

MASTEROPPGAVE
Masterstudium i rehabilitering og habilitering
Mai 2019

«Fra hjelper til trener»

En kvalitativ studie om helsefagarbeideres erfaringer med hverdagsrehabilitering

Ekaterina Prokofyeva



OsloMet – storbyuniversitetet

Fakultet for helsevitenskap

Institutt for fysioterapi

Innhold

1. Innledning.....	7
Formål.....	9
Problemstilling.....	9
Forskningsspørsmål.....	10
2. Bakgrunn for prosjektet	10
Hverdagsrehabiliterings historie	10
Hverdagsrehabilitering.....	10
Modeller av hverdagsrehabilitering.....	11
Helsefagarbeidere i hverdagsrehabilitering.....	12
3. Tidligere forskning på området	14
4. Teoretiske perspektiv	17
Rolleteori	17
Yrkeskompetanse	20
Empowerment.....	22
5. Metode	24
Min rolle og forforståelse	24
Semistrukturerte intervjuer	25
Utvalg og rekruttering	26
Utvalget	27
Intervjuguide og pilotintervjuer	28
Gjennomføring av intervjuene	29
Transkribering.....	32
Analyse	32
Trinn 1-Helhetsinntrykk.....	33
Trinn 2 - Systematisk gjennomgang	33
Trinn 3 – Kondensering.....	34
Trinn 4 – Sammenfatning	35
Metodiske overveielser	36
Etiske overveielser.....	39
6. Resultater	41
Å bli en trener.....	41
Å møte brukeren	44
Brukerens forventninger	44
Å følge brukeren over tid	46
Å samhandle med andre	50
7. Diskusjon	54

Paradigmeskifte - kampen mellom den hjelpende og den aktiviserende rollen	54
Forandring i tenke- og handlingsmåte – om å skaffe seg den nødvendige kompetansen	57
Brukerens forventninger	60
Å stimulere endring hos brukerne.....	61
Empowerment eller dulting?.....	61
Motiveringsarbeid	64
Profesjonshierarki	67
8. Studiens styrker og svakheter	70
9. Oppsummering.....	71
10. Forslag til videre forskning	73
11. Referanseliste	74
Vedlegg.....	83
Vedlegg 1.....	83
Vedlegg 2	85
Vedlegg 3	86
Vedlegg 4.....	88
Vedlegg 5.....	89
Vedlegg 6.....	96

Forord

Dette masterprosjektet var en utrolig spennende, lærerikt og til tider krevende prosess. Med dette avslutter jeg fire år som var preget av mye kunnskap, flinke lærere og nye bekjentskap.

Uten god hjelp og støtte av personer rundt meg hadde jeg ikke kommet i mål. Først og fremst skylder jeg en stor takk til min veileder Kariann Krohne. Tusen takk for ditt engasjement, din kyndig veiledning, gode innspill og konstruktive tilbakemeldinger! Dine gode råd hjalp meg tilbake på rett kurs og motiverte meg underveis!

En stor takk til alle helsefagarbeiderne som ønsket å dele sine erfaringer, følelser og tanker. Uten deres bidrag hadde ikke dette prosjektet vært mulig.

Tusen takk til Irina, Hanne, Solveig og Elena for korrekturlesing og tilbakemeldinger. Deres gode kommentarer til innholdet og språkvask var uvurderlige!

Tusen takk til mine kollegaer for spennende diskusjoner, støtte og avlastning!

Takk til mine arbeidsgivere både i Bærum og i Drammen kommune som gjorde det mulig for meg å kunne gjennomføre både masterstudie og dette prosjektet!

Takk til Trine Arvidsen for diskusjoner rundt prosjektets problemstilling.

En stor takk til svigerforeldre for barnepass og avlastning!

Den største takken går til min familie. Min kjære omtenkso, forståelsesfull og tålmodig Henrik. Din støtte og hjelp var uerstattelig! Tusen takk for at du oppmuntret og motiverte meg under hele prosessen. Du har bidratt med gjennomlesing, og korrigerer av oppgaven. Samtidig har du hatt ekstra innsats hjemme og passet på den lille gutten vår.

Sande, mai 2019.

Ekaterina Prokofyeva

Sammendrag

Bakgrunn: Hverdagsrehabilitering er en ny måte å utøve rehabilitering på og er ett av regjeringens satsningsområder. Den forener tanken om hverdagsmestring, brukerens ressurser og det tverrfaglige samarbeidet. Forskning viser at dette kan ha positiv effekt på brukerens selvhjulpenhet i daglige aktiviteter, i form av økt mobilitet, økt sosial omgang og økt livskvalitet. I tillegg sikres lavere kostnader for kommunene. Forskning omtaler helsefagarbeideres rolle som viktig i utøvelsen av hverdagsrehabilitering. Men ingen av studiene ser spesielt på erfaringer helsefagarbeidere selv har fra arbeidet med hverdagsrehabilitering.

Formål: Dette masterprosjektet har som formål å belyse helsefagarbeidernes erfaringer med hverdagsrehabilitering. Jeg er opptatt av deres erfaringer som hjemmetrenere og samtidig å få frem kunnskap om hva som fremmer eller hemmer den rollen.

Metode: Ved hjelp av semistrukturerte intervju ble åtte helsefagarbeidere fra fem norske kommuner intervjuet. Alle hadde fagbrev som helsefagarbeidere og arbeidet i hverdagsrehabiliteringsteam. Tre ble intervjuet over telefon. To av disse ble intervjuet sammen i et gruppeintervju. Alle intervjuene ble tatt opp på lydopptaker og transkribert verbatim. Innsamlet datamateriell ble analysert ved hjelp av Systematisk tekstkondensering.

