalte i intervjuene om sine erfaringer med å være bruker i en rehabiliteringsprosess og deres opplevelser av å kommunisere med personalet. Noe av materialet handler om beskrivelser av konteksten, mens i andre beskrivelser ses det at informantene forteller ut fra samhandlingsperspektivet<sup>5</sup>. På bakgrunn av analysen er kategoriene et uttrykk for hvordan brukerne opplevde kommunikasjonen med personalet og bidrar til å belyse og besvare oppgavens problemstilling: *Hvordan opplever eldre med kommunal rehabiliteringsplass kommunikasjonen med personalet*. Men før resultatene fremstilles, gis en kort presentasjon av informantene.

### **5.2 Informantene og konteksten**

Studien ble gjennomført på en kommunal rehabiliteringsavdeling i en landlig kommune i Akershus. Avdelingen var en ren rehabiliteringsavdeling lokalisert sammen med sykehjemmet. Personalet på avdelingen var tverrfaglig bestående av avdelingsleder, med en fast stab av sykepleiere, hjelpepleiere og assistenter. Tilknyttet avdelingen var det sykehjemslege, fysioterapeuter og ergoterapeuter som hadde faste avtaler med avdelingen og deltok på tverrfaglig møte, samt målmøte og evt. andre nødvendige møter med brukerne.

---

<sup>4</sup> Jmfr. Fireperspektiv modellen for kommunikasjon (Røkenes og Hanssen, 2012). Se s.15.

<sup>5</sup> Jmfr. Fireperspektiv modellen for kommunikasjon (Røkenes og Hanssen, 2012). Se s.15.

Avdelingen hadde rutiner for å gjennomføre målmøter<sup>6</sup> med alle brukere, der brukere og personalet kunne legge fram sine forventninger til den enkeltes rehabiliteringsprosess. Det var også ukentlige tverrfaglige møter der alle faggruppene var representert, i tillegg til deltagelse fra avdelingsleder og lege. Legen hadde rollen som møteleder. Avdelingen bar preg av tydelig engasjement og faglighet i alle ledd. Rehabiliteringsforståelsen virket å være godt innarbeidet i hele avdelingen. Brukerne kom som regel fra sykehus, men noen ganger ble plass tildelt etter forespørsel fra hjemmetjenesten hvor da brukeren kom fra hjemmet.

Informantene utgjorde en relativt homogen gruppe som på sin side oppga et relativt stort spenn i opplevelser, følelser og inntrykk av kommunikasjonen med personalet. Den yngste informanten var en mann på 71 år, mens den eldste var en kvinne på 85. Spesielt en i informantgruppa var preget av redusert syn og hørsel i den grad at det var utslagsgivende for å oppfatte alminnelig kommunikasjon og hadde derfor behov for kommunikasjonshjelpemidler og tilpasset kommunikasjon. Alvorlighetsgraden av sykdom og skade hos informantene var også varierende. Mens noen hadde lette kurerbare tilstander de var innlagt for, var andre preget av at tilstanden hadde ført til store irreversible fysiske forandringer. Informantene var også i ulik grad preget av smerter. Noen var så godt som smertefrie, mens andre opplevde sterke smerter som hemmet dem i bevegelse og å utføre aktiviteter. Av den grunn var de også avhengige av hjelp i forskjellig grad.

I oppgaven er informantene anonymisert og gitt de fiktive navnene Ragnhild, Berit, Karsten, Gudrun, Anton og Olga.

---

<sup>6</sup> Målmøter er betegnelsen på møter mellom brukere, evt. pårørende og det tverrfaglige personalet der formålet med møtet er å avklare forventningene til rehabiliteringsprosessen mellom partene og sikre at det blir opprettet individuelle mål av og for den enkelte bruker (Squires og Hastings, 2002)

### 5.3 Presentasjon av resultatene

Det ble identifisert fem forskjellige kategorier i materialet på bakgrunn av subkategoriene (se fig.2., s.34). Kategoriene utkrystalliserte seg som de mest sentrale funnene i studien som best kunne besvare problemstillingen.

I den første kategorien som har fått benevnelsen «Jeg følte de forstod meg», bygger informantenes uttalelser på opplevelsene av å være fornøyde med kommunikasjonen med personalet på bakgrunn av hvordan personalet var. Under denne kategorien er informantenes uttalelser som uttrykker opplevelser av at møtet med personalet var positivt i subkategorien *Det positive møtet med personalet*, samt subkategorien *Jeg får god informasjon og hjelp* der beskrivelsene omhandler informantenes opplevelser av at de fikk god og tilstrekkelig informasjon. Informantenes skildringer av å oppleve å bli forstått av personalet og beretninger om at personalet var flinke til å motivere er samlet i subkategoriene *Jeg følte at de forstod meg* og *Personalet er flinke til å motivere*. Under denne samme kategorien med positive opplevelser av å kommunisere med personalet finnes også subkategoriene *positive beskrivelser av personalet* og *det var et fint sted å komme til*.

I den andre kategorien «De forstod ikke mine behov», gjenfinnes informantenes beskrivelser av frustrasjon ved å kommunisere med personalet. I denne kategorien er subkategoriene som beskriver informantenes opplevelser av at årsaken til at det ble opplevd som vanskelig å kommunisere med personalet lå hos personalet. Her gjenfinnes subkategoriene: *Personalet viste liten interesse for samarbeid/samhandling*, *De var ikke interessert i meg*, *personalet kan virke litt strenge iblant*, *Jeg fikk lite informasjon*, *jeg forstår ikke/de forstår ikke*. Også subkategoriene *negative beskrivelser av personalet* og *De forstod ikke mine behov*, kom inn under kategorien «De forstod ikke mine behov».

I den tredje kategorien «Det gikk greit etter hvert», er beskrivelsene som forteller om hvordan tidsaspektet framstår som bestemmende for hvordan kommunikasjonen fungerte med personalet samlet. Subkategoriene her har betegnelsene: *Det var vanskelig først, men så fikk jeg hjelp etter hvert* og *Det gikk greit etter hvert*.

De såre opplevelsene av kommunikasjon med personalet, beskriver i større grad enn i kategorien «De forstod ikke mine behov», hvordan brukernes egne følelser kan føre til at de opplever å kommunisere med personalet som følelsesmessig vanskelig. Beskrivelsene er gitt en egen plass i kategorien «Det føles litt sårt» på bakgrunn av tyngden informantene vektla dette temaet. Betegnelsen på subkategorier som handler om såre følelser har betegnelsene: *det*

*føles litt sårt, Jeg prøver å gjøre det selv, men det er ikke så lett alltid. (Jeg skulle ønske jeg fikk mere hjelp), Mye er opp til deg selv.*

I den siste kategorien «Hva som er viktig for meg» gjenfinnes beskrivelsene av hva informantene uttrykte som spesielt viktig for dem i kommunikasjonen med personalet. Ulikt den forrige kategorien «Det føles litt sårt» som også har samlet skildringer preget av følelser, synes subkategoriene i denne siste kategorien mer å gi et inntrykk av hva informantene virkelig ønsker å gi beskjed om, og viser en større grad av deres innerste styrke.

Subkategoriene *Det er viktig for meg at personalet interesserer seg for meg, Det er viktig for meg med de små tingene i hverdagen, Det er viktig å ha noen blant personalet du føler du har god kontakt med* og *De viktige tingene som ble sagt*, ledet fram til kategorien «Hva som er viktig for meg».

«Jeg følte de forstod meg»	«De forstod ikke mine behov»	«Det gikk greit etter hvert»	«Det føles litt sårt»	«Hva som er viktig for meg»
Det positive møtet med personalet	Personalet viste liten interesse for samarbeid, samhandling, De var ikke interessert i meg	Det var vanskelig først, men så fikk jeg hjelp etter hvert	Det føles litt sårt	Det er viktig for meg at personalet interesserer seg for meg
Det var positivt å kommunisere med personalet/personalet snakket på en ok måte	Personalet kan virke litt strenge i blant	Det gikk greit etter hvert	Jeg prøver å gjøre det selv, men det er ikke så lett alltid. (Jeg skulle ønske jeg fikk mere hjelp)	Det er viktig for meg med de små tingene i hverdagen
Jeg får god informasjon og hjelp	Jeg fikk lite informasjon		Mye er opp til deg selv	Det er viktig å ha noen blant personalet du føler du har god kontakt med
Jeg følte at de forstod meg	Jeg forstår ikke/de forstår ikke – er slått sammen med subkat. «Det var frustrerende..»			De viktige tingene som ble sagt



Personalet er flinke til å motivere	Negative beskrivelser av personalet			
Positive beskrivelser av personalet	De forstod ikke mine behov			
Det var et fint sted å komme til				

Fig. 2. Matrise for resultatene

### 5.3.1 «Jeg følte de forstod meg»

For det meste oppga informantene at de hadde positive opplevelser med å kommunisere med personalet. Den første opplevelsen av materialet var at informantene skrøt uhemmet av personalet og at de var svært fornøyde med hvordan kommunikasjonen med personalet fungerte. Unntaket var Ragnhild som ikke sa noe om at dette kunne være positivt. Hun sa likevel at personalet var greie, men ut i fra tonen det ble sagt i, virket det ikke helt overbevisende om at det var det hun mente. De resterende informantene oppga at opplevelsen av å kommunisere med personalet var positiv i valørene fra «helt greit» til «kjemp fint». Også måten personalet rettet på informantene ble trukket fram som noe positivt på bakgrunn av opplevelsen informantene hadde av å bli snakket til av personalet. Det kan forstås som noe av det informantene satte stor pris på var at personalet snakket på en naturlig og hverdagslig måte og beholdt sakligheten. Dette synes å være tillitsskapende mellom personalet og informantene.

*«Det var alminnelig pratemåte det. De sier det de skal på en saklig, fin måte.»*

Berit oppga å ha tillit til personalets kompetanse og fortalte om hvordan hun opplevde å bli utfordret av personalet til å prøve å gjøre ting som følte vanskelig, som for eksempel påkledning. Hun mente også at personalet gjorde dette på den eneste riktige måten og det var ved å være blide og hyggelige.

*«Jeg aksepterer jo det at dem veit hva dem driver med, det er jo dem som er utlærte.»*

Noen sa det var lett å komme i kontakt med personalet, andre oppga at de kunne snakke med personalet om alt mulig. Nærheten informantene opplevde til personalet synes også å komme fram i materialet. Gudrun oppga at det var av betydning å ha noen blant personalet å kunne betro seg til.

*«Også er det ei, hu er alle tiders. Hun kan en betro seg til hvis det er noe.»*

Berit derimot uttalte seg på en måte som kan oppfattes som et uttrykk for at hun egentlig ikke var så opptatt av hva personalet mente eller sa. Denne antakelsen bekreftet hun senere i intervjuet. På spørsmål om hvordan hun opplevde kommunikasjonen med personalet svarte hun med tydelig ironi:

*«Nei da, det gikk greit det. Jeg var ikke bevisstløs, det var jeg ikke, så det gikk for så vidt greit det.»*

Likevel ga hun uttrykk for senere i intervjuet hvordan det virket inn på henne når personalet opptrådte på det som kan forstås som en autoritær måte. Dette omtales senere i kapitlet.

De fleste av informantene beskrev likevel en svært positiv opplevelse av mottagelsen på avdelingen. Superlativene hang løst, og noen kunne ikke få rost nok måten de ble mottatt. Flere forhold ble beskrevet som positive for mottagelsen. Å få støtte, praktisk hjelp, å bli ønsket velkommen, at personalet var snille, og å bli behandlet av personalet på en fin og imøtekommende måte var faktorer som ble nevnt som positive i forbindelse med kommunikasjonen med personalet.

*«Ja, det kan jeg ikke skryte nok av. Jeg ble tatt i mot og tatt vare på på en veldig flott måte. Personalet er veldig, veldig hjelpsomme og menneskelige og greie.»*

Opplevelsen av å få god hjelp og informasjon kan ha stor betydning for hvordan rehabiliteringsprosessen fortoner seg for den enkelte bruker. Det kan også være utslagsgivende for oppfølgingen brukeren får under oppholdet som vi skal se i følgende eksempel.

Under datainnsamlingsperioden opplevde Gudrun en utfordrende episode både for henne selv og personalet. Under en treningsøkt hadde hun tatt litt hardt i og fikk smerter i etterkant. Hun var derfor redd for om treningen hadde forårsaket ødeleggelse av operasjonen hun nylig hadde gjennomgått. Derfor kviet hun seg for å trene med fysioterapeuten igjen dagen etter. Heldigvis ble det fanget opp av en sykepleier i personalet at Gudrun en dag virket litt nedfor. Dette førte til at de hadde en samtale der Gudrun ble forsikret om at det ikke var farlig å trene, samtidig som sykepleieren ble enig med Gudrun om at hun skulle ta dette opp med fysioterapeuten, så treningen kunne bli bedre tilpasset. Dagen etter var Gudrun hos fysioterapeuten som også tok seg tid til å snakke med henne. De hadde en god samtale der begge fikk lagt fram sine

perspektiver og hvor de kom til en enighet om videre forløp. Det ble utført observasjoner under begge disse samtaler. Dette bidro til å få et eksakt bilde av hendelsene, i tillegg til at informanten og intervjuer fikk et nyansert bilde av hvem som hadde tatt initiativ til å samtale i utgangspunktet om denne hendelsen. Under intervjuet med Gudrun ble hun spurt om hvordan hun opplevde å kunne snakke med personalet om noe som kunne være litt sårt eller vanskelig å snakke om. Gudrun tok utgangspunkt i denne hendelsen og først beskrev hun det som hun selv hadde tatt opp problemet med fysioterapeuten. Men på bakgrunn av observasjonene ble det klargjort at det var en sykepleier i avdelingen som hadde fanget opp at Gudrun var nedfor. Etter denne avklaringen, handlet noe av det hun fortalte om hendelsen, om å få muligheten til å kunne være ærlig og at hun hadde fått hjelp til å være det. Dette ble fremhevet av informantene som en god opplevelse som ga henne inntrykk av å få god informasjon og hjelp til å kommunisere med personalet.

*«Ja, jeg synes det var greit at det ble tatt opp for da hadde jeg jo vært ærlig. Men det var jo hun som hjalp meg til å være ærlig, da.»*

I etterkant sa hun også at hun forstod det som at personalet ikke hadde tatt opp hendelsen da hun vegret seg for å trene med fysioterapeuten som kritikk, og det syntes hun var godt. For hun hadde vært litt redd for det, fortalte hun.