Resultater: Tre hovedtemaer ble fremtredende i intervjuene med helsefagarbeiderne om deres erfaringer med hverdagsrehabiliteringen: *Å bli en trener, Å møte brukeren og Å samhandle med andre.* Under tema *Å møte brukeren* kom det frem to subtemaer: *Brukerens forventninger og Å følge brukeren over tid.*

Konklusjon: Helsefagarbeiderne erfarte en overgang fra «hjelperrollen» til «trenerrollen» når de begynte å arbeide i hverdagsrehabiliteringsteam. De måtte tilegne seg ny kompetanse som fremmet hjemmetrenerrollen. Den nye kompetansen anvendte de blant annet i motiveringsarbeid for å endre brukernes adferd fra passiv til mer aktiv og selvstendig. For å motivere brukerne hadde helsefagarbeiderne ulike strategier, slik som samtaler, veiledning, gode relasjoner, god tid, å være sammen, kompromiss, å være ydmyke, rolige, blide, å bruke humor og å samarbeide med pårørende. Det å jobbe i et tverrfaglig team var nytt for helsefagarbeiderne og de omtalte hierarkiet i teamene som hemmende for deres rolle som hjemmetrener og teammedlem. Samarbeid med hjemmesykepleien var også tidvis utfordrende for dem.

Nøkkelord: helsefagarbeider, hjemmetrener, hverdagsrehabilitering, roller, kompetanse, motivasjon, holdningsendring, hierarki, tverrfaglig samarbeid

Abstract

Background: Reablement is a new approach to rehabilitation and a focus of the Norwegian government. It unites coping with everyday issues, the user's resources, and the interdisciplinary collaboration. Research studies show that reablement can have a positive effect on day to day activities such as enhanced mobility, more social interaction and increased quality of life. In addition, reablement is cost-effective. Research studies mention the health worker's role as important for the accomplishment of the reablement. Still, no studies specifically highlight the role of the health worker working in reablement.

Purpose: This master project aims to highlight health worker's experiences with reablement. I am interested in their thoughts and hands on experiences as home trainers and at the same time understand the pros and cons of their new role.

Methods: Eight health workers from five municipalities were interviewed. All were certified health workers and were working in reablement teams. Three interviews were done over the phone, and two persons were interviewed together. All interviews were recorded and later transcribed verbatim. The data was analyzed with Systematic Text Condensation.

Results: Three main topics emerged from the interviews: *To become a trainer*, *To meet the user*, and *To interact with others*. The topic "*To meet the user*" were divided into two subcategories: *The user's expectations* and *Following the user over time*.

Conclusion: Health workers experienced a transition from being a "helper" to being a "trainer" when they started working in the reablement teams. They had to acquire new competence that promoted the home trainer role. They used this new competence to motivate the user's mindset from passive to more active and independent. To get the user motivated for changes, health workers had to use strategies like conversation, guidance, bonding, increased time, spending more time with the user, to compromise, to be humble, calm, and cheery, as well as to use humour and collaborate with the relatives. Working in an interdisciplinary team was something new for the health workers and they claimed that the hierarchy in the team was as a barrier for their role as home trainers and team members. The collaboration with home-based healthcare services also challenged them.

Key words: health workers, home trainer, reablement, everyday rehabilitation, roles, competence, change of mindset, hierarchy, interdisciplinary collaboration

1. Innledning

Både antallet og andelen eldre mennesker i befolkningen vil øke i årene fremover. Samtidig er det ventet at eldre vil leve lengre. Flere leveår vil sannsynligvis medføre at eldre lever lengre med kroniske sykdommer og lidelser (Syse, Pham & Keilman, 2016, s. 25, 34-35), som kan føre til nedsatt funksjon og livskvalitet. Til tross for aldersrelaterte lidelser, vil bedret behandling og pleie øke overlevelse ved sykdommer som tidligere førte til død (Skirbekk, Eriksen & Strand, 2015, Hovedpunkter, Helse og funksjon er mer enn fravær av sykdom).

Det er utfra disse beregningene ventet et økt press på helse- og omsorgstjenestene, og det vil være nødvendig med tiltak som vil bedre de eldres funksjonsnivå og minske deres behov for hjelp (Skirbekk et al., 2015, Betydningen av kognitiv og fysisk funksjon). Flere slike tiltak er skissert i den nye eldrereformen «Leve hele livet» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018, s. 7), som sier at eldre mennesker skal ha et godt liv og bo lengre i egne hjem. Dette innebærer blant annet at helse- og omsorgspersonell involveres i rehabiliteringsprosesser i større grad (Forskrift om rehabilitering og habilitering, individuell plan og koordinator, 2011, § 5). Når eldre med økt behov for hjelp skal bo lengre i eget hjem vil det føre til økte kostnader og økt etterspørsel av helse- og omsorgstjenester (Syse, Pham & Keilman, 2016, s. 25, 34-35). I denne situasjonen er det dermed ikke nok for helse- og omsorgstjenesten å jobbe kun med problemløsning, forebygging av funksjonstap må få en større plass. Forskning viser at slik omstilling vil kreve praktiske endringer og holdningsendringer i hjemmesykepleien spesielt – endringer som innebærer at fokus flyttes fra en tradisjonelt sett hjelpende holdning til å fremme uavhengighet og selvaktivitet hos tjenestemottakerne (Hasselberg & Overraae, 2014, s. 7-8; Legg, Gladman, Drummond & Davidson, 2016, s. 12). Fokuset blir da rettet mot forebygging i brukerens hjem eller nærmiljø (Ness, Laberg, Haneborg, Granbo, Færevaa & Butli, 2012, s. 16-17) og dette kan forhåpentligvis bidra til utsettelse av sykehus og sykehjems innleggelse og opptrening.