Flere av informantene bekreftet at de følte seg forstått av personalet på litt forskjellige måter. Det ble oppgitt å foregå gjennom samtale og ved å få en forklaring av personalet i vanskelige situasjoner. Berit sa hun trodde sikkert personalet forstod hvilke behov hun hadde, mens Karsten oppga å føle seg forstått ut i fra måten personalet veiledet ham på.

*«Det ligger ikke noe sånn veldig kritikk i måten de sier ting på. De bare prøver å forklare noe som er bedre eller lettere.»*

Karsten som var også den av informantene med størst hjelpemiddelbehov la fram hvordan han opplevde det som positivt å snakke med ergoterapeut om hjelpemidler, selv om han ga uttrykk for at temaet kunne oppleves som litt ømtålig og vanskelig.

*«Joda, det var ikke noe problem sånn. Du fikk jo en innføring, men det var jo mest i forhold til sånn situasjonen er da, selvfølgelig.»*

Med unntak av en, bemerket alle informantene hvordan personalet var flinke til å motivere dem til trening og aktivitet. Informantene oppga for det meste hvordan personalet skrøt av

dem for å oppnå motivasjon hos informantene. Men også oppmuntring til å trene eller å gjøre andre ting, ble trukket fram som en form for motivasjon som personalet var flinke til. Det ble fremhevet at personalet var dyktige til å fokusere på det positive.

*«De skryter litt og sånn av deg da vet du, det må en kanskje ta med en klype salt, men det er kanskje ikke så dumt likevel å få noen positive toner inni blant det hele, det er vel en viss motivasjon i det.»*

Under intervjuene avga samtlige informanter ordrike skildringer av personalet. Dette var beskrivelser av personalets egenskaper og hvordan de for eksempel arbeidet. Gjennom fortolkningen av beskrivelsene framstår disse likevel som tydelige fortellinger om kommunikasjon. Dette er i analysen fortolket som et uttrykk for hvordan kommunikasjonen fungerte. Særlig den positive omtalen var utfyllende og alle informantene ga begeistrede beskrivelser av personalet. Også informantene som inntok en mer generell kritisk holdning i utgangspunktet beskrev personalet med positivt fortegn ved en eller flere anledninger. Enkelte fortalte om bestemte personer i personalgruppa og beskrev hvordan de utførte jobben sin. Disse beskrivelsene var nærmest utelukkende positive. Men stort sett gjaldt beskrivelsene kollektive beskrivelser av personalet som en enhet. Alle informantene ga positive beskrivelser av personalet og denne typen beskrivelser var i klart flertall. I de positive beskrivelsene ble det lagt vekt på å gi ros til personalet, og inntrykket var at dette var helt bevisst og åpenhjertig fra informantenes side, og gledelig å få anledning til når sjansen bød seg. Flere av informantene uttalte at de ikke kunne få skrytt nok av de ansatte.

*«Veldig flott personale, jeg må skryte av det. Som jeg sa i sted; nesten som en stor familie.»*

Hovedvekten av de positive beskrivelsene fortalte om karakteristikk av personalet som ble beskrevet som flinke, snille, hyggelige, koselige, positive, forståelsesfulle, hjelpsomme, blide, gode, flotte, oppmuntrende, inspirerende, omtenkssomme, greie, enestående og engler. Denne mengden av positive beskrivelser av personalet måtte bety noe vesentlig for informantene utover et ønske om å gi en positiv tilbakemelding. Spesielt det å være hjelpsom ble trukket fram som en positiv karakteristikk ved personalet av flere av informantene. Et annet aspekt ved denne typen beskrivelser av personalet, fortalte om hvordan de gjorde jobben sin. Det varierte fra nøkterne beskrivelser som at det ble antatt at personalet gjorde den jobben de skulle, til at hvordan personalet utførte jobben sin bidro til trygghet og mestring for en av informantene. Flere beskrev hvordan de følte at personalet jobbet for brukernes del. Gudrun sa det på denne måten.

*«Det dem gjør, føler jeg at dem gjør for at vi skal ha det godt.»*

Noen fremhevet hvordan de opplevde det som kan forstås som opplevelsen av personalets holdninger ovenfor brukerne på avdelingen.

*«Den veldig blide, gode omtanken, eller omtanken i det heletatt.»*

Utover dette var enkelte av skildringene av personalet inderlige og oppriktige og ga inntrykk av at informantene var svært takknemlige for hvordan personalet behandlet dem. I analysen er dette forstått som et uttrykk også for hvordan informantene opplevde kommunikasjonen med personalet.

*«Det er mye fine menneskelige trekk i de som jobber her. De er en fin gjeng, som stiller godt med oss og tar oss på en fin måte.»*

Organisatoriske elementer i avdelingen ble nevnt av tre av informantene som fremmede for et positivt inntrykk i møte med avdelingen. Opplevelsen av omgivelsene antas å ha en sammenheng med opplevelsen av kommunikasjonen og er fortolket med bakgrunn av den relasjonelle forståelsen av kommunikasjon (Røkenes og Hanssen, 2012). Olga fremhevet målmøtet som en god opplevelse. Hun hadde ingen innvendinger mot hvordan det ble kommunisert under møtet og at fagpersonellet satte seg rett ovenfor henne på den andre siden av bordet som et panel. Også Karsten oppga at han var fornøyd med målmøtet, han oppga også at dette var viktig for ham som det kommer fram i kategorien «Hva som var viktig for meg». Gudrun understreket praktisk hjelp til personlig stell, bistand til hverdagslige gjøremål som å re opp senga og servering av måltider som svært positivt, mens Anton la vekt på fine lokaler og få antall brukere på avdelingen som gunstig.

*«Jo, det opplevde jeg ganske positivt. Sånn som her da er det bare seks stykker på avdelingen, vet du. Det er jo helt ideelt egentlig.»*

Selv om noen av informantene hadde erfaringer fra oppholdet som kunne oppleves som vanskelige, oppga nærmest samtlige rehabiliterings oppholdet som noe positivt. Noen fortalte at det var veldig greit å være på avdelingen og oppga ikke å ha noen vanskeligheter av nevneverdig karakter. Anton poengterte også at så fremt det var framgang, og man ikke hadde smerter, så gikk det greit.

*«Jeg synes det er veldig greit å være her i grunnen. Har ikke noe noen vanskeligheter med noe som helst egentlig. Jo da, så lenge du merker at det går framover med deg sjøl og ikke*

*har vondt, så er det jo greit. Det eneste vi har å bry oss om er å møte opp til måltidene, være med på den trimmingen som er, og ellers gjør vi jo som vi vil mer eller mindre.»*

Gudrun trakk fram det positive ved å ha flere å trene sammen med, mens Ragnhild understreket muligheten til å få trene som faktor for at hun opplevde avdelingen som et godt sted å være. Det flotte personalet ble fremhevet som en årsak til at informantene hadde det godt i avdelingen, denne informanten uttrykte det også som positivt å ha med seg personalet i ADL-situasjoner når behovet var der. Fordelen av å få litt ros og oppmuntring ble også oppgitt som faktor for at avdelingen var et godt sted å være. En av informantene som ellers oppga ikke å være så fornøyd, sa likevel følgende:

*«Dem synes nå jeg er koselig, men det sier dem sikker til alle. Jeg har bare gode minner herfra.»*

### **5.3.2 «De forstod ikke mine behov»**

Spesielt to informanter utpekte seg med ved å betegne kommunikasjonen med personalet som lite bemyndigende. De uttalte hvordan de opplevde at personalet viste liten interesse for å samarbeide med informanten eller ikke virket interessert i verken informanten eller informantens synspunkter. Olga fortalte at hun hadde opplevd å få beskjed om at hun skulle dusje uten å bli spurt om hun ville eller ikke. Ragnhild kunne også fortelle om at hun hadde opplevd at personalet undervurderte henne. Mest sannsynlig fordi hun hørte og så dårlig og snakket en dialekt mange blant personalet kunne antas å ha vanskeligheter med å forstå. Samlet utgjorde disse faktorene en betydelig hindring for kommunikasjon for Ragnhild.

*«Nei, nei. Ikke noe spørsmål om vil du det eller ikke.»*

Personalet framstod for flere som litt strenge når de snakket. Anton og Berit brukte uttrykket «strenge i stemmen». De beskrev også hvordan personalet var strenge til å begynne med, men at de siden mildnet i stemmen. Berit snakket om en bestemt episode hvor hun ikke kunne få smertestillende om natten pga. avdelingens instruksjer. For henne hadde det vært vanskelig å forstå til å begynne med og da hadde personalet vært «strenge i stemmen» fortalte hun. Berit oppga at hun ble lei seg når personalet var strenge. Men etter hvert hadde hun forstått årsaken til hvorfor hun ikke kunne få medisinen hun hadde behov for og akseptert forholdene.

*«De hørtes litt streng ut, men etterpå så ble det litt mildere tone. Ja, jo jeg ble litt lei meg da, men to minutter etterpå så var jo det borte. Så synes jeg ikke det var noe å klage på.»*

Anton framstilte spesielt en i personalgruppa som streng, men uttrykte også at det var flere han oppfattet som var strenge. Han fortalte at særlig i begynnelsen av oppholdet opplevde han at personalet var strenge og ville «bestemme og dirigere» som han uttrykte det. Men at dette endret seg etter hvert som han og personalet ble bedre kjent med hverandre. Han unnskyldte personalet med at de ikke kunne vite hvem de hadde å gjøre med når pasientene ankom avdelingen.

*«Det var jo veldig sånn hva jeg skulle gjøre og ikke gjøre. En merker jo hvem som er strengest etter en stund.»*

Å motta informasjon og få greie på det de ønsket å vite var et emne som ble nevnt som problematisk under noen av intervjuene. Ragnhild ønsket å få informasjon om hva som kom til å skje med private hjelpemidler som var blitt ødelagt på avdelingen og Olga nevnte i sitt intervju at hun savnet å få mer e konkret informasjon blant annet om hva som kom til å skje videre med henne på avdelingen og hvordan det var tenkt når hun kom hjem. Hun opplevde det som frustrerende ikke å vite sikkert hva hun skulle forholde seg til og kunne forvente videre i oppholdet. Selv relaterte hun dette til å ha sammenheng med å ha vært for syk til å innhente informasjon.

*«Jeg fikk ikke vite noe konkret: at dette får du hjelp til. Jeg fikk ikke vite noen ting!»*

Informantene beskrev også hvordan de opplevde at samstemtheten ikke var til stede mellom dem selv og personalet i situasjoner der de opplevde enten ikke å forstå selv hva det var snakk om, eller ikke å bli forstått av personalet. En informant fortalte at hun opplevde personalet som litt hjelpeløse da hun selv var svært dårlig. Hun opplevde at det virket som enkelte i personalgruppa ikke riktig visste hva de skulle si til henne. To av informantene oppga å ha opplevd ikke å forstå selv i kommunikasjon med personalet. Olga forteller om det på en måte som kan ha fått henne til å føle hvordan hun ikke er deltagende i kommunikasjonen, uten å nevne hvordan dette påvirket henne.

*«De snakket litt over hodet på meg, de sa ting som jeg ikke helt fikk med meg ordentlig.»*

Derimot kunne Berit fortelle at hun ble lei seg når hun selv ikke forstod, fordi det førte til en misforståelse mellom henne og personalet og at personalet brukte streng stemme. Som tidligere nevnt var dette en episode som gikk over etter kort tid. Ragnhild opplevde vanskeligheter med kommunikasjonen generelt. Hun hadde nedsatt hørsel og syn, og hadde behov for at personalet tilrettela for å kommunisere med henne. Ved flere anledninger under

intervjuet ble det likevel klart hvordan informanten hadde strategier for å skjule at hun ikke fikk med seg alt som ble sagt. Bortsett fra dette, var det en mer utenforliggende årsak til kommunikasjonsproblemene. Ragnhild snakket en dialekt det kan tenkes at mange har store vanskeligheter med å forstå. Selv hadde hun en klar forståelse av dette, uten at det gjorde det mindre vanskelig for henne.

*«Det er det vanskeligste for meg at dem ikke forstår hva jeg sier!»*

Ved første øyesyn kunne det virke som informantene kun uttrykte seg positivt når de snakket om personalet. Men utover i analyseprosessen kom det også fram at noen fortalte om opplevelser med personalet som var mindre flatterende. Informantene synliggjorde dette gjennom å beskrive personalet i negative ordelag. En av informantene fortalte om hvordan hun opplevde personalet når de ikke var i samspill med informanten.

*«Men jeg opplevde dessverre fra enkelte at de var uvennlige.»*

Hvordan personalet opplevdes som uvennlig ble begrunnet med hvordan denne personen snakket og hva som ble sagt. Når informanten skulle fortelle dette gjorde hun til stemmen og laget en sur mine og hermet etter personalet.

*«Kan du klare sjøl, det er derfor du er her.»*

Denne opplevelsen ble fortalt om ut i fra en sammenheng der informanten skulle stille seg og hvor personalet mente at hun burde greie å vaske seg selv, mens informanten var av en annen oppfatning og opplevde det som svært belastende og måtte trene på det som opplevdes som uoverkommelig på grunn av redusert kapasitet. Videre i intervjuet fortalte informanten om hvordan hun ringte en venn og gråt i telefonen og ba ham om hjelp, fordi hun var fortvilet over ikke å få nok hjelp. Fortsettelsen var at det var blitt tatt opp med avdelingslederen av pårørende. Hvorvidt situasjonen hadde forandret seg i etterkant av dette, kommer ikke fram i intervjuet.

Også en annen informant siterte personalet når hun skulle beskrive hvordan personalet ble opplevd som lite imøtekommende.

*«For de kan liksom være: - Det der må du gjøre sjøl.»*



Denne informanten opplevde personalet som lite forståelsesfulle når hun ble snakket til på denne måten. Hun fortalte at hun synes det kunne være litt leit når hun visste så godt at hun ikke fikk det til selv, og likevel fikk beskjed om å gjøre det det måtte være på egenhånd.

Det som kan forstås som utålmodighet eller hensynsløshet fra personalets side, kom også fram i et av intervjuene. Informanten fortalte om opplevelsen av å bli tatt tak i av personalet «å bli snudd» sammen med rollatoren når beina ikke greier å følge med og hvordan det føles:

*«Nei det er, hvis dem liksom kommer bort til meg og skal hjelpe meg og snu, snu inne i gangen og slikt, så hender det dem tar for hardt i. Det skal gå så raskt og da. -Dere må ikke presse meg så jeg faller! sier jeg. Men det har de fort for å gjøre.»*

Den samme informanten beskriver hvordan hun opplever at personalet ikke er av samme oppfatning som henne selv i forhold til hjelpebehov og sa rett ut hva hun mente om det:

*«Nei, men det kan være noen ganger en synes dem tar for lite hensyn til en da.»*

Tre av informantene oppga å ha erfaring med opplevelsen av at personalet ikke forstod deres behov. Olga kunne fortelle om opplevelsen av å være sykere enn det ble oppfattet av personalet. Hun hadde også en annen sykdom som hun erfarte som hemmende i stor grad, og fortalte at det opplevdes som skrekkelig fordi personalet hadde hovedfokuset på skaden hun var innlagt for og ikke på det hun selv opplevde som det største problemet.

*«Jeg var sykere enn det ble oppfattet. Og det var et mareritt.»*

Dermed ble kravet om å mestre aktiviteter som påkledning, eller å være i aktivitet opplevd som vanskelig fortalte hun. Pusten ble verre ved det minste stress, som hun uttrykte det. Når ingen kjenner deg, er det vanskelig å forstå dine behov, hevdet hun. Også Gudrun påpekte at doktoren ikke kjente henne.

Ragnhild gjentok gjennom hele intervjuet at hun syntes hun fikk for lite hjelp. Den ene observasjonen som ble gjort med Ragnhild var en episode ved matbordet, der hun forsøkte å skyve stolen fra bordet for å reise seg og gå. Dette fikk hun ikke til, men personalet la ikke merke til at hun trengte hjelp, så hun ble sittende til personalet bestemte at det var på tide å gå fra bordet. Som følge av observasjonen, ble hun under intervjuet spurt om hvordan hun opplevde det når personalet ikke la merke til at hun trengte hjelp. Som hun uttalte selv var det nok ikke alltid det ble lagt merke til at hun måtte ha hjelp og at dette kunne oppleves som

vanskelig, men at det som regel gikk bra og at hun måtte finne seg i å vente litt. Videre la hun til at hun prøvde som regel å greie det selv.

### **5.3.3 «Det gikk greit etter hvert»**

Tidsaspektet synes også å spille en rolle når det kom til spørsmålet om hvordan kommunikasjonen oppleves for flere av informantene. De fortalte om hvordan kommunikasjonen gikk greit etter hvert, og opplevelsen av at det tok litt tid fra at det i førstningen var litt vanskelig å være i bruker rollen til å få den hjelpen som gjorde det lettere ble beskrevet av en av informantene. Olga beskrev situasjonen som vanskelig når hun ikke hadde nok informasjon og selv også hadde vansker med å kommunisere. Men at så snart hun opplevde å få informasjon, bedret situasjonen seg fortalte hun. Hun fortalte at hun begynte og grave og spørre. Da fikk greie på mer av det hun lurte på, men det var etter som hun ble friskere at hun kunne greie å gjøre det.

*«For til å begynne med så klarte jeg jo ikke å snakke heller. Men når jeg da fikk mer informasjon om hva som skjer, så ble det bedre.»*

Tiden det tok fra at situasjonene føltes som uholdbar for en informant, til medisinsk behandling ble iverksatt og hadde effekt, var også av en sånn karakter at det først var vanskelig, men at det siden ble bedre.

En annen informant fortalte om hvordan det føltes godt å få hjelp til å åpne seg og snakke om noe hun syntes var vanskelig. Da hadde hun først vært lei seg fordi hun ikke greide eller turte å si i fra om noe som plaget henne. Men når hun ble spurt om det var noe i veien, føltes det bedre fordi hun da fikk sagt i fra om det som opplevdes som vanskelig sa hun. Denne prosessen var selvsagt noe tidkrevende, og fordret at personalet tok seg tid og prioriterte denne samtalen framfor annet arbeid i avdelingen. Den samme problematikken ses når Berit hadde behov for en god forklaring for å bli samstemt med personalet. Når hun fikk det, skjønte hun hva personalet mente til slutt, forklarte hun.

*«Jeg følte meg litt lei meg og kunne ikke skjønne det. Men jeg skjønte det til slutt da, for hun forklarte det jo.»*

Anton hevdet personalet egentlig var greie å kommunisere med når man først ble kjent med dem. Dette tok omtrent en uke hevdet han.

*«Joa, nei, jeg synes dem er greie jeg, egentlig. Når man blir kjent med dem.»*

### 5.3.4 «Det føles litt sårt»

Den såre følelsen, følelsen av å være litt skjør og ikke ha så mye å gå på var en brukererfaring som ble beskrevet av de fleste informantene. Uansett i hvilken grad sykdommen eller skaden de var innlagt for hadde innvirkning på deres videre liv, virket sårbarheten som en følelse som satt dypt i informantene.

Nedstemthet som følge av mange tap på kort tid kom fram som en beskrivelse av å være såret og føle sårhet over det ugjenkallelige.

*«Den var litt mislykket den der operasjon, men det er ikke noe å gjøre med. Det får bare være sånn. Man får gjøre det beste ut av det som er igjen da.»*

I forbindelse med operasjoner, var en annen form for å føle sårhet redselen for å ha gjort noe galt så operasjonen hadde vært forgjeves. Også redselen for å bli sittende og ikke komme tilbake til ønsket helse tilstand, fortalte Gudrun var en tanke som var skremmende. En annen erfaring med den såre følelsen var ikke å forstå situasjonen en er i. Dette uttrykte Berit på denne måten:

*«Ja, jo jeg ble litt lei meg da. Ja, jeg ble det. Du blir jo litt sår når du er i den situasjonen, men jeg skjønnte det etterpå, de gjør jo jobben sin som de har fått beskjed om.»*

Å være sårbar som følge av nedsatt funksjon kom også fram i beskrivelsene. En informant fortalte om hvordan hun opplevde ikke å kunne ordne opp selv med et hjelpemiddel som ikke fungerte, men at personalet heller ikke viste noen videre forståelse for problemet, da de bare satte det vekk så hun ikke fikk benyttet seg av det i det heletatt. Hun ble litt lei seg fortalte hun, men la til i samme setning at det gikk nå det også. At det ordner seg på tross av alt, lot til å være en generell holdning blant alle informantene.

Enkelte av informantene oppga at de til tider opplevde det som ofte kreves i en rehabiliteringsprosess, å skulle gjøre det de klarte selv i størst mulig grad, som tungt.

*«Det hender jeg må hjelpe til selv, da. Og så når en ikke klarer, da blir en liksom litt ergerlig.»*

Spesielt når bestemmelsen om å greie seg selv ble lagt fram som et lite hyggelig krav, var det hardt å skulle forholde seg til det fortalte en av informantene. Følelsen av ikke å få hjelp når en selv synes å ha behov for det fortonet seg som fortvilende for denne informanten. En annen

informant oppga også at hun syntes det var vanskelig noen ganger å måtte klare seg selv og ikke få mere hjelp. Ragnhild sa det på denne måten:

*«Ja, jeg har sagt i fra når jeg synes det har gått vel langt da, men det er som regel at jeg prøver å gjøre det selv da.»*

Flesteparten av informantene uttrykte erfaringer med hvordan man kan oppnå det en ønsker med rehabiliteringsoppholdet, er mye opp til en selv. Olga fortalte at hun opplevde å få mere informasjon når hun ble friskere fordi hun i større grad kunne stille spørsmål. Anton mente det var viktig å forstå betydningen av å gjøre en egen innsats i rehabiliteringsprosessen. Han oppga også forståelsen av at prosessen strakte seg langt utover de to ukene som brukere vanligvis blir tildelt ved kommunale rehabiliteringsinstitusjoner, og kom til å fortsette etter at han var kommet hjem. Han uttrykte også at han selv bestemte hva han ville legge vekt på av det personalet sa.

*«Nei, dem får si akkurat hva dem vil. Jeg bestemmer sjøl hva jeg skal legge vekt på.»*

Karsten og Berit sa begge de erfarte de ikke hadde noe annet valg enn å trene og komme seg på beina selv om det kunne være smertefullt, men at det var nødvendig selv å ha et realistisk forhold til situasjonen som var oppstått.

*«Men når situasjonen er blitt som den er blitt sånn, da nytter det ikke å løse det med bare fantasidrommer. Du må erkjenne at virkeligheten er der.»*

Berit hadde en formening om at hun kanskje ikke hadde vært så sprek som hun var hvis hun hadde trent mindre. Dette gjaldt flere av informantene og mange snakket om nødvendigheten av å bidra aktivt i prosessen selv. Gudrun hadde følgende oppfatningen av hva egen innsats betød for å oppnå god kommunikasjon med personalet.

*«Også tror jeg det at hvis du er blid og hyggelig sjøl, så er folk blide og hyggelige mot deg.»*

### **5.3.5 «Hva som var viktig for meg»**

To av underkategoriene i analysen handlet om hva informantene opplevde som viktig for dem selv. Den ene kategorien forteller om hva de hadde opplevd som det viktigste som var blitt sagt til dem under oppholdet i avdelingen, mens den andre kategorien forteller om informantenes egen oppfatning av hva som var viktig for dem selv i forbindelse med rehabiliteringsoppholdet. Det som informantene oppga som viktig for dem ble vurdert som en vesentlig kilde til å forstå hva informantene ønsket seg av kommunikasjonen med personalet,

og dermed bidra til å besvare problemstillingen; «Hvordan opplever eldre med kommunal rehabilitering kommunikasjonen med personalet». I noen av intervjuene uttrykte informantene spontant hva som var viktig for dem, mens andre uttrykte hva de opplevde som viktig etter å ha blitt spurt om det. Olga var den eneste som ga uttrykk for hvilken rolle den medisinske behandlingen spilte. Det at det handlet om hvordan hun pustet kan gi en forståelse av hvorfor det ble beskrevet som viktig for henne.

*«For meg var det viktig å få behandlet det så godt som mulig sånn at jeg fikk puste.»*

Noen av informantene som uttalte seg om temaet snakket om betydningen av å bli sett og forstått av personalet. Det ble beskrevet som viktig å få en forståelse av at personalet faktisk var interessert i hvem de var og deres tilfelle. Olga uttrykte det som et behov hun hadde. Hun sa at hun hadde behov for å få forståelse for hvem hun er fra personalet. Gudrun snakket om det mer som et ønske og sa at hun likte at personalet interesserte seg for henne. Når personalet så henne i øynene mens de snakket med henne, fikk hun følelsen av at de interesserte seg for henne, forklarte hun.

*«Når du prater med folk, så er jeg for min del sånn at jeg må se folk i øya alltid, for da føler jeg at dem interesserer seg for meg.»*

Karsten trakk fram målmøtet som et viktig ledd i rehabiliteringsprosessen for han og familien. I denne sammenhengen opplevde han at personalet interesserte seg for ham. Han sa målmøtet ga dem litt innføring i hva personalet tenkte om hans tilfelle og framtiden, og at det sikkert var noe han og familien hadde litt behov for.

Både Olga og Gudrun hevdet at det var betydningsfullt at det var noen blant personalet de følte de fikk god kontakt med. Gudrun oppga at det var viktig å finne en hun kunne stole på og prate med, mens Olga sa det var viktig at noen forstod henne.

*«Det har så stor betydning for den som er syk, at du har et menneske som forstår deg.»*

Å ha en eller flere faste personer blant personalet å forholde seg til ble beskrevet av Olga som viktig for henne når hun var syk. Og stadig måtte forholde seg til nye mennesker som ikke kjente henne, var lite tilfredsstillende og hun oppga at det kanskje kunne handle om utrygghet. Dette temaet kom hun tilbake til flere ganger under intervjuet.

Også det hverdagslige aspektet av den mellommenneskelige relasjonen med personalet ble vektlagt som viktig av informantene. Å bli hilst velkommen til bords, og å bli spurt om

hvordan man har det ble fremhevet som viktig. At personalet var blide og høflige ble poengtert som vesentlig. Positiv tilbakemelding i form av hyggelige komplimenter om seg selv, samt gåturer og god mat ble også trukket fram som viktig i hverdagen på avdelingen. Gudrun uttalte det på følgende måte:

*«Liksom det, det synes jeg er veldig viktig for meg da, at dem spør «Hvordan har du det i dag?» det skal ikke mere til enn det, synes jeg.»*

Ved å spørre informantene om hva de oppfattet som det viktigste som ble sagt til dem av personalet under oppholdet, hadde informantene forskjellige innfallsvinkler til spørsmålet. En så det fra et praktisk ståsted og oppga at det viktigste var at hun hadde fått informasjon om, og bekreftelse på, at hun skulle få den hjelpen hun hadde behov for når hun kom hjem. En annen la mer vekt på positive tilbakemeldinger, ros og små, hyggelige ord i forbi-farten som bekræftelser på å bli sett for eksempel i form av spørsmål om hvordan det står til. Karsten sa det viktigste var å få ros og at personalet «så litt gjennom fingrene» som han sa. Han hevdet det å få handlingsrom fra personalet kunne få brukerne til å ville yte litt mer. For Ragnhild var det viktigste å bli ønsket velkommen på en måte som ble oppfattet som oppriktig.

*«Ja, at dem synes det er koselig at jeg kommer (ler). Ja, hvis dem mener det så. Ja, det er koselig det at en er velkommen, ja»*

## **5.4 Oppsummering av resultatene**

Resultatene av denne studien viser at informantene hovedsakelig var fornøyde med hvordan de opplevde å kommunisere med personalet. Likevel kom det fram i materialet at enkelte hadde opplevd at det ikke alltid var like lett. Det viste seg at årsaken til dette kan synes å ligge hos personalet, men også å være en følge av nedsatt kapasitet og funksjon på grunn av sykdom hos informantene. I den forbindelsen fortalte informantene om opplevelsen av sårbarhet og hvordan å bli gitt tid til å forstå kunne gjøre det lettere for dem å komme i dialog med personalet. Resultatene ble presentert i fem kategorier: «Jeg følte de forstod meg», «De forstod ikke mine behov», «Det gikk greit etter hvert» og «Det føles litt sårt». I den siste kategorien «Hva som var viktig for meg» ble det gitt et innblikk i hva informantene vektla som viktig for dem under oppholdet på avdelingen. Resultatene kan åpne for en forståelse av hva eldre med kommunal rehabiliteringsplass opplever i kommunikasjon med personalet.

I neste kapittel vil resultatene være gjenstand for diskusjon, og belyses ut fra ulike teoretiske perspektiver.

## **6.0 DISKUSJON OG REFLEKSJON – ELDRE, KOMMUNIKASJON OG EMPOWERMENT SOM FØLELSER**

I dette kapittelet vil diskusjonen av resultatene dreie seg om fremmende og hemmende faktorer for bemyndigende kommunikasjon. Emosjoner og empowerment blir satt i sammenheng for å belyse følelser som et viktig aspekt for hvordan eldre med kommunal rehabiliteringsplass opplever kommunikasjonen med personalet, og hvordan følelsene utgjør en vesentlig faktor for informantenes opplevelse av empowerment.