En slik holdningsendring kalles for hverdagsmestring (Fürst & Høverstad, 2014 s. 13) og blir ofte omtalt som et paradigmeskifte i helse- og omsorgstjenestene. Hverdagsmestring er et grunnleggende prinsipp i hverdagsrehabilitering (Ness et al., 2012, s. 7).

Hverdagsrehabilitering defineres som «*tidsavgrensede, planlagte prosesser med klare mål og virkemidler hvor flere aktører samarbeider*» samt utgjør den «*nødvendig bistand til brukerens egen innsats for å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse sosialt og i samfunnet*» (Ness et al., 2012, s. 14). Det kommer frem av denne definisjonen av hverdagsrehabilitering at tverrfaglig samarbeid er en forutsetning for å oppnå målene om et

mer aktivt liv. I praksis er det ergo- og fysioterapeuter, sykepleiere og helsefagarbeidere som bidrar med sin fagkompetanse i dette arbeidet. Helsefagarbeidernes rolle i hverdagsrehabiliteringen er sentral (Hartviksen, 2017, s. 29). Derfor vil jeg i dette prosjektet sette fokus på deres erfaringer med å arbeide med hverdagsrehabilitering.

Et typisk hverdagsrehabiliteringsforløp

Brukere med nedsatt funksjon eller akutt funksjonsfall blir henvist til hverdagsrehabilitering av leger, hjemmesykepleien og saksbehandlere. Inklusjons- og eksklusjonskriterier kan være brukerens funksjonsnivå og motivasjon. Typiske brukere kan være Helge på 82 år som fikk dårligere gangfunksjon og balanseevne etter influensa eller Britta på 65 år som har hatt et hoftebrudd. De ønsker begge å forbedre sin funksjon og er motiverte for å gjøre en innsats for å bli som før.

I praksisfeltet er det ikke uvanlig at et av medlemmene i hverdagsrehabiliteringsteamet tar en inntakssamtale med brukeren om dette ikke har blitt gjort av den som henviste. I inntakssamtalen blir brukeren informert om hverdagsrehabilitering og blir oppmuntret til å tenke på hva som er viktig for ham eller henne å klare på egenhånd eller å bli bedre på. Deretter kan brukeren enten ta kontakt med teamet selv eller han blir kontaktet av teamet for å bli spurt om han ønsker å være med på et hverdagsrehabiliteringsforløp.

Et tverrfaglig hverdagsrehabiliteringsteam foretar hjemmebesøk hos bruker og utfører en helsescreening og en kartlegging av hans funksjon og omgivelser. Når brukerens behov og ressurser er kartlagt og målene for forløpet er formulert, blir nødvendig tilrettelegging, eksempelvis i form av hjelpemidler eller boligtilpasninger, gjennomført for å hjelpe brukeren å ta i bruk egne ressurser. Etter kartleggingsbesøket utarbeider terapeuter og sykepleiere et individuelt tilpasset treningsprogram med meningsfulle for brukeren aktiviteter, som helsefagarbeiderne i teamet får veiledning i å gjennomføre sammen med brukeren, i brukerens hjem. Det er helsefagarbeiderne som gjennomfører treningen med brukeren i en tidsavgrenset og intensiv periode som i praksis kan innebære daglig trening i tre til tolv uker (Tuntland & Ness, 2014, s. 34). Treningen er altså hovedelementet i hverdagsrehabiliteringen. Under hele hverdagsrehabiliteringsforløpet motiverer helsefagarbeiderne brukerne til mestring av hverdagslige aktiviteter (Tuntland & Ness, 2014, s. 28) som å gå til postkasse, lage mat, dusje eller treffe venner. Slik tett oppfølging gir helsefagarbeiderne en mulighet til å bli godt kjent med brukerne og følge med på forandringer i brukernes funksjon. Deres tilbakemeldinger til terapeuter og sykepleiere kan dermed være viktige bidrag til evaluering av eksempelvis

treningsprogrammet, slik at treningen hele tiden blir tilpasset brukernes funksjonsnivå (Hartviksen, 2017, s. 25; Kjellberg, Ibsen & Kjellberg, 2011, s. 5, 7).

Ved avslutning av hverdagsrehabiliteringsforløpet foretar teamet en avsluttende kartlegging for å sammenligne funksjonsnivå ved oppstarten og se om brukeren nådde målene sine (Fürst & Høverstad, 2014, s. 39). Samtidig bistår teammedlemmene brukerne med informasjon slik at brukerne kan planlegge videre trening på egen hånd eller i treningsgruppe, om ønskelig.

Helsefagarbeiderne som jobber med hverdagsrehabilitering blir ofte kalt for «hjemmetrenere» og deres rolle er en utførerrolle (Fürst & Høverstad, 2014, s. 17). Det vil si at de arbeider under veiledning av terapeuter og sykepleiere og utfører treningsprogrammet med brukerne.

Til tross for helsefagarbeidernes viktige rolle i hverdagsrehabiliteringsteamene er det lite forskning som setter fokus på deres praktiske og faglige bidrag i dette arbeidet. Det har til nå vært et større fokus på rollene til høyere utdannet personell og på dynamikken i det tverrfaglige samarbeidet i hverdagsrehabiliteringsteam. Helsefagarbeiderne har en nøkkelfunksjon i teamene og arbeider tett på tjenestemottakerne – og dermed synes jeg det er interessant å se nærmere på nettopp helsefagarbeidernes erfaringer med hverdagsrehabilitering.