Tidligere forskning og teori viser at måten å kommunisere og møte andre på kan hindre eller bidra til evnen til å delta i egen tilfriskningsprosess (Askheim og Starrin (2007), Heggdal (2008), Martinsen (2002), Thornquist (2009)). Hovedfunnene i denne studien viser en klar motsetning i skillet mellom opplevelsen av å bli forstått og ikke å bli forstått eller å bli misforstått. Informantene som ble intervjuet hadde forskjellige opplevelser av hvordan de opplevde å kommunisere med personalet.

I og med at det ikke er funnet tidligere forskning med samme innfallsvinkel, vil funnene diskuteres ut i fra forskning om medvirkning for eldre under sykehus opphold i en geriatrisk avdeling og andre studier og teori som er relevante ut i fra studiens problemstilling. Ved å sette funnene i sammenheng med teori om kommunikasjon, empowerment og emosjoner, gir det grunnlag for å diskutere hvordan eldre med kommunal rehabiliteringsplass opplever kommunikasjonen med personalet i rehabiliteringsprosessen og forhåpentligvis fremheve brukerperspektivet. Men først er det nødvendig å reflektere over metoden.

### **6.1 Fremmende faktorer for bemyndigende kommunikasjon**

En bevisstgjøring av helsepersonell i forhold til fremmende faktorer for bemyndigende kommunikasjon kan synes å bidra til å optimalisere forholdene for rehabilitering for eldre med kommunal rehabiliteringsplass. Faktorene som diskuteres i dette avsnittet er hentet fra kategoriene: «Jeg følte de forstod meg» og «Det gikk greit etter hvert».

#### **6.1.1 Tillit**

Dialogens funksjon i helsefremmende arbeid vil være å styrke håpet om at det er mulig å forstå, håndtere og finne mening for livet framover (Heggdal, 2008). Dersom samhandling skal være bemyndigende er tillit grunnleggende (Stang, 2009). Flere av informantene fremhevet tillit til personalet som viktig for dem. For å oppnå tillit i relasjonen mellom pasient-fagperson er det viktig at pasienten utvikler tillit til fagpersonen. Like viktig kan det

synes at tilliten går andre veien. Tillit til brukeren er en holdning hos fagutøveren (Stang, 2009). Holdninger som fremheves som bemyndigende er respekt, tillit og tro på at individet kan styre over seg selv (Stang, 2009). Å vise tiltro til at det brukeren sier er sant for vedkommende, vil være av betydning for tilliten mellom bruker og personalet i en rehabiliteringssituasjon. Å gjøre gyldig det brukeren sier er en forutsetning for bemyndigelse av brukeren (Heggdal, 2008). For svært skrøpelige individer, vil det ligge medvirkning og opplevelse av empowerment i å kunne uttrykke behovet for å komme på toalettet og bli trodd (Heggdal, 2008). Som filosofen Løgstrup sier det oppstår tillitsskapende kommunikasjon når partene i kommunikasjonen møter hverandre med et balansert forhold mellom tillukkethet og åpenmunnethet (Martinsen, 2002). Flere av informantene i studien bemerket personalets væremåte. For å utvikle en god relasjon er væremåte, en av tre forhold av betydning (Røkenes og Hanssen, 2012). Hvordan helsepersonell snakker, nevnes som en del av væremåten og har betydning for å utvikle en god relasjon (Røkenes og Hanssen, 2012). Fagutøvere må gjøre seg tilliten verdig, den oppstår ikke av seg selv, men gjennom samspillet mellom mennesker (Stang, 2009). Selv ikke fra kritisk syke kan en forvente fullbeholden tillit (Stang, 2009). I denne studien ga informantene beskrivelser av personalet som kan tyde på at de hadde tillit til dem. Uttalelsen om at personalet har fine menneskelige trekk synes å understreke dette.

Å gi muligheten til å kommunisere trygt er i følge Hjort (2010) personalets ansvar. Spesielt i forbindelse med skrøpelige eldre har personalet et særskilt ansvar for å åpne for kommunikasjon sier han, fordi eldre med sykdom er i en spesielt sårbar posisjon og kan derfor ha behov for at kommunikasjonen initieres av personalet for at brukeren i det hele tatt skal make å kommunisere (Hjort, 2010). Dette underbygges av funnene i studien. Informantene oppga hvordan personalet oppfordret til dialog og ga uttrykk for dette som bemyndigende da personalet viste tillit gjennom å ta det som ble fortalt på alvor.

For brukerne vil det være avgjørende å ha tillit til personalets kompetanse i en rehabiliteringsprosess for å opprettholde motivasjonen til å utføre øvelser og aktiviteter på tross av smerter, lite energi og mulige vansker med å kommunisere. Informantene i studien fortalte om hvordan de opplevde å bli utfordret av personalet til å prøve å gjøre ting som føltes vanskelig, som for eksempel påkledning. Det ble poengtert at personalet gjorde dette på den eneste riktige måten og det var ved å være blide og hyggelige. I den sammenhengen ble det fremhevet hvordan personalet var flinke til å motivere. I hovedsak ble dette gjort gjennom å gi ros. Informantene i studien til Wikman og Fältholm (2006) gir også uttrykk for at de setter pris på å bli rost for sine prestasjoner og sier at det fører til at de føler seg sett. Eline



Thornquist (2009), retter derimot et skråblikk mot hvordan ros kan brukes og oppfattes i en faglig sammenheng. Fagutøvere gjør hele tiden vurderinger av pasientenes prestasjoner, og det kan fort bli en (u)vane å kommentere prestasjoner med rosende ord. For at ros skal ha en reell funksjon må de rosende ordene være knyttet til faktiske observasjoner, ellers kan de undergrave tilliten til personalet. Ros i denne sammenhengen kan også oppleves av brukere og pasienter som ord uten reelt innhold, fordi de selv ikke opplever å prestere godt. Da kan ros bidra til å skape distanse, eller mistillit mellom bruker og personell (Thornquist, 2009). Empowerment vil kun oppnås dersom ros gis på en reell og tillitsvekkende måte.

### **6.1.2 Å føle seg forstått, sett og hørt**

For å ønske å åpne seg og dele sine erfaringer er det viktig å føle seg forstått (Heggdal, 2008). Informantene forklarte hvordan de opplevde å bli forstått av personalet. Opplevelsen av å bli sett og føle at personalet var interessert i hver enkelt person ble i stor grad oppgitt av informantene i denne studien å oppstå gjennom samtale og ved å få en forklaring i situasjoner som var krevende for informantene å forstå. Som mennesker er det helt avgjørende for oss hvordan det vi sier blir mottatt (Stang, 2009). Bekreftelse og å bli hørt er viktig gjennom hele livet. Dersom en blir overhørt, man ikke får svar eller tegn til at andre har forstått det vi sier, vil dette kunne få oss til å tvile på oss selv (Stang, 2009). Det ble oppgitt å være viktig for informantene at personalet interesserte seg for dem. Informantene opplevde interesse fra personalet blant annet når de oppnådde blikkontakt når de snakket sammen. Blikkontakt signaliserer interesse og tilgjengelighet i møte med andre (Thornquist, 2009). «Å bli sett» er et uttrykk for å bli tatt på alvor og respektert (Thornquist, 2009). Når personalet tok seg tid til å hilse og gi litt oppmerksomhet selv om de hastet forbi, var det handlinger informantene identifiserte som viktige for dem under oppholdet. Denne typen oppmerksomhet synes tilstrekkelig for å opprettholde følelsen av å bli sett. En person som hilser og ser på et annet menneske, signaliserer anerkjennelse og respekt ovenfor den andre (Thornquist, 2009). Men også gjennom å lytte og stille åpne spørsmål vises forståelse og aksept for det enkelte individets tilværelse (Heggdal, 2008).

En vesentlig årsak til at eldre med kommunal rehabiliteringsplass bør få anledning til å snakke med personalet, ble beskrevet av informantene i studien gjennom å uttrykke dette som et grunnleggende behov. Heggdal poengterer at mennesker med kroniske lidelser har et stort udekket behov for å samtale med helsepersonell (2008). Det antas at det samme gjelder eldre med langvarig og sammensatt sykdomsbilde.

Men også måten helsepersonell kommuniserer på har betydning for hvorvidt personen med behov for helsehjelp føler seg trygg og ivaretatt, eller ikke (Thornquist, 2009). Måten å kommunisere på ligger i tonen, klangen og rytmen i språket (Martinsen, 2002). Sammen med geberden<sup>7</sup> vil dette være medvirkende til følelsen av bemyndigelse i en kommunikasjonssammenheng (Martinsen, 2002). På denne måten blir hvordan vi kommuniserer avgjørende for hvordan eldre med kommunal rehabiliteringsplass opplever bemyndigelse gjennom kommunikasjon. Følelsen av å være bemyndiget betyr ikke nødvendigvis å være autonom, eller ta avgjørelser uten å få motstand (Thornquist, 2009). Å oppleve å få forståelse behøver heller ikke nødvendigvis å være ensbetydende med at partene er enige. Men det kan være bestemmende for videre samarbeid hvordan uenighet håndteres med bakgrunn i hvordan dette oppleves av brukeren (Thornquist, 2009). Informantene beskrev hvordan de opplevde å få forståelse fra personalet på tross av ulike oppfatninger. De oppga hvordan gode forklaringer fra personalet hjalp dem å forstå vanskelige situasjoner. Dette bidro til at informantene følte seg forstått selv om de ikke var enige med personalet. Måten vi møter hverandre på er avgjørende for samtalen i følge filosofen Skjervheim (Martinsen, 2002). Samtalepartene bør møte hverandre med ærbødighet og snakke om samme sak. Deltakerne er subjekter i forhold til samme sak og lar seg engasjere av det den andre sier og meddeler egne synspunkter som likeverdige parter. Det er ikke avgjørende om de er enige, men hvordan den andres synspunkter besvares må gjøres på en slik måte at den andre forstår at du har respekt og tiltro til det den andre sier (den tre-leddete relasjon). Det kan virke undertrykkende og true samtalen hvis den ene parten bare slår fast at den andre sier noe uten å respondere på dette. Da oppstår en to-leddet relasjon, som betegner at personene er i hver sin verden og ikke snakker om samme sak (Martinsen, 2002). Den tre-leddete kommunikasjonen synes å kunne føre til at partene i en dialog vil kunne oppleve å forstå og bli forstått. I mange tilfeller synes det å føle seg forstått å være viktigere for personen det gjelder enn å mestre aktivitetene personalet anser som viktige for at brukeren skal komme raskest mulig hjem. Dette viser hvordan empowerment i arbeid med eldre kan forstås fra flere perspektiver og kan komme i konflikt med hverandre. Med brukerens egen selvfølelse og forståelse på den ene siden, og systemets krav til systematisk og effektiv rehabilitering på den andre siden.

---

<sup>7</sup> Geberden er et kroppslig uttrykk som gir uttrykk for en persons tilstedeværelse og sannheten i ordene som blir sagt (Martinsen, 2002).

### **6.1.3 Å få forståelig informasjon**

For å forstå forskjellige sammenhenger og andre mennesker er dialog og god kommunikasjon grunnleggende (Røkenes og Hanssen, 2012). Dialog er også en forutsetning for bemyndigelse (Stang, 2009). Det er avgjørende for hjelperen å få kunnskap om den hjelpetrengendes ressurser og behov gjennom erfaring- og meningsutveksling (Stang, 2009). Kommunikasjon i seg selv, med vekt på informasjon, fremgår i tidligere forskning som faktor for å legge til rette for deltagelse som igjen bidrar til empowerment (Ekdahl m.fl., 2009). I denne studien oppga ikke informantene direkte informasjon i sammenheng med bemyndigelse. Derimot ble informasjon trukket fram som en kilde til frustrasjon fordi det ble tydelig for enkelte informanter når informasjonen sviktet. Likevel ble det beskrevet hvordan personalet ga forklaringer om forskjellige forhold som bidro til forståelse for informantene. På bakgrunn av dette er informasjon forstått som en indikator som bidrar til å oppleve å få forståelse fra personalet. Å motta informasjon gir individet grunnlag for å kunne delta i prosesser og avgjørelser vedrørende egen helse (Ekdahl m.fl., 2009). Informantene i denne studien ga også uttrykk for at de ønsket å forstå det som ble sagt. Flere fortalte at de hadde opplevd ikke å forstå det personalet snakket om. Dette viste seg i hovedsak å ha sammenheng med at de selv hadde redusert kapasitet på grunn av smerter, sykdom eller nedsatt syn/hørsel. Dette vil diskuteres nærmere i neste avsnitt.

Den terapeutiske tilnærmingen til empowerment vektlegger betydningen av å styrke individets evner for å kunne ta egne valg framfor å være passive mottakere av helsetjenester (Askheim, 2012). Sentralt i empowerment tenkningen står tanken om informasjon som et grunnleggende element for å kunne danne seg egen forståelse i bestemte situasjoner for å oppnå mestring (Stang, 2009). Mestring innen rehabilitering er i praksis ofte satt i sammenheng med hvordan brukere mestrer måloppnåelse i forhold til fysiske utfordringer som å gå med rollator, å gå i trapp, kle på seg eller å gå på toalettet alene. Å se mestring i et større perspektiv, særlig i forhold til kommunikasjon, kan synes avgjørende i forhold til eldre brukere med kommunal rehabiliteringsplass når tiden er knapp og viktige mål skal oppnås. Det kan tenkes at veien til å mestre de fysiske utfordringene i en rehabiliteringsprosess kan gå gjennom en bemyndigende kommunikasjon.

### **6.1.4 Tid**

I forskningen til Ekdahl m. fl. (2009) ble det gjort funn som viste hvordan tiden påvirket Eldres deltakelse i kommunikasjonen med personalet. De eldre oppga å delta mindre i kommunikasjonen med personalet når personalet var stresset og hadde liten tid. Det samme

var gjeldende når varigheten av innleggelsen var kort. Dette resulterte i mindre tid til å utveksle informasjon (Ekdahl m.fl., 2009). Tiden det tar å kommunisere tilstrekkelig for å oppnå at brukeren skal føle seg sett og forstått kan synes omfattende i en hektisk hverdag. I studien viste det seg å være avgjørende å ta tiden til hjelp i forbindelse med misforståelser for å oppnå forståelse mellom bruker og personalet. Avhengig av samtaleemne påvirker det hvor mye tid det er behov for i en samtale (Jensen og Ulleberg, 2011). Krevende temaer som gjerne inneholder elementer av følelser eller fremmede tanker, kan ofte være mer tidkrevende enn temaer man har snakket mye om tidligere (Jensen og Ulleberg, 2011). Når helsepersonell er stresset og det er liten tid til å snakke, kan eldre pasienter oppleve at det ikke er anledning til å bidra med egne opplysninger, ønsker og behov (Hjort, 2010). Fra praksis er det kjent at eldre pasienter ofte skulle ønske at personalet hadde bedre tid til å sette seg ned og prate. God kommunikasjon er skreddersøm tilpasset personen og situasjonen (Hjort, 2010).