Formål

I dag er hverdagsrehabilitering et satsningsområde i kommunale helse- og omsorgstjenester, og helsefagarbeidere har blitt tildelt en sentral rolle. Yrkesgruppen som har sin fagbakgrunn fra tradisjonell omsorg- og pleie blir nå forventet å jobbe med brukernes ressurser og støtte dem til mestring av hverdagslige aktiviteter (Ness et al., 2012, s. 17).

Dette masterprosjektet har som formål å belyse helsefagarbeideres erfaringer med å arbeide med hverdagsrehabilitering. Jeg er opptatt av deres erfaringer i forbindelse med det å begynne å arbeide som hjemmetrenere, og samtidig å få frem kunnskap om hva som fremmer eller hemmer den rollen. Resultatene fra dette prosjektet kan skape bedre forståelse av prosessene rundt hverdagsrehabilitering fra helsefagarbeideres perspektiv og bidra til økt kunnskap om utfordringer og positive erfaringer med utøvelsen av hverdagsrehabilitering.

Problemstilling

Hvordan erfarer helsefagarbeidere det å arbeide med hverdagsrehabilitering?

Forskningsspørsmål

- Hvordan erfarer helsefagarbeidere det å begynne å arbeide som hjemmetrenere?
- Hvordan er det for helsefagarbeidere å arbeide som hjemmetrenere?
- Hva fremmer eller hemmer den hjemmetrenerrollen?

2. Bakgrunn for prosjektet

Hverdagsrehabiliteringens historie

De første stedene som innførte hverdagsrehabilitering som arbeidsmetode var Østersund kommune i Sverige og Fredericia kommune i Danmark. En stadig voksende andel eldre og mangel på ressurser lå til grunn for å introdusere hverdagsrehabilitering som ny arbeidsmåte og nytt tankesett (Hartviksen, 2017, s. 20-22). Fürst & Høverstad (2014, s.14) påpeker at tverrfaglige team har eksistert i Norge før hverdagsrehabiliteringstanken gjorde sitt inntog. Det som er nytt nå er at i hverdagsrehabilitering forenes tanken om hverdagsmestring, brukerens ressurser og det tverrfaglige samarbeidet.

I Norge vekte hverdagsrehabiliteringstanken interesse først i 2011/2012 da den ble diskutert som tema på Arendalskonferansen. Rett etter satte flere norske kommuner, som hadde samme press på helse- og omsorgstjenester som Danmark og Sverige, i gang med å implementere hverdagsrehabilitering i sine helse- og omsorgstjenester (Ness, 2012, s. 7). Dette er i tråd med føringene fra Stortingsmelding «Morgendagens omsorg» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013, s. 23) som fremhever hverdagsrehabilitering som et av regjeringens satsningsområder. Hverdagsrehabilitering i Norge er inspirert av den danske Fredericia-modellen. Den modellen er utviklet, utprøvd og implementert i Fredericia kommune i Danmark. Her jobber teammedlemmer med vurderinger, målsettinger, utarbeider nødvendige tiltak og gjør evalueringer underveis (Kjellberg et al., 2011, s. 5-6).

Hverdagsrehabilitering

Befolkningens rett på nødvendig helsehjelp er sikret gjennom norsk lovgivning. Dette er rehabilitering en del av. Den nyeste definisjonen av rehabilitering er nedtegnet i Forskrift om rehabilitering og habilitering, individuell plan og koordinator (2011, § 3). Der er rehabilitering definert som et målrettet samarbeid mellom bruker, tjenesteyter og pårørende som resulterer i sammenhengende, kunnskapsbaserte og koordinerte tjenester som tilbys i nære og vante omgivelser og skal være tverrfaglig, samordnet og planmessig.

Hverdagsrehabilitering er således en form for hjemmerehabilitering hvor brukerens ressurser, deltakelse og mestring i hverdagen uavhengig av funksjonsnivå vektlegges. Den innebærer ikke bare en ny tilnærming til brukerne, men endringer i helsetjenestens holdninger og arbeidskultur fra hjelpende til mer aktiviserende, understreker Hartviksen (2017, s. 24).

Hverdagsrehabilitering, som en del av helse- og omsorgstjenestene, gir nødvendig helsehjelp til mennesker som etter Pasient- og brukerrettighetsloven (1999, § 1-3), defineres som «pasienter». I rehabiliteringsfeltet er det hovedsakelig begrepet «brukere» som anvendes, og jeg vil benytte meg av dette begrepet videre i dette masterprosjektet.

I praksis starter hverdagsrehabilitering med et hjemmebesøk der brukerne blir spurt: *Hva er viktig for deg?* For så å komme i gang med tidlig, målrettet, tidsavgrenset og intensiv tverrfaglig innsats (Tuntland & Ness, 2014, s. 25-27). Fokuset under hverdagsrehabiliteringen er hele tiden på at brukeren får hjelp til å trene opp funksjon og være mer selvstendig. Brukernes forbedret funksjonsnivå kan i tillegg til økt uavhengighet og bedre livskvalitet også minske behov for hjemmesykepleien (Kjellberg et al., 2011, s. 6-7).