I studien ble det fremhevet at det kan ta litt tid å bli kjent med personalet. Det synes som eldre med kommunale rehabiliteringsplass oppnår større grad av trygghet og opplever mer forståelse når personalet har mulighet til å ta seg tid til å gjennomføre en samtale fra begynnelse til slutt. I vår samtid har tempoet og kravet til effektivitet økt og mange oppgaver skal utføres på kort tid (Jensen og Ulleberg, 2011). Men tidsoppfattelsen er ulik for alle og er en del av vår subjektive erfaring (Jensen og Ulleberg, 2011). Dette impliserer hvordan brukere og profesjonsutøvere vil kunne ha vidt forskjellige oppfattelser av tiden samtalen varer. Sett i sammenheng med at mange eldre er vant til å bo alene og ha en hverdag der tiden ikke er knapp, kan raske beskjeder uten mere opplysninger komme til å framstå som lite vennlige, eller være vanskelige å få med seg. Likevel kan bare litt tid til kommunikasjon også være meningsfylt. Kari Martinsens (2002) betraktninger rundt tid og samtale gjenspeiler denne forståelsen. Det gjelder å ta seg tid til samtale til tross for at tiden vi benytter ikke er lang målt med klokken. I samtalen kan vi finne forankring, men det krever et nærvær som forstyrres av travelhet og effektivisering poengterer hun. Men kunnskap og tid kan også nære samtalen. Denne tiden er derimot en annen forståelse av tid enn vår tids konstruksjon av tid som hastig og travel (Martinsens, 2002). Dette underbygger hvordan nærværet i samtaler er overordnet tiden som brukes for å gi hverandre anerkjennelse og bidra til at samtalen kan bli bemyndigende. På bakgrunn av dette, gir det forståelse til en av informantenes utsagn om betydningen av å føle seg sett når personalet tar seg tid til å hilse vennlig eller gi en hyggelig kompliment.

## **6.2 Hindrende faktorer for bemyndigende kommunikasjon**

Her vil faktorer for hva som hindrer bemyndigende kommunikasjon belyses på bakgrunn av funnene hentet fra kategoriene «De forstod ikke mine behov» og «Det føles litt sårt».

I materialet ses en betydelig dreining fra en positiv måte å omtale personalet på, til mer negative beskrivelser av hvordan informantene erfarer å være i bruker rollen. Forståelsen av dette kan være at det er lettere å fortelle om hvordan egne opplevelser kan være negative på en plausibel måte, mens det kan føles ufint å beskrive personalet i negative ordelag. Å uttrykke dårlige erfaringer med andre kommer gjerne til uttrykk i omskrevne former da det er vanlig å ønske å opprettholde en viss form for høflighet når man snakker om andre (Thornquist, 2009). Enkelte av informantenes beskrivelser av negative erfaringer ble forstått å omhandle kommunikasjonen med personalet.

### **6.2.1 Redusert funksjon**

Informantene så situasjonen sin fra et sykdomsperspektiv. Alle oppga i en eller annen valør at de var svekket, redusert eller satt tilbake.

Empowerment perspektivet i et helseperspektiv beskrives som fravær og reduksjon av maktesløshet, hjelpeløshet, fremmedgjøring, offerrollen, undertrykkelse, undergraving og paternalisme (Ekdahl m.fl., 2009). Innleggelse i institusjon vil kunne utløse situasjonsbetinget maktesløshet ved plutselig skifte av omgivelser preget av ukjente rutiner og mennesker (Stang, 2009). I den sammenheng kan en følge av maktesløshet vise seg i form av skepsis til omgivelsene. Med tanke på kommunikasjon med mennesker som er rammet av situasjonsbetinget maktesløshet er blant annet informasjon en sentral faktor for å motvirke denne opplevelsen (Stang, 2009). Dette understøtter funnet i denne studien om hvordan sykdom virket hemmende for kommunikasjonen med personalet. Dette viste seg utslagsgivende for informanten som fikk mindre informasjon enn ønsket og som hun oppga førte til opplevelsen av maktesløshet. Ekdahl m.fl., (2009) fant i sin studie at faktorer som var til hinder for kommunikasjon i forbindelse med sykdom og høy alder, kan være å være for trøtt, å ha smerter eller å være for forvirret til å kommunisere, eller i det hele tatt å være interessert i å kommunisere. Kunnskap om hva som virker hemmende for kommunikasjon ved sykdom i høy alder kan være utslagsgivende i en rehabiliteringsprosess. Behovet for å øke helsepersonells bevissthet i forhold til å tilpasse kommunikasjonen til hver enkelt bruker ser ut til å ha et potensiale for å bedre situasjonen for brukere med redusert funksjon i forhold til å mestre å kommunisere med personalet.

Opplevelsen av maktesløshet henger ofte sammen med opplevelsen av manglende kontroll (Stang, 2009). Fagutøvere må derfor bruke sin kompetanse for å redusere opplevelsen av manglende kontroll for å bemyndige brukeren (Stang, 2009). Det er individuelle forskjeller i hva som gir opplevelse av kontroll i forskjellige situasjoner og for yrkesutøveren kan dette være en utfordring som krever kreativ tilnærming for å finne fram til hva som er riktig tilnærming for den enkelte bruker. Det er også viktig å merke seg at for noen vil det å oppleve kontroll være å gi fra seg ansvaret og overlate avgjørelser vedrørende egen helse til andre. Opplevelsen av maktesløshet er økende med økende grad av alvorlighet ved sykdom. Dette kan forklare hvordan faren for å oppleve kommunikasjon som krenkende eller uvennlig kan øke for eldre med sykdom eller skade. Situasjonsbetinget maktesløshet<sup>8</sup> i forbindelse med sykdom, vil i mange tilfeller vise seg der personen er preget av smerter (Stang, 2009). Dette kan synes sammenfallende med denne studiens funn om hvordan sterke smerter kan gjøre det vanskelig å oppfatte eller forstå rutiner eller regler i rehabiliteringsavdelingen. For å kunne møte denne typen utfordringer synes behovet for kompetanse om kommunikasjon i arbeid med eldre og rehabilitering.

I denne studien uttrykte flere av informantene hvordan mye var opp til dem selv, både i forhold til å gjennomføre en rehabiliteringsprosess, men også i forhold til å møte og kommunisere med personalet. En av informantene oppga at hun mente hun ville bli møtt på en blid og hyggelig måte av personalet, hvis hun var blid og hyggelig selv. I denne sammenhengen kan dette være et bilde på hvordan ansvaret på brukerne i ytterste konsekvens kan føre til at eldre med kommunal rehabiliteringsplass blir ansvarliggjort for måten de blir møtt på og snakket til. I nest underkapittel vil ansvarliggjøring av eldre med kommunal rehabiliteringsplass i forhold til mestring og empowerment bli diskutert.

Det er kjent at rehabilitering med eldre kan kreve omfattende medisinsk behandling parallelt med rehabiliteringsprosessen (Bergland og Krohne, 2012). Utfordringene med å formulere mål kan virke uoverkommelig når situasjonen oppleves som maktesløs. Dette kan også være vanskelig å formidle. Robert Adams (2008) foreslår derimot at en metode for å bidra til empowerment i arbeid med eldre er å innlemme dem i målformuleringsarbeidet. I studien til Hovdenes (2002) oppgis delaktighet å gi mening til tilværelsen. Fra praksis i arbeid med eldre og rehabilitering derimot er det likevel kjent at gode intensjoner om å bemyndige brukerne ved å innlemme eldre i målformulering kan virke mot sin hensikt og føre til maktesløshet i

---

<sup>8</sup> Definisjon av «Situasjonsbetinget maktesløshet» - «individets opplevelse av manglende kontroll i en gitt situasjon» (Stang, 2009).

tilfeller der eldre med kommunal rehabiliteringsplass ikke har forutsetninger for å utforme egne mål på grunn av redusert kapasitet.

Kunnskap om tilpasset kommunikasjon antas å kunne løse denne type utfordringer og bidra til opplevelse av empowerment for brukeren.

### **6.2.2 Opplevelsen av ikke å bli tatt hensyn til**

Gjennom respekt og kjennskap til individets tålegrenser formidles forståelse, påpeker Heggdal (2008). Ved å lytte til brukerens stemme vil kunnskap om individets tålegrense oppnås. Når individet gis mulighet eller hjelp til å fortelle om hvordan situasjonen ser ut fra sitt ståsted, vil dette bidra til empowerment (Heggdal, 2008). I en rehabiliteringskontekst er selvstendighet et ideal og ofte et mål på vellykket rehabilitering (Askheim, 2012). Eldre med kommunal rehabiliteringsplass har gjerne utfordringer i forhold til å mestre ADL<sup>9</sup> og/eller har redusert funksjon i forhold til mobilitet og balanse når de kommer til avdelingen ([www.sykehjemsetaten.oslo.kommune.no](http://www.sykehjemsetaten.oslo.kommune.no)). Men også utfordringer i forhold til kommunikasjon ses hyppig. I denne studien er det funnet flere eksempler på hvordan informantene oppga at når de selv hadde problemer med å kommunisere, opplevde de kommunikasjonen med personalet som besværlig og lite bemyndigende. Ved forskjellige anledninger ble dette relatert til mestring av forskjellige oppgaver som påkledning og bruk av høreapparater. Dette funnet støttes av tidligere forskning som peker på at pasienter med syn og hørselsrelaterte kommunikasjonsproblemer ikke ble tatt hensyn til (Ekdahl m.fl., 2009). Dersom dette er representativt for kommunale rehabiliteringsinstitusjoner omfatter dette svært mange mennesker som opplever ikke å bli lyttet til.

I følge Askheim og Starrin (2007) er empowerment i et terapeutisk perspektiv sidestilt med begrepet mestring. I samtaler mellom fagpersoner og hjelpetrequende skal ikke fagpersonen være ledende, men på lik linje med den hjelpetrequende være en samtalepartner (Askheim og Starrin, 2007). I forskning er det mange forskjellige tolkninger av empowerment begrepet (Aujoulat m.fl., 2006). En av tolkningene som ofte benyttes i forbindelse med forskning i helsevesenet, er hvordan forståelsen av empowerment er sammenfallende med at pasienten er ansvarlig for sine valg og konsekvensene av dem (Aujoulat m.fl., 2006). I arbeid med eldre i en rehabiliteringskontekst, vil denne forståelsen av empowerment være lite fruktbar for mange fordi redusert kapasitet øker behovet for forståelse og støtte til å gjennomføre en

---

<sup>9</sup> «Activities of Daily Living» er beskrevet som dagliglivets aktiviteter og innebærer å utføre aktiviteter som personlig hygiene, påkledning, tilberede og spise et måltid (Duncan, 2006).

rehabiliteringsprosess. I studien av Aujoulat m.fl. (2006) var det kun en av 55 studier som beskrev empowerment som et produkt av ekte samhandling. Det er denne forståelsen av empowerment i rehabilitering med eldre som kan synes å fungere.

For å oppnå mening og sammenheng fordrer det felles forståelse av situasjonen (Thornquist, 2009). Felles forståelse skapes gjennom dialog, men det er viktig at fagutøveren undersøker hva som gir mening for den enkelte (Thornquist, 2009). Særlig i arbeid med eldre og rehabilitering synes det vesentlig å komme fram til en felles forståelse av hva rehabilitering innebærer fordi rehabiliteringstanken er ukjent og innebærer mange ganger store utfordringer for brukeren i form av fysiske anstrengelser. Brukeren kan oppfatte det som er ment fra personalets side som oppmuntring og motivasjon til å mestre utfordringer, mens det fra brukerens side kan oppfattes som motstand og uvilje fra personalet til å gi hjelp i en krevende situasjon. Andre ganger kan behovet for hjelp synes som undervurdert av personalet.

I Hvalviks studie (2008), oppga informantene at god rehabilitering var å hvile og «komme seg». Dersom dette er realiteten bak hva eldre ønsker seg av et rehabiliteringsopphold og det ikke blir kommunisert, vil det fort kunne føre til misforståelser og være til hinder for samhandling og kommunikasjon. Dette kan illustrere hvordan brukerne og personalet ikke er samstemte i sine oppfatninger av rehabiliteringen og hvordan personalets forventninger til den eldre rehabiliteringsbrukeren ikke er i overensstemmelse med brukerens egne forventninger. Ulik forståelse av situasjonen med bakgrunn i ulike erfaringer, opplevelser og kompetanse kan føre til at personalet og bruker har forskjellige opplevelser av brukerens situasjon (Stang, 2009). Brukerens fokus er ofte «her-og-nå», mens personalets perspektiv er mer rettet framover i tid (Stang, 2009). Ved å dele sin forståelse gjennom dialog, vil det dannes et rom for fruktbar samhandling (Røkenes og Hanssen, 2012). Dette kan kanskje forklare noe av årsaken til at uakseptable uttalelser er et av tre forhold klager på fagutøvere ofte handler om (Røkenes og Hanssen, 2012).

### **6.2.3 Å bli undervurdert**

Empowerment i arbeid med «svake grupper» - som brukere med utfordringer i forhold til kommunikasjon, innebærer et verdivalg i synet på brukerne (Askheim, 2012). Funn i studien forteller om informantens opplevelser av å bli undervurdert av personalet. Det ble særlig nevnt i sammenheng med at informanten hadde problemer med kommunikasjon. Personer med språkvansker og kommunikasjonsproblemer er mer utsatt for undertrykking (Askheim, 2012). Dersom målet er at empowerment skal oppleves av alle som mottar helsetjenester, kan



det være nødvendig å ha personale som innehar spesielt god kompetanse innen kommunikasjon for å kunne fange opp signalene brukerne gir og legge til rette for at brukerens stemme blir hørt og felles forståelse av situasjonen oppnås (Askheim, 2012). Det er dette som gir grunnlag for videre handling i et bemyndigende perspektiv (Askheim, 2012). Når informantenes kommunikasjonsproblemer var fremtredende, oppga informantene i større grad å oppleve at de ikke fikk valgmuligheter og at personalet tok styring over andre personlige forhold som for eksempel bevegelsesmønster og tempo i bevegelser samt bruk av hjelpemidler. Disse forholdene synes svært subtile og kan være vanskelige å sette fokus på.

### **6.3 Følelser som grunnlag for bemyndigelse**

I dette avsnittet er funnene som diskuteres fortrinnsvis hentet fra kategorien: «Hva som var viktig for meg», enkelte funn er likevel hentet fra de andre kategoriene. Disse funnene gjenspeilte da i stor grad følelser. Når informantene i denne studien fortalte om deres opplevelser av kommunikasjonen med personalet, ble det ofte uttrykt ut i fra hvilke erfaringer de hadde med å være syke og å være i brukerrollen. For de fleste av informantene ble det fortalt om gjennom forskjellig grad av følelsesladde beskrivelser. Følelser var fremtredende i mange av intervjuene. Følelsene våre er en relasjonell størrelse med mellommenneskelig forankring hevder Cato Wadel (1996). Betegnelsen på den mellom menneskelige forankringen av slike forhold er «følelses-forhold» som vi til en hver tid har mange av. Samhandling er preget av «følelses-forhold», og så svært små former for samhandling som å hilse (Wadel, 1996). Når personalet hilste, fortalte informantene i denne studien at de følte seg sett og at det var viktig for dem. Som kommuniserende vesner vil følelsene våre trenge seg fram gjennom det non-verbale språket og dermed fortelle om våre anliggender (Wadel, 1996). I samhandling med andre mennesker kan vi kjenne hvordan det andre mennesket bidrar til å føle oss forstått eller ikke forstått. Å være syk kan øke graden av denne typen opplevelsene da sykdom ofte kan forsterke følelsene generelt og viser seg i gitte situasjoner, mens det samme ikke vil være tilfelle for personalet (Stang, 2009). I dette skillet mellom personalet og bruker, kan brukeren komme til å føle seg fremmedgjort når personalet stiller seg uforstående til følelsene og reaksjonene hos bruker. I slike situasjoner er det brukere og pasienter opplever at helsepersonell avviser deres følelser som ubetydelige (Stang, 2009). I studien til Wikman og Fältholm (2006) oppga informantene at de satte pris på helsepersonell som maktet å ta inn over seg brukernes følelser, dette gikk under forståelsen av å bli bekreftet.

På bakgrunn av filosofen Martin Heidegger, uttrykker Wadel hvordan vi mennesker alltid er i en form for «stemthet» i forhold til andre mennesker (Wadel, 1996). I situasjoner der brukere

kan føle seg fremmedgjort, synes det vesentlig for personale og bruker å være «stemt». Følelsesmessig stemthet er å være inne i relasjonen med et annet menneske og å være i et annet menneskes nærvær. Dette innebærer å være tilstede i situasjonen og kan kreve veloverveide ord. Men når denne følelsesmessige samstemtheten er oppnådd er ikke ordene lenger avgjørende for å opprettholde samstemthet (Wadel, 1996). På bakgrunn av dette kan det forstås at valg av ord kan synes essensielt for oppnåelse av samstemthet. Det er med på å synliggjøre behovet for at helsepersonell har et bevisst forhold til hvilke ord de benytter i kommunikasjon med brukere. Samhandling preget av samstemthet er gjerne tilforlatelig og er ofte ikke oppe i bevisstheten før det oppstår et brudd (Wadel, 1996). Når informantene tilkjennega hvordan kommunikasjonen med personalet også kunne være vanskelig, ble dette beskrevet på en måte som kan forstås som brudd i den følelsesmessige samstemtheten. Som følge av å være ustemt med personalet oppga informantene å oppleve negative følelser som kan tolkes som resignasjon og usikkerhet. Gjennom fortellinger fortalte de også om situasjoner som kunne forstås som at de følte seg såret og krenket. Ved følelsesmessig ustemtthet vil følelsen av mangel på nærvær være tilstede og en kan føle seg alene i tilværelsen (Wadel, 1996). Situasjonell ustemtthet oppleves av de fleste mennesker til stadighet gjennom hele livet og blir vanligvis bearbeidet og glemt etter kort tid (Wadel, 1996). Med kunnskap om sykdom og følelser vil det antas at situasjonell ustemtthet vil kunne gjøre større utslag for eldre med kommunal rehabiliteringsplass i større grad enn andre med lavere grad av sårbarhet.

Flere informanter i denne studien fortalte også om situasjoner og erfaringer som kan forstås som opplevelser av følelsesmessig samstemthet. Personalets innstilling til å inngå i følelsesmessig samstemthet med informantene viste seg spesielt i en situasjon beskrevet tidligere i studien hvor personalet initierte og inviterte informanten til dialog som ledet til bemyndigelse for informanten. Fra fagutøverens side fordrer dette en holdning til å oppfatte brukeren som aktiv deltaker (Stang, 2009). For informantene kan den følelsesmessige samstemtheten synes som vesentlig når de i uttalelsene sine vektlegger forskjellige aspekter ved kommunikasjonen med personalet som viktig. Når informantene oppga hva som var viktig for dem, synes det følelsesmessige aspektet mer fremtredende. Informantene virket mere entusiastiske. De snakket tydeligere, virket mere direkte og det var tydelig at spørsmålet engasjerte.

Ved å knytte sammen følelser og empowerment støter vi på begrepet emosjonell energi (Dahlgren og Starrin, 2004). Gjennom samhandling og kommunikasjon med andre tømmes

eller fylles vi med emosjonell energi. Følelsen av å fylles med emosjonell energi gir følelsen av selvtillit og et ønske om å samhandle med andre mennesker. Lav grad av emosjonell energi fører til det motsatte. Individet opplever maktesløshet og vil trekke seg unna interaksjon med enten andre individer eller grupper (Dahlgren og Starrin, 2004). Individer i spesielt sårbare situasjoner vil kunne tenkes å ha større behov for støtte og empati for å oppleve å få påfyll av emosjonell energi og raskere oppleve å bli tappet. Likevel kan bemyndigelse – eller empowerment i arbeid med brukere og pasienter handle om *følelsen* av bemyndigelse, like mye som reell ansvarliggjøring, gjennom brukerens opplevelse av emosjonell likevekt og kontroll (Stang, 2009). I sammenheng med eldre i en rehabiliteringsprosess og kommunikasjon kan følelsesmessige samstemtheten kjennetegne bemyndigende kommunikasjon der opplevelsen av å være samstemt fyller den eldre rehabiliteringsbrukeren med emosjonell energi som fører til ønske om å gjenvinne helse og liv.

#### **6.4 Oppsummering av diskusjonen**

I diskusjonen er det pekt på forhold som fremmer og hemmer bemyndigende kommunikasjon, og hvordan følelser kan ses som en viktig dimensjon i rehabiliteringsprosessen for eldre med kommunal rehabiliteringsplass.

Fremmede faktorer for bemyndigende kommunikasjon viste seg i denne studien som gjensidig tillit mellom informantene og personalet. Informantenes opplevelse av å føle seg forstått i kommunikasjon med personalet ble også diskutert og forstått som bemyndigende. Faktorene informasjon og tid ble diskutert i forhold til forskning og teori om kommunikasjon og empowerment.

Hemmende faktorer for bemyndigende kommunikasjon ble knyttet til redusert funksjon, opplevelsen av ikke å bli tatt hensyn til og i tilfeller der informantene ble undervurdert. Det er når kommunikasjonen svikter, når det oppstår brudd mellom de kommuniserende, opplevelsen av at det blir vanskelig eller umulig å være i dialog synes å oppstå. De hemmende faktorene ble diskutert i forhold til forskning og teori om kommunikasjon og empowerment.

Sist, men ikke minst ble informantenes følelser gjort til gjenstand for diskusjon på bakgrunn av hva de oppga som viktig for dem i sammenhengen med rehabiliteringen. Teori om følelser og sammenhengen mellom følelser og empowerment dannet bakteppet for diskusjonen om hva som var viktig for informantene.

Diskusjonen er utført med tanke på hvordan disse faktorene kan være essensielle i sammenheng med hva eldre opplever som bemyndigende kommunikasjon i en rehabiliteringsprosess.

## **6.5 Styrker og svakheter ved studien**

I utgangspunktet var tanken med å undersøke hvordan eldre med kommunalt rehabiliteringsopphold opplevde kommunikasjonen med personalet sentral for å finne ut av hvordan de eldre opplevde språket og måten personalet snakket på fordi det var rimelig å anta at måten personalet snakket på var utslagsgivende for hvordan informantene nytte gjorde seg kommunikasjonen og dermed rehabiliteringen. Pilotintervjuet tydeliggjorde hvordan informanten i liten grad la vekt på denne typen informasjon. Dette ble bekreftet også i de senere intervjuene og viste å fungere bedre i forhold til intervjuguiden som ble benyttet. Den nye innsikten førte til en forståelse av behovet for å endre eget fokus for studien fra å gjelde det mer språklige i forhold til hvordan eldre med kommunal rehabiliteringsplass opplever *måten* personalet snakker på til å ha fokus på en mer generell forståelse av kommunikasjon og hvordan eldre med kommunal rehabiliteringsplass opplever kommunikasjonene med personalet. Endringen førte ikke til forandring av problemstillingen.

På bakgrunn av erfaringer fra arbeid med tilsvarende gruppe tilsier egen forforståelse at informantene kan tenkes å være autoritetstro og lojale mot sine hjelpere. Eldre i denne situasjonen er ofte avhengige av personalet for å føle trygghet og vil i mange tilfeller tenkes å kunne skjule sine meninger for ikke å vise misnøye ved forholdet til dem som hjelpere av frykt for at det vil kunne gå utover bistanden og behandlingen de er avhengige av (Bondevik, 2012). Etter flere års arbeid innen fagfeltet er det viktig å være bevisst om forforståelsen en bærer med seg for ikke å bli forforinntatt og blind for fagfeltet som Malterud påpeker (2003).

Med tanke på teorien som er benyttet i denne studien, kunne det vært ønskelig og hatt færre, men sterkere studier å støtte seg til. Men på bakgrunn av det lille utvalget som finnes av tematisk relaterte studier, synes teorien likevel å være relevant.

Valg av stedet å utføre studien på, påvirket sannsynligvis utvalget. I en større by antas det at utvalget ville inkludert informanter med annen etnisk opprinnelse enn norsk. Det kan tenkes å kunne ha påvirket resultatene. I utgangspunktet var det tenkt å innhente data på to rehabiliteringsinstitusjoner i forskjellige kommuner. To avdelinger sa seg villig til å ta imot student, men kun den ene avdelingen fulgte opp forespørsler og svarte på videre henvendelser.

Med oppgavens rammer å forholde seg til, ble det valgt kun å innhente data fra en avdeling. Dette antas ikke å ha noen stor innvirkning på resultatene, da kommunene som ble kontaktet hadde store likhetstrekk. Sannsynligheten for at ulikheten mellom informantene på samme sted var like stor som om de hadde kommet fra hvert sitt sted i hver sin kommune. Det eneste aspektet det kunne tilført studien var hvis det var store forskjeller i personalgruppene mellom de to rehabiliterings avdelingene. Da målet med studien ikke var å sammenlikne personalet på forskjellige rehabiliteringsinstitusjoner, ble det vurdert innenfor rammene av studien å være tilstrekkelig å gjøre studien innenfor en avdeling.

Rekrutteringen av informanter ble bestemt at skulle utføres av personalet på intervjustedet fordi de allerede hadde etablert kontakt med brukerne og det kunne tenkes at det følte tryggere for brukerne som ble spurt om å delta i studien. Derimot ble oppgaven gitt til forsker grunnet tidspress i avdelingen. Det viste seg ikke å være en god løsning, da mange av brukerne uttrykte skepsis mot deltagelse når henvendelsen kom fra en ukjent person. Følgene var at i hvert fall to informanter takket nei til å delta i studien.

Et av inklusjonskriteriene for informantene i studien var å være i stand til å reflektere rundt egen situasjon og å kunne uttrykke tankene de gjorde seg. Det var opp til personalet å avgjøre hvorvidt brukere som ble valgt ut til å delta i studien fylte kriteriene eller ikke. Ved en anledning ble informert samtykke signert og intervju påbegynt før det ble oppdaget at informanten ikke fylte kriteriene. Dette kan fortelle noe om at personalet ikke bestandig får anledning til å kommunisere tilstrekkelig med brukerne til å avdekke lettere kognitiv svikt.

Med hensyn til antall deltakere kan det sies ikke å ha gitt uttømmende informasjon, men innenfor rammene av studien var det gjennomførbart å håndtere seks intervjuer. I forhold til antall informanter ga utvalget stor bredde med tanke på at det inneholdt både menn og kvinner og en god spredning i alder.

For å få et større innblikk i livet på avdelingen og samhandlingen mellom informanter og personalet kunne det vært ønskelig og benyttet flere situasjoner og tider på døgnet til å gjøre observasjoner. Observasjonene ble benyttet for å kunne diskutere konkrete hendelser i forhold til kommunikasjon. Dette viste seg å være et nyttig grep som ga informantene et utgangspunkt for å snakke rundt spørsmål om kommunikasjon. Kommunikasjon som tema kan tenkes å kunne oppleves som abstrakt og være vanskelig å snakke om. Det kan tenkes det kunne vært utført flere intervjuer med samme person i tilfellene der informantene ble fort slitne for å sikre uttømmende informasjon. Dette lot seg imidlertid ikke gjøre innenfor rammene av studien. I

etterkant ses også behovet for en ytterligere videreutvikling av intervjuguiden ettersom intervjuene ble gjennomført.

I sammenheng med intervjuene er det også nødvendig å nevne det Kvale og Brinkmann (2009) betegner som asymmetriske maktforhold for å belyse et aspekt ved metoden som bør være gjenstand for refleksjon. Forskningsintervjuet i seg selv er asymmetrisk i sitt maktforhold mellom deltakerne, ved at det er forskeren som setter premissene for initiering og utførelse, mens informanten i liten grad legger føringer for intervjuet (Kvale og Brinkmann, 2009). Informantene i denne oppgaven bærer i seg selv faktorer i form av høy alder og sykdom som varsler asymmetri mellom informant og intervjuer. Dette ble forsøkt løst gjennom eksklusjons/inklusionskriteriene og ved i størst mulig grad å stille åpne spørsmål som informantene selv kunne velge hvordan de ville besvare. Informantene lot ikke til å være merket av noen form for underlegenhet, men fortalte overraskende åpent og ærlig i forhold til spørsmålene som ble stilt. Muligheten for å intervjuer informantene i deres eget hjem kan tenkes å kunne bidratt til økt trygghet for informantene i forhold til å gi ærlige svar om opplevelsene med personalet på avdelingen, dette ble imidlertid ikke vurdert som en mulighet. Med denne bakgrunnsforståelsen, er det klart for diskusjon av resultatene.

## **6.6 Implikasjoner for praksis, utdanning og forskning**

Arbeidsprosessen med denne studien har ført til tanker og refleksjoner rundt mulig videreføring av arbeidet.