Modeller av hverdagsrehabilitering

Fra 2011/2012 da hverdagsrehabilitering begynte å utvikle seg i norske kommuner til i dag, har det oppstått flere modeller å organisere hverdagsrehabiliteringen på. De to mest kjente er spesialistmodellen og den integrerte modellen (Høverstad & Fürst, 2014, s. 38):

- I spesialistmodellen blir hele rehabiliteringsprosessen planlagt, gjennomført og evaluert av et tverrfaglig team som består av dedikerte personer – det vil si at personell fritas fra øvrige pleie- og omsorgsoppgaver og kan prioritere arbeid med hverdagsrehabilitering. Dette gjelder: ergoterapeut, fysioterapeut, sykepleier og hjemmetrenere (Fürst & Høverstad, 2014, s. 6). I en studie av Birkeland, Langeland, Tuntland, Jacobsen & Førland (2018, Resultatkap.) blir det understreket at denne måten å organisere hverdagsrehabilitering på kjennetegnes av høyere kvalitet da teammedlemmene ofte hadde lang erfaring, høy kompetanse og jobbet tett sammen. Samtidig påpeker de at hjemmesykepleien var lite involvert i hverdagsrehabiliteringsprosessene og det var dermed utfordrende å få dem til å følge opp aktiviserende tiltak mot brukerne.
- I den integrerte modellen har ergo- og fysioterapeuter eneansvaret for kartlegging, planlegging og oppfølging. Det er ingen dedikerte personer som samarbeider med terapeutene, men tilfeldige sykepleiere og helsefagarbeidere fra hjemmetjenesten.

Terapeuter veileder altså personell fra hjemmetjenesten, som utfører tiltakene med brukerne (Hartviksen, 2017, s. 38-39). Birkeland et al. (2018, Resultatkap.) påpeker at i denne modellen blir hverdagsrehabilitering ofte sett på som innføring av ny tenke- og arbeidsmåte i hele hjemmetjenesten. Forskerne fremhever større mulighet til å spille på hjemmesykepleiens ressurser som fordelaktig med denne organiseringen. Samtidig er det fare for nedprioritering, lavere kompetanse blant yrkesutøvere – dette er faktorer som kan svekke tverrfaglig samarbeid og føre til lavere kvalitet i tjenesten (Birkeland et al., 2018, Diskusjonkap.).

I en ny studie om følgeevaluering av de ulike modellene for hverdagsrehabilitering i syv norske kommuner viser Birkeland et al. (2018) at det har foregått en utvikling fra to til tre hovedmodeller av hverdagsrehabilitering:

- Spesialiserte team
- Kjerneteam
- Integrerte team

Det som er nytt er at noen kommuner nå har et kjerneteam som er en del av hjemmesykepleien. Hjemmesykepleien blir her involvert i rehabiliteringsprosessen i større grad, og kjerneteamet fungerer som pådriver av de rehabiliteringsprosessene. Organiseringen av hverdagsrehabilitering utvikler seg altså stadig, men uansett hvordan teamene er organisert så ligger fortsatt brukernes egne mål i bunn for gjennomføring av hverdagsrehabiliteringen (Birkeland et al., 2018, Resultatkap.).

I alle de tre modellene som Birkeland et al. (2018) identifiserte er det alltid helsefagarbeiderne som arbeider direkte med brukerne og sørger for at brukernes egne ressurser og mestring brukes, før det gis passiviserende eller kompensierende tilbud (Birkeland et al., 2018, Resultatkap.).

[Helsefagarbeidere i hverdagsrehabilitering](#)

Hverdagsrehabilitering er en tverrfaglig arbeidsform som kan involvere personell med ulikt utdanningsnivå. Helsefagarbeidere er de som oftest utfører trening med brukerne i hverdagsrehabilitering og de blir kalt for «hjemmetrenere» (Tuntland & Ness, 2014, s. 31). Først & Høverstad (2014, s. 29-33) påpeker at hjemmetrenere ofte har bakgrunn som helsefagarbeidere, omsorgsarbeidere eller hjemmehjelpere.

Dette masterprosjektet sentrerer rundt helsepersonell som er utdannet som helsefagarbeidere. Helsefagarbeider er det nye navnet på omsorgsarbeidere og hjelpepleiere (Utdanning, 2019, 6. avsn.). Helsefagarbeiderutdanningen foregår på videregående skole. Utdanningen leder frem til et fagbrev og innebærer to år på skole og to år som lærling i en virksomhet. Tradisjonelt lærte helsefagarbeiderne å gi omsorg og yte hjelp til brukerne. Mens den moderne utdanningen lærer helsefagarbeiderne å stimulere brukerne til mestring og å legge til rette for mer aktivitet. Samtidig forventes det at helsefagarbeidere utvikler evnen til å kommunisere og samspille med brukerne og samhandle med annet personell på tvers av tjenester (Utdanning, 2019, Læreplan).

De fleste helsefagarbeiderne er kvinner og arbeider ofte i delte stillinger i hjemmesykepleien og på sykehjem (Køber & Vigran, 2011, 1. avsn.). Deres holdninger kan være påvirket av den hjelpende holdningen innenfor hjemmesykepleien. Det vil sannsynligvis kreve en omstilling fra å ha en passiviserende hjelperrolle, som de er vant til fra sitt arbeid i hjemmetjenesten eller på sykehjem, til en aktiviserende rolle i hverdagsrehabilitering (Ness et al., 2012, s. 12). En annen endring i helsefagarbeidernes rolle er det tette samarbeidet med andre profesjoner som ergo-, fysioterapeut og sykepleier som i sin tur har en veiledende rolle i teamet (Tuntland & Ness, 2014, s. 30). Dette er i samsvar med Helsepersonelloven (1999, § 4 og 5), som sier at «(...) yrkesutøvelsen skal skje ved samarbeid og samhandling med annet kvalifisert personell (...)» og at «helsepersonell kan (...) overlate bestemte oppgaver til annet personell (...)». Det kan tolkes slik at gjennom en god samhandling kan deler av arbeidsoppgaver utføres av annet helsepersonell enn de som har høgskoleutdanning. Dette bør gjøres under grundig veiledning og tilsyn.