Resultatene av denne studien viser at det kan være behov for å gi eldre med kommunal rehabiliteringsplass tilstrekkelig tid og å tilrettelegge for kommunikasjon for at brukere skal oppleve det som bemyndigende å snakke med personalet. I praksis synes det behov for å øke bevisstheten rundt denne kunnskapen, implementere ny forskningsbasert kunnskap og om mulig også å trene og reflektere over egen kommunikasjonspraksis med kollegaer i mye større grad enn det er vanlig i dagens praksis for å forbedre praksis. Dersom personalet i kommunale rehabiliteringstjenester hadde obligatoriske oppdateringskurs, ville dette kunne bidra til å skape et vedvarende holdningsfokus og bevisstgjøring rundt behovet for å kommunisere optimalt med hver enkelt bruker. Selv om det kan virke innlysende å skulle tilstrebe god kommunikasjon, er det kommunikasjonen med helsepersonell og deres holdninger brukerne oftest er misfornøyde med.

I utdanningsøyemed kan økt fokus på betydningen av følelsesaspektet i kommunikasjon og ferdighetstrening i å kommunisere vektlegges i større grad for alt fremtidig helsepersonell.

Med tanke på utfordringene i forhold til andre språk og kulturer hos både brukere og helsepersonell synes kanskje ferdighetstrening spesielt viktig å satse på på alle nivåer av utdanning av helsepersonell og selvfølgelig med en kunnskapsbasert forankring.

I forhold til forskning er det et dokumentert behov for å undersøke flere sider av eldres opplevelser av kommunikasjonen med personalet i rehabiliteringskonteksten og mulighetene er uendelige i forhold til å kunne undersøke forskjellige brukergrupper i forhold til eldres opplevelser av å kommunisere med forskjellige yrkes grupper og i ulike situasjoner. Sammenlikninger av større og mindre rehabiliteringsinstitusjoner med større utvalg og samme problemstilling som denne studien ville også kunne være interessant.

Med tanke på å videreutvikle denne studien, vil det være spennende å undersøke samme problemstilling med et større utvalg som mottar hjemmebaserte kommunale rehabiliteringstjenester. Med større utvalg, ville observasjon bli svært tidkrevende, og det spørs om kanskje et spørreskjema kunne være aktuelt som utgangspunkt for å snakke om opplevelser av kommunikasjon med informantene. I en slik sammenheng kunne det være interessant å diskutere kommunikasjon i et interseksjonelt perspektiv.

## 7.0 OPPSUMMERING OG KONKLUSJON

Denne studien har rettet oppmerksomheten mot hvordan eldre med kommunal rehabiliteringsplass opplever kommunikasjonen med personalet. Gjennom en hermeneutisk-fenomenologisk referanseramme er brukerens perspektiv med fokus på deres opplevelser gjort til gjenstand for undersøkelse. Empowerment perspektivet har underbygget orienteringen mot opplevelsen av det som kan forstås som positivt og fremmede i den relasjonelle kommunikasjonen mellom eldre brukere og personalet i en rehabiliteringskontekst.

Målet med denne studien har vært å undersøke *hvordan eldre med kommunal rehabiliteringsplass opplever kommunikasjonen med personalet.*

Dette ble gjort gjennom deltakende observasjon og halv-strukturerte intervjuer med seks informanter på en kommunal rehabiliteringsinstitusjon. Informantene ble valgt på bakgrunn av bestemte inklusjonskriterier. Studiens fem hovedkategorier fremhever funn som forteller om hvordan eldre med kommunal rehabiliteringsplass opplever kommunikasjonen med personalet.

Studien viser at informantene opplevde for det meste å ha god kommunikasjon med personalet. En av faktorene for god kommunikasjon var å ha tillit til personalet. Informantene opplevde også at kommunikasjon med personalet var god når de følte at personalet forstod dem og når de opplevde å få forståelig informasjon. Men studien fant også at informantene opplevde at kommunikasjonen med personalet ikke var god. Informantene beskrev det som ikke å bli forstått. I situasjoner som ble opplevd som vanskelig for informantene, eller når informantene hadde behov for en forklaring for å kunne forstå, viste det seg at det var nødvendig for personalet å ta seg tid til å kommunisere for å opprettholde informantenes opplevelse av å føle seg forstått og unngå at informantene kjente seg maktesløse. Følelsesmessig samstemthet var betdningsfullt for informantenes opplevelse av god og bemyndigende kommunikasjon med personalet.

På bakgrunn av det som her er beskrevet om eldre og rehabilitering, er det forsøkt å gi et bilde av kompleksiteten som ligger bak forståelsen for hvordan eldre med kommunal rehabiliteringsplass kan oppleve kommunikasjonen med personalet.



## Litteraturliste

Adams, Robert (2008). *Empowerment, participation and social work*. London : Macmillan

Ajoulat, Isabelle, d'Hoore, William og Deccache, Alain (2006). *Patient empowerment in theory and practice: Polysemy or cacophony?* Edinburg: Elsevier Ireland Ltd. Funnet under søk i Medline.

Askheim, Ole Petter (2012). *Empowerment I helse- og sosialfaglig arbeid. Floskel, styringsverktøy eller frigjøringsstrategi?* Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Askheim, Ole Petter og Starrin, Bengt (2007). *Empowerment: i teori og praksis*. Oslo: Gyldendal Akademisk

Bergland, Astrid og Krohne, Kariann (2012). *Rehabilitering for en god alderdom*. I Solvang, Per Koren og Slettebø, Åshild (red.) (2012). *Rehabilitering*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Christensen, Karen (2012). *Aldring sett i et sosiologisk perspektiv*. I Bondevik, Margareth og Nygaard, Harald A. (red.) (2012). *Tverrfaglig geriatri. En innføring*. Bergen: Fagbokforlaget.

Dahlgren, Lars og Starrin, Bengt (2004). *Emotioner, vardagsliv & samhälle – En introduktion till emotionssociologi*. Malmö: Författarna och Liber AB.

Duncan, Edward AS (red.) (2006). *Foundations for Practice in Occupational Therapy*. London: Elsevier Churchill Livingstone.

Daatland, S.O. og Solem, P.E. (2011). *Aldring og samfunn. En innføring i sosialgerontologi*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.

Ekdahl, Andersson og Friedrichsen (2009). "They do what they think is the best for me". *Frail elderly patients' preferences for participation in their care during hospitalization*. Artikkel funnet i databasen Medline 16/6-2011

Fangen, Katrine (2010). 2. utg. *Deltagende observasjon*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke.

Freire, P. (1999). *De undertryktes pedagogikk*. Oslo: Ad Notam Gyldendal

Fugelli, P. og Ingstad, B. (2009). *Helse på Norsk: god helse slik folk ser det*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Heap, Ken (2002) *Samtalen i eldreomsorgen. Kommunikasjon. Minner. Kriser. Sorg*. Oslo: Kommuneforlaget.

Heggdal, Kristin (2008). *Kroppskunnskaping: Pasienten som ekspert i helsefremmende prosesser*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Helsedirektoratet. 2010. *Nasjonale retningslinjer for behandling og rehabilitering av hjerneslag*. Oslo: Helsedirektoratet.

Hjort, Peter F. (2010). *Alderdøm. Helse, omsorg og kultur*. Oslo: Universitetsforlaget.

Holland, Caroline (red.) (2005). *Recruitment and sampling: Qualitative research with Older People*. London: Center for Policy on Aging.

Hovdenes, Gøril Haugen (2002). *Pleier-pasient-relasjonen i sykehjem – tilintetgjørelse eller virkeliggjørelse*. Artikkel i tidsskrift. *Vård i Norden* 3/2002. Publ. No. 65. Vol. 22 No. 3 PP21-26.

Hvalvik, Sigrun (2008). Eldre og rehabilitering: en studie av hva eldre ved en geriatrisk rehabiliteringsavdeling opplever at bidrar til god rehabilitering. Artikkel i tidsskrift. *Klinisk sygepleje*. Årg. 22, nr. 4. Funnet på Google scholar 29/3-2012

Jensen, Per og Ulleberg, Inger (2011). *Mellom ordene*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Kunnskapssenteret (2010). Jamtvedt, Gro og Norderhaug, Inger. Notat 2010. Informasjon om forskningsbehov fra Kunnskapssenterets systematiske oversikter 2009. Oslo: Kunnskapssenteret.

Kvale, Steinar og Brinkmann, Svend (2009) 2.utg. *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Lægreid, Sissel og Skorgen, Torgeir (2006). *Hermeneutikk – en innføring*. Oslo: Spartacus Forlag AS.

Malterud, Kirsti (2001). *Qualitative research: standards, challenges, and guidelines*. The Lancet, vol 358, August 11, 2001

Malterud, Kirsti (2002). *Kvalitative metoder i medisins forskning – forutsetninger, muligheter og begrensninger*. Tidsskrift for Den Norsk Lægeforening nr. 25, 2002; 122: 2468-72.

Malterud, Kirsti (2003). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning: en innføring*. Oslo: Universitetsforlaget.

Martinsen, Bente (2010). *Fysisk avhengighet – når kroppen sviker*. I Graubæk, Anne-Mette (red.) (2010). *Å være pasient. En innføring i pasientologi*. Norsk utgave: Oslo: Akribe AS.

Martinsen, Kari (2002). *Samtalen, kommunikasjon og saklighet I omsorgsyrkene*. Omsorg nr. 1: 14-22 i kompendiet Rehabilitering som prosess, Artikkelsamling Modul G3, Masterstudium i rehabilitering – fordypning barn og eldre. Avd. for helsefag, Høgskolen i Oslo, våren 2010.

Nordhus, Inger Hilde (2012). *Psykologisk aldring*. I Bondevik, Margareth og Nygaard, Harald A. (red.) (2012). *Tverrfaglig geriatri. En innføring*. Bergen: Fagbokforlaget.

Nygaard, Harald A. og Lene Birkedal, (1992). *Rehabilitering i sykehjem – erfaringer fra en tre års periode*. Publisert i Tidsskrift for Den Norsk Lægeforening i 1992, funnet på Google Scholar.

Nygaard, Harald A. (2012). *Kronisk, ikke- ondartete smerter hos gamle*. I Bondevik, Margareth og Nygaard, Harald A. (red.) (2012). *Tverrfaglig geriatri. En innføring*. Bergen: Fagbokforlaget.

<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/nouer/2011/nou-2011-11/7/5/2.html?id=646891>

Rockwood, K., Fillit, H., Brocklehurst, J.C. og Woodhouse, K. (2010). *Brocklehurst's textbook of Geriatric Medicine and Gerontology*. Philadelphia: Saunders Elsevier.

Røkenes, Odd Harald og Hanssen, Per-Halvard (2012). 3. utg. *Bære eller briste. Kommunikasjon og relasjoner i arbeid med mennesker*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke.

Sletvold, Olav og Nygaard, Harald A. (2012). *Biologisk aldring*. I Bondevik, Margareth og Nygaard, Harald A. (red.) (2012). *Tverrfaglig geriatri. En innføring*. Bergen: Fagbokforlaget.

Solvang, Per K. og Slettebø, Åshild (red.) (2012). *Rehabilitering*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

[www.snl.no](http://www.snl.no)

<http://www.soc.uu.se/research/research-projects/gerotranscendence/>

Squires, Amanda J. og Hastings, Margaret (red.) (2002). *Rehabilitation and the Older Person; a handbook for the interdisciplinary team*. Cheltenham: Nelson Thornes Ltd.

Stang, Ingunn (2009). *Makt og bemyndigelse – om å ta pasient- og brukermedvirkning på alvor*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Starrin, Bengt (2007). *Empowerment som livsinnstilling – kan vi lære noe av Pippi Langstrømpe?* (s. 59-71). I Askheim, O-P. og Starrin, Bengt (red.) (2007). *Empowerment i teori og praksis*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Statens helsetilsyn – Internserien 9/2010 *Tilsyn med kommunens rehabiliteringstilbud i sykehjem*. Oslo: Statens helsetilsyn.

St.meld. nr. 21 (1998-99). *Ansvar og meistring. Mot ein heilskapleg rehabiliteringspolitikk*. Helse- og Omsorgsdepartementet.

St.meld. nr. 25 (2005-2006). *Mestring, mulighet og mening. Framtidas omsorgsutfordringer*. Helse- og Omsorgsdepartementet.

St.meld. nr. 47 (2008-2009). *Samhandlingsreformen. Rett behandling- på rett sted- til rett tid*. Helse- og Omsorgsdepartementet.

St.prp. nr. 1 (2007–2008). *Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering. 2008–2011*. Helse- og Omsorgsdepartementet.

Strandberg, G., Nordberg, A., Jansson, L. (2003). *Meaning on dependency of care as narrated by 10 patients*. Artikkel funnet under søk i Medline 7/6-2011

[www.sykehjemsetaten.oslo.kommune.no](http://www.sykehjemsetaten.oslo.kommune.no)

Thomassen, Magdalene (2007). *Vitenskap, kunnskap og praksis – Innføring i vitenskapsfilosofi for helse- og sosialfag*. 1. utg., 2. opplag. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Thornquist, Eline (2009). *Kommunikasjon: Teoretiske perspektiver på praksis i helsetjenesten*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Wadel, Cato (1996). *Følelsenes sosiologi. Om følelsenes mellommenneskelige forankring*. Flekkefjord: Seek AS.

Wikman, Anita Melander og Fältholm, Ylva (2006). *Patient empowerment in rehabilitation: «Somebody told me to get rehabilitated»*. *Advances in physiotherapy*, 2006; 8:23-32.

Wyller, Torgeir Bruun (2012). *Generelt om medisinsk behandling av gamle*. I Bondevik, Margareth og Nygaard, Harald A. (red.) (2012). *Tverrfaglig geriatri. En innføring*. Bergen: Fagbokforlaget.

Aakre, Marie (2012). *Makt og verdighet i eldreomsorgen*. I Bondevik, Margareth og Nygaard, Harald A. (red.) (2012). *Tverrfaglig geriatri. En innføring*. Bergen: Fagbokforlaget.



<b>Region:</b> REK sør-øst	<b>Saksbehandler:</b> Jørgen Hardang	<b>Telefon:</b> 22845516	<b>Vår dato:</b> 04.09.2012	<b>Vår referanse:</b> 2012/1172/REK sør-øst A
			<b>Deres dato:</b> 19.06.2012	<b>Deres referanse:</b>
Vår referanse må oppgis ved alle henvendelser				

Marie Berg  
Høgskolen i Oslo og Akershus

**2012/1172 A Rehabiliterende kommunikasjon - om kommunikasjon og språk for bemyndigelse av eldre med rehabiliteringsplass på sykehjem.**

Vi viser til søknad om forhåndsgodkjenning av ovennevnte forskningsprosjekt. Søknaden ble behandlet av Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk i møtet 16.08.2012.