Helsefagarbeiderne fikk en del nye oppgaver når de startet i hverdagsrehabiliteringsteam. Deres nye oppgaver kan være tverrfaglig hjemmebesøk med inntakssamtale og kartlegging av brukernes funksjon. Videre kan helsefagarbeiderne utføre tilrettelegging, trening og medvirke i vurdering av brukerne underveis i forløpet. De har også motivasjonsarbeid blant sine nye arbeidsoppgaver. De motiverer og veileder brukerne til å delta i treningen og nå sine egne mål. I praksis bruker helsefagarbeiderne målsetting, veiledning og overføring av kompetansen om hverdagsrehabiliteringen til brukerne for å gjøre dem mer delaktige i hverdagsrehabiliteringsforløpet.

3. Tidligere forskning på området

Hverdagsrehabilitering er et av regjeringens satsningsområder og innebærer en ny måte å jobbe på i helse- og omsorgstjenestene. Det krever store omstillinger både i tenke- og arbeidsmåte for personalet. Dermed vekker hverdagsrehabiliteringen interesse i ulike forskningsmiljøer.

Relevant litteratur for masterprosjektet søkte jeg systematisk gjennom hele skriveprosessen i databaser som Cinal, Medline, SveMed+, Cohrane, PubMed, Up to date og Helsebiblioteket, samt gjennom søkemotoren Oria som gir tilgang til mange ulike databaser og fagforskrifter. Med hensikt å sikre at mest mulig relevant forskning ble fanget opp, fikk jeg hjelp av en bibliotekar ved OsloMet til å gjøre et avansert litteratursøk. Vi fant frem til de samme studiene.

Hverdagsrehabiliteringsfeltet

Flertallet av studier tok ikke for seg emnet helsefagarbeidere spesielt, men viste at hverdagsrehabilitering har positiv effekt på brukerens selvhjulpenhet i daglige aktiviteter, i form av økt mobilitet (Hansen, Eskelinen, Rahnæk & Helles, 2015, s. 9-10), økt sosial omgang (Kjellberg et al., 2011, s. 6) og økt livskvalitet (Tuntland, Aaslund, Espehaug, Førland & Kjekken, 2015, s. 5). I tillegg til fornøyde brukere og yrkesutøvere, sikrer hverdagsrehabilitering lavere kostnader for kommunene, påpekte Kjellberg et al. (2011, s. 6, 7, 12) i sitt prosjekt «*Længst mulig i eget liv*» fra Fredericia kommune. Studien til Lewin, Concanen & Youens (2016, s. 814) konkluderte med at de fleste som mottok hverdagsrehabilitering av opplært personell i Perth området i Australia, viste forbedring og hadde fått redusert sitt behov for hjemmesykepleie. Dette ville på sikt gi kommunen økonomisk gevinst.

Gjennomgang av forskningslitteraturen på feltet viste at det er få internasjonale studier som ser på helsepersonellens erfaringer med å jobbe med hverdagsrehabilitering. Studie til Rabiee & Glendinning (2011) er relevant for denne studiens problemstilling siden den tar for seg helsepersonells erfaringer med hverdagsrehabilitering i Storbritannia. Mye av den forskningen som er gjort kommer fra Skandinavia. De fleste av disse studiene tar for seg det tverrfaglige samarbeidet i teamet og teamets erfaringer med hverdagsrehabiliteringsteam (Birkeland, Tuntland, Førland, Jakobsen & Langeland, 2017; Birkeland et al., 2018; Hjelle, Skutle, Førland & Alsvåg, 2016; Jørmeland & Vik, 2019; Liaen, 2015; Randström, Wengler,

Asplund & Svedlund, 2014; Vik, 2018). Studien til Birkeland et al. (2018) ser også på organisering av hverdagsrehabiliteringsteamene i syv norske kommuner.

Hverdagsrehabiliteringsteam

Tverrfaglig samarbeid

Nyere kvalitativ forskning fra Birkeland et al. (2017) omhandler tverrfaglig samarbeid i hverdagsrehabiliteringsteam i syv norske kommuner. Ved hjelp av gruppeintervju av fysio- og ergoterapeuter, sykepleiere, sosialpedagoger, sosialarbeidere og helsefagarbeidere kom forskerne til følgende resultater – alle de hadde en positiv opplevelse med å arbeide i et tverrfaglig team. Medlemmene beskrev at de støttet hverandre, lærte fra hverandre og følte at de bidro med sin spesielle kompetanse. De erfarte at alle var sidestilt med de andre medlemmene. Birkeland et al. (2018, Resultatkap.) i likhet med Birkeland et al. (2017, s. 198), beskriver at helsefagarbeiderne var sidestilt med andre medlemmene i teamet.

Birkeland et al. (2018, Resultatkap.) setter også lys på erfaringene utøvere av helse- og omsorgstjenester hadde med tverrfaglig samarbeid i hverdagsrehabiliteringsteamet, og i Vik (2018, s. 11) sin studie av hverdagsrehabilitering og tverrfaglig samarbeid i fire norske kommuner ble det påpekt at teammedlemmene som de intervjuet ved hjelp av gruppeintervju, var opptatt av å jobbe tverrfaglig. Både Vik (2018, s. 13) og Birkeland et al. (2017, s. 198), fant ut at teammedlemmer med ulik faglig bakgrunn – fra videregående skole og til høgskole, men med overvekt av terapeuter, erfarte at deres roller ble utvidet takket være det tverrfaglige samarbeidet.

Jørmeland & Vik (2019, s. 41) sin studie av ergo- og fysioterapeutenes erfaringer med hverdagsrehabiliteringen omtalte også tverrfaglig samarbeid som en måte å bli bedre kjent med hverandres fag og bidro til et mer helhetlig tilbud til brukerne. Studien til Vik (2018, s. 13) hadde samme funn. Deltagerne i Jørmeland & Viks (2019, s. 41) studie bidro med sin kompetanse i det tverrfaglige samarbeidet.

Forandring av roller

Fem norske studier tar for seg forandring av roller når de ser på teamenes erfaringer med hverdagsrehabilitering (Birkeland et al., 2018; Hjelle et al., 2016; Liaaen, 2015; Randström, Wengler, Asplund & Svedlund, 2014; Vik, 2018). Disse teamene inkluderte helsefagarbeidere, sykepleiere og terapeuter. Studiene til Birkeland et al. (2017) og Birkeland et al. (2018) inkluderte også sosialarbeidere og sosialpedagoger. I sin masteroppgave om

helsepersonells erfaringer med hverdagsrehabilitering oppdaget Liaaen (2015) at alle teammedlemmer erfarte en forskjell mellom å være de som løser oppgaven for brukeren og de som hjelper brukeren til å bli selvstendig. Omstillingen mellom hjelperrollen og den aktiviserende rollen i teamet nevnes som en av utfordringene ved å jobbe med hverdagsrehabilitering og blir omtalt som en rollekonflikt i enkelte studier.

Studien til Hjelle et al. (2016) viste også at helsepersonell med høgskoleutdannelse fortalte at de forandret sin tilnærming fra å se de eldre som passive mottakere til å tenke på hvilke muligheter og ressurser de hadde som kunne anvendes til å fremme aktiv deltakelse. I likhet med studien til Hjelle et al. (2016) påpeker Johnsen (2017) i sin studie om sykepleierrollen i hverdagsrehabilitering, at deres rolle blir påvirket gjennom en bevisstgjøring om viktigheten av å la brukeren gjøre det de klarer selv. I studien til Birkeland et al. (2017) som ble presentert tidligere, var roller og forandring av roller ett av temaene for intervju med ergo- og fysioterapeuter, sykepleiere, sosialarbeidere, sosialpedagoger og helsefagarbeidere. Alle teammedlemmene opplevde en forandring i rollene – fra å arbeide alene til å arbeide tett med andre profesjoner i et team. Funn i Vik (2018, s. 14) sin studie tydet også på at hverdagsrehabilitering var en ny måte å arbeide på for helsepersonell i teamene.

Denne nye måten å arbeide på forutsetter altså en holdningsendring av teammedlemmene. Akkurat dette med holdningsendring blir påpekt som en viktig forutsetning for vellykket implementering av hverdagsrehabilitering i rapporter om hverdagsrehabilitering fra både Norge og Danmark (Hansen et al., 2015, s. 29; Ness et al., 2012, s. 17-18). En svensk studie (Randström et al., 2012) av flere tverrfaglige hjemmerehabiliteringsteam understreker viktigheten av «hands-off» støtte i stedet for «hjelpende hånd» i rehabiliteringsprosessen. Studien illustrerer også et behov for bevisstgjøring av egne fagtradisjoner og egen rolle i teamene (Randström et al., 2012). Resultater fra studien til Rabiee & Glendinning (2011, s. 499) viste at teamets personell i engelsk helse- og omsorgstjeneste anså endring fra hjelperrollen til en oppmuntrende og aktiviserende rolle som en av de største utfordringene ved hverdagsrehabilitering.

Mange studier tyder på at hverdagsrehabilitering er en viktig arbeidsmåte i aktivisering av brukerne, som gjennom tverrfaglig innsats er ment å støtte brukernes selvstendighet og livskvalitet og som krever omstilling i helsepersonellens holdninger fra hjelpende til aktiviserende. Litteratursøkene visste ingen forskning på helsefagarbeidernes erfaringer med hverdagsrehabilitering, å arbeide som hjemmetrenerne og hva som fremmer eller hemmer den hjemmetrenerrollen.

4. Teoretiske perspektiv

I dette masterprosjektet settes fokus på de erfaringene helsefagarbeiderne har med rollen som hjemmetrener. Rapporten om hverdagsmestring og hverdagsrehabilitering fra Ness et al. (2012, s. 13) viste at brukere av tradisjonelle pleie- og omsorgstjenester ofte blir passivisert. Påvirket av fagtradisjoner forankret i en tradisjonell forståelse av omsorg, overtar helseprofesjonene mange av oppgavene i brukerens hverdag - oppgaver som brukeren kunne ha mestret selv.

Omsorg står sentralt i utøvelsen av omsorgsyrkene. Tradisjonelle omsorgsarbeidere i hjemmesykepleien, som helsefagarbeidere, blir ansett som «*barmhjertige samaritaner*». De hjelper til ved behov (Martinsen, 2003, s. 38), og med tiden har hjemmesykepleiens felles forestilling om hva omsorg er, blitt til tradisjoner (Benner, 1995, s. 28). De sterke omsorgstradisjonene som har utviklet seg innenfor hjemmesykepleie kan være utfordrende å endre på. Forandring av omsorgstradisjonene krever omstilling i tankesett og arbeidsform til helsepersonell, som har hatt en hjelpe- og omsorgsrolle lenge.