Prosjektleder: Marie Berg

Forskningsansvarlig: Høgskolen i Oslo og Akershus

*Søknaden gjelder en mastergradsoppgave som skal undersøke hvordan eldre med rehabiliteringsplass på sykehjem opplever kommunikasjon med personalet, og om kommunikasjonen oppleves som "bemyndigende". Resultatene av undersøkelsen vil kunne ha betydning for brukere og personale ved andre rehabiliteringsinstitusjoner og korttids behandlingsavdelinger ved at de kan anvendes til å veilede og tilrettelegge rehabiliteringspraksis. Studien har et kvalitativt opplegg med intervju og observasjon. Observasjonsdelen gjennomføres før intervjuene slik at erfaringer fra disse kan unyttes under intervjuene. Det skal rekrutteres 5-8 eldre over 65 år med kroniske eller midlertidige fysiske funksjonsnedsettelse med rehabiliteringsplass på sykehjem.*

**Komiteens vurdering**

Hensikten med denne studien er å bidra til mer kunnskap om hvordan eldre med rehabiliteringsplass på sykehjem opplever kommunikasjonen med personalet. Det skal registreres tanker og opplevelser rundt kommunikasjon. Det skal registreres opplysninger om diagnose men ellers ikke andre helseopplysninger.

Formålet med prosjektet er ikke å utvikle bedre metoder for diagnose eller behandling av sykdom, men å få innsikt i pasienters oppfatninger og opplevelser, som videre vil kunne bidra til å bedre helsetjenesten for disse pasientene. Prosjektet faller utenfor helseforskningslovens virkeområde og kan gjennomføres uten godkjenning av REK innenfor de ordninger som gjelder for helsetjenesten med hensyn til f. eks. regler for taushetsplikt og personvern.

**Vedtak**

Etter søknaden framgår det at formålet med prosjektet er bedring av visse sider ved helsetjenesten for en bestemt pasientgruppe. Prosjektet faller utenfor helseforskningslovens virkeområde, jf. § 2 og kan gjennomføres uten godkjenning av REK.

**Besøksadresse:**  
Nydalens allé 37 B, 0484  
Oslo

**Telefon:** 22845511  
**E-post:** [post@helseforskning.etikkom.no](mailto:post@helseforskning.etikkom.no)  
**Web:** <http://helseforskning.etikkom.no/>

All post og e-post som inngår i saksbehandlingen, bes adressert til REK sør-øst og ikke til enkelte personer

Kindly address all mail and e-mails to the Regional Ethics Committee, REK sør-øst, not to individual staff

Komiteens vedtak kan påklages til Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag, jfr. helseforskningsloven § 10, 3 ledd og forvaltningsloven § 28. En eventuell klage sendes til REK Sørøst A. Klagefristen er tre uker fra mottak av dette brevet, jfr. forvaltningsloven § 29.

Med vennlig hilsen

Gunnar Nicolaysen  
Professor  
Leder

Jørgen Hardang  
Komitésekretær

Kopi til: [astrid.berglund@hioa.no](mailto:astrid.berglund@hioa.no)

## **REHABILITERENDE KOMMUNIKASJON – OM KOMMUNIKASJON OG SPRÅK FOR BEMYNDIGELSE AV ELDRE MED KOMMUNAL REHABILITERINGSPLASS**

### **Innledning**

Hilse deltageren velkommen

Kort presentasjon av studien

Informere om hvordan intervjuet blir gjennomført

Informasjon om deltagers rolle og rettigheter i forbindelse med deltagelse i studien

Har deltageren spørsmål?

I denne studien vil det bli fokusert på hvordan du som bruker opplever kommunikasjonen med helsepersonalet på avdelingen og om kommunikasjonen med dem gir deg opplevelsen av å bli bemyndiget. Med bemyndiget mener jeg opplevelsen av å bli satt i stand til å ta styring over eget liv.

### **Bakgrunnsdata**

Alder

Kjønn

Diagnose

Utdanning/yrke

Boforhold / familiesituasjon

Hvor langt rehabiliteringsopphold

### **INTERVJUGUIDE**

**Intervjuene vil bli gjennomført i henhold til en guide. Guiden tar opp følgende områder:**

**Hvilke tanker har du om rehabilitering på sykehjem og kommunikasjon?**

**Hvilke opplevelser har du med kommunikasjon med helsepersonell?**

**Hvordan snakker helsepersonell med deg?**

**Blir du verdsatt og respektert når du snakker med helsepersonell?**



Områder	Del spørsmål
Hvilke tanker har du om rehabilitering på sykehjem og kommunikasjon?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Når du ser tilbake på rehabiliteringsoppholdet ditt her, hvilke tanker sitter du igjen med?</li> <li>• Hva er ditt forhold til kommunikasjon?</li> <li>• Hva er viktig når to mennesker skal snakke sammen?</li> </ul>
Hvilke opplevelser har du med kommunikasjon med helsepersonell?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hva er dine erfaringer med å kommunisere med helsepersonell på avdelingen?</li> <li>• Hva er god/dårlig kommunikasjon med helsepersonell?</li> <li>• Kan du fortelle om hva som hindrer/fremmer god kommunikasjon med helsepersonellet?</li> <li>• Opplever du at personalet har tid til å snakke med deg?</li> <li>• Opplever du at personalet forstår hva du sier/mener?</li> <li>• Opplever du at personalet oppfatter at du ønsker å snakke med dem?</li> <li>• Når du snakker med helsepersonellet på avdelingen, opplever du at du får rom til å fortelle om det du har på hjertet?</li> <li>• Hva bør helsepersonell tenke på når de kommuniserer med brukere og pasienter?</li> </ul>
Hvordan snakker helsepersonell med deg?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hvordan opplever du måten helsepersonell snakker med deg?</li> <li>• Kan du fortelle om en situasjon der du spesielt la merke til måten helsepersonell snakket på?</li> <li>• Kan du fortelle om en situasjon der du reagerte positivt eller negativt på hvordan helsepersonell snakket?</li> <li>• Hvordan mener du helsepersonell bør snakke?</li> <li>• Hva tenker du om helsepersonells forhold til kommunikasjon med brukere og pasienter?</li> </ul>

<p>Blir du satt i stand til å ta styring over eget liv når du snakker med helsepersonell?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hvordan opplever du å bli blitt møtt av personalet her?</li> <li>• Hva er det som får deg til å føle deg respektert i møte med helsepersonell?</li> <li>• Opplever du at helsepersonellet ønsker å snakke med deg?</li> <li>• Opplever du at personalet er interessert i dine synspunkter?</li> <li>• Opplever du å være en likeverdig samtalepartner når du snakker med helsepersonellet?</li> <li>• Opplever du å få velge selv og at det er reelle valg?</li> <li>•</li> <li>• Opplever du full aksept for dine avgjørelser?</li> <li>• Kan du fortelle om en situasjon der du opplevde at det helsepersonellet sa ga deg en god følelse?</li> <li>• Kan du fortelle om en situasjon der det helsepersonellet sa ga deg motivasjon til å ta tak i din rehabilitering?</li> <li>• Hvordan kan helsepersonell bidra til at brukere og pasienter ønsker å ta del i egen rehabiliteringsprosess?</li> <li>• Hva opplever du var det viktigste som ble sagt til deg under oppholdet av helsepersonell?</li> </ul>

**Avslutning:** Jeg har ikke flere spørsmål. Er det ting du ønsker å fortelle om som jeg ikke har spurt om i forhold til temaet for intervjuet? Ønsker du å utdype noe vi har snakket om?

## **REHABILITERENDE KOMMUNIKASJON – OM KOMMUNIKASJON OG SPRÅK FOR BEMYNDIGELSE AV ELDRE MED KOMMUNAL REHABILITERINGSPLASS**

### **Innledning**

- Hilse deltageren velkommen
- Kort presentasjon av studien
- Informer om hvordan intervjuet blir gjennomført
- Informasjon om deltagers rolle og rettigheter i forbindelse med deltagelse i studien
- Har deltageren spørsmål?

I denne studien vil det bli fokusert på hvordan du som bruker opplever kommunikasjonen med personalet på avdelingen og om kommunikasjonen med dem gir deg opplevelsen av å bli bemyndiget. Med bemyndiget mener jeg opplevelsen av å bli satt i stand til å ta styring over eget liv.

### **INTERVJUGUIDE**

<b>Områder</b>	<b>Del spørsmål</b>
<b>Hvilke tanker har du om rehabilitering på sykehjem og kommunikasjon?</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Når du ser tilbake på rehabiliteringsoppholdet ditt her, hvilke tanker sitter du igjen med?</li> <li>• Kan du fortelle litt om hvordan du har opplevd å bli møtt av personalet her?</li> </ul>
<b>Hvilke opplevelser har du med kommunikasjon med personalet?</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kan du fortelle om dine erfaringer med å kommunisere med personalet på avdelingen?</li> <li>• Stille et spørsmål med bakgrunn fra observasjonene: Eks.: Hvordan opplevde du situasjonen under målmøtet?</li> </ul>
<b>Hvordan snakker</b>	

<p><b>helsepersonell med deg?</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hvordan opplever du måten personalet snakker med deg?</li> <li>• Kan du fortelle om en situasjon der du spesielt la merke til måten personalet snakket på?</li> <li>• Kan du fortelle om en situasjon der du reagerte positivt eller negativt på hvordan helsepersonell snakket?</li> </ul>
<p><b>På hvilken måte mener du personalet bidrar til at pasienter og brukere ønsker å ta del i egen rehabiliteringsprosess?</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kan du fortelle om en situasjon der det personalet sa til deg ga deg motivasjon til å ta tak i din rehabiliteringsprosess?</li> <li>• På hvilken måte mener du personalet kan bidra til at brukere og pasienter ønsker å ta del i egen rehabiliteringsprosess?</li> <li>• Hva opplever du var det viktigste som ble sagt til deg under oppholdet av helsepersonell?</li> </ul>

### **Avslutning**

Jeg har ikke flere spørsmål. Er det ting du ønsker å fortelle om som jeg ikke har spurt om i forhold til temaet for intervjuet? Ønsker du å utdype noe vi har snakket om?

# Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjekt

## Rehabiliterende kommunikasjon

– hvordan opplever eldre med rehabiliteringsplass på sykehjem kommunikasjonen med helsearbeiderene?

### Bakgrunn og hensikt

Dette er et spørsmål til deg om å delta i en forskningsstudie som foregår på rehabiliteringsavdelingen for å belyse hvordan eldre med rehabiliteringsplass på sykehjem opplever kommunikasjonen med personalet. Som masterstudent ved Høgskolen i Oslo ønsker jeg å sette søkelys på hvordan kommunikasjonen med personalet på sykehjemmet oppleves av eldre med rehabiliteringsplass. Dette gjør jeg ved å undersøke tematikken i praksis gjennom observasjon og intervjuer av personene på avdelingen.

Hensikten med forskningsstudien er å bidra med mer kunnskap om forholdet mellom rehabiliteringspersonell og deres pasienter. Denne kunnskapen vil kunne ha betydning for pasienter ved rehabiliterings avdelinger på sykehjem og deres behandlere ettersom den kan anvendes til å veilede og tilrettelegge rehabiliteringspraksis.

### Hva innebærer studien?

Dersom du velger å delta i studien vil følgende skje:

- Jeg vil observere deg i samhandling med dine behandlere i rehabiliteringssituasjoner som blant annet omfatter trening og planlegging
- Jeg vil ha noen oppklarende samtaler med deg underveis etter observasjonene
- Jeg vil intervjuer deg. Intervjuet vil vare ca. 1 time og, dersom du tillater det, tas opp på lydbånd

Datainnsamlingen finne sted i perioden oktober-desember 2012

### Mulige fordeler og ulemper

Du vil ikke ha noen spesielle fordeler av studien, men erfaringer fra studien vil senere kunne hjelpe andre i samme situasjon.

## Hva skjer med informasjonen om deg?

Informasjonen som registreres om deg skal kun brukes slik som beskrevet i hensikten med studien. Alle opplysningene vil bli behandlet uten navn og fødselsnummer/direkte gjenkjennende opplysninger. En kode knytter deg til dine opplysninger og prøver gjennom en navneliste. Det er kun autorisert personell knyttet til prosjektet som har adgang til navnelisten og som kan finne tilbake til deg. Det vil ikke være mulig å identifisere deg i resultatene av studien når disse publiseres. Hvis du sier ja til å delta i studien, har du rett til å få innsyn i hvilke opplysninger som er registrert om deg. Du har videre rett til å få korrigert eventuelle feil i de opplysningene jeg har registrert. Dersom du trekker deg fra studien, kan du kreve å få slettet innsamlede opplysninger. Navnelisten og opptaket blir senest slettet i 2014.

## Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien. Dersom du ikke ønsker å delta, trenger du ikke å oppgi noen grunn, og det får ingen konsekvenser for den videre behandlingen du får ved sykehjemmet. Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen på denne siden. Om du nå sier ja til å delta, kan du senere trekke tilbake ditt samtykke uten at det påvirker din øvrige behandling på sykehuset. Dersom du senere ønsker å trekke deg, eller har spørsmål til studien, kan du kontakte:

**Birgit Stølen på telefon 97 18 90 14 eller kontakte meg når jeg er i avdelingen.**

**Samtykkeerklæring: Jeg er villig til å delta i studien**

-----  
(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Jeg bekrefter å ha gitt informasjon om studien:

----- (Signert,  
rolle i studien, dato)

Informasjonsskriv til oppslag på avdelingene

### **Forskningsprosjekt på rehab.- / korttids avdeling**

Det vil i perioden september – desember 2012 være en forsker/student på avdelingen. Birgit Stølen er masterstudent ved Høgskolen i Oslo og hun vil være tilstede på avdelingen på dag- og aftenvakter for å observere rehabiliteringspraksis.

Hensikten med denne forskningsstudien er å skrive en master oppgave og få økt kunnskap om hvordan eldre med rehabiliteringsplass på sykehjem opplever kommunikasjonen med personalet. Denne kunnskapen vil kunne ha betydning for brukere og helsepersonell ved andre Rehab.-/korttids avdelinger ettersom den vil kunne anvendes til å veilede og tilrettelegge rehabiliteringspraksis.

Birgit vil observere og samtale med brukere som samtykker i dette. Noen vil bli forespurt om å bli intervjuet. Hun vil ta anonymiserte notater underveis og du kan når som helst få lese det hun skriver om deg.

Har du noen spørsmål kan du henvende deg til Birgit mens hun er på avdelingen eller på **telefon 97 18 90 14**.