Omstillingen fra en passiviserende til en aktiviserende måte å jobbe på kan best sikres gjennom utvikling av relevant kompetanse (Fürst & Høverstad, 2014, s. 16). Den nye kompetansen om motiverende tiltak og strategier vil legge grunnlag for motivasjonsarbeid, som står sentralt i hverdagsrehabilitering (Fürst & Høverstad, 2014, s. 20-21).

Rolleteori

Rolleteori har vært sentral i flere tidligere studier av hverdagsrehabiliteringsteam, og det vil være et utgangspunkt for dette masterprosjektet også. I ett av sine mest kjente verk «*Vore rollespill i hverdagen*» analyserer Goffman (1959/1992, s. 9) arbeidssituasjoner ved hjelp av «den dramaturgiske metaforen» - han beskriver hvordan sosialt liv i samfunnet spilles som roller på en teaterscene. Han bruker denne dramaturgiske metaforen for å forklare samhandling mellom mennesker. Det vil si at han betrakter personens handlinger og deres fremstilling av seg selv for andre gjennom teaterforestillingens «*synsvinkel*». Goffman er interessert i hvordan personer styrer det inntrykket de gjør på andre – han kaller det inntrykkskontroll (Goffman, 1959/1992, s. 173). Personer blir beskrevet som «aktører» som innehar bestemte roller (Goffman, 1959/1992, s. 10). De spiller for publikum som er de andre tilstedeværende. Når personer går i en ny rolle, foretar en såkalt rolleendring, kan de enten gå

inn fullt i det og ha fullt tro på den rollen eller så kan de være kyniske og bare spille (Goffman, 1959/1992, s. 24).

Teaterforestillingen kan spilles på «front stage» eller «back stage». Personer innehar ulike roller avhengig av hvor og med hvem de er. Det vil si at rollene blir skapt i møte med andre. I det enkelte møtet blir aktørens oppførsel påvirket av normer og forventninger. Slike roller beskriver Goffman som «front stage» oppførselen (1959/1992, s. 93). Helsefagarbeidernes oppførsel med brukerne kan sees som «front stage». Mens samhandling med andre teammedlemmer kan sees i sammenheng med «back stage» handlinger da helsefagarbeiderne kan trekke seg tilbake og ikke trenger å innfri brukernes forventninger. Goffman beskriver «back stage» oppførsel som upåvirket av normer og forventninger som skjer når man ikke blir observert (1959/1992, s. 96). «Front stage» og «back stage» kan brukes på situasjoner både i arbeidslivet og i samhandling med andre mennesker i privat liv.

All aktivitet personen har i samvær med en bestemt gruppe mennesker i løpet av et tidsrom kalles for «opptreden». Den delen av «opptreden» som fremføres på en bestemt måte og appellerer til et visst publikum kalles for en fasade. Fasade beskrives som uttrykksmidler som «aktørene» tar i bruk under opptreden. Faste deler av denne fasaden fremstilles ved hjelp av «kulissene», som er omgivelser for opptreden. For eksempel, kan «kulissene» være møbler og innredning i brukernes hjem da hverdagsrehabilitering ofte foregår hjemme hos brukerne. Den delen av fasaden som uttrykker noe kalles for «personlig fasade». Det kan være helsefagarbeidernes antrekk, holdning, måten å snakke på, ansiktsuttrykk for å nevne noen. Uttrykkene som aktørene formidler viser både aktørens sosiale status og hans «manerer» som danner grunnlaget for interaksjonen (Goffman, 1959/1992, s. 27 - 29). Goffman kaller for interaksjonen den innflytelsen personer har på andres handlinger i deres fysiske nærvær. Han definerer en interaksjon som all interaksjon mellom mennesker i hver bestemt situasjon (1959/1992, s. 22). For å kunne overbevise publikumet må aktørene passe på å ha det rette uttrykket for å avgi ønsket inntrykk (Goffman, 1959/1992, s. 34). Ved å avgi det ønskede inntrykket kan aktørene kontrollere publikums adferd og få publikumet til å handle frivillig i en viss retning (Goffman, 1959/1992, s. 13). Gjennom interaksjonen med publikum formidler aktøren det som er viktig og betydningsfullt. Aktører er beregnende, de spiller skuespill for å påvirke publikum.

Rollene som spilles under opptreden er fastlagte handlingsmønstre som blir definert på forhånd og kan spilles ved andre anledninger. Når de samme rollene spilles av samme person og for samme publikum oppstår det etter hvert et sosialt forhold (Goffman, 1959/1992, s. 22). Alle tilstedeværende bidrar til definisjonen av situasjonen og er «samstemt» om hva de

foreløpig er enig om i denne situasjonen. Denne samstemmighet er gyldig kun i en bestemt interaksjons-situasjon (Goffman, 1959/1992, s. 19).

Kritikken som er rettet mot Goffmans rolleteori peker på at han fremstiller individer som kyniske, beregnende (Williams, 1986, s. 349) og manipulerende (Garsjø, 2001, s. 204). Han får også en del kritikk på grunn av det som kan virke som en snever individualistisk tilnærming der interaksjon kun skjer ansikt-til-ansikt (Williams, 1986, s. 352). Det vil si at han ser på interaksjoner på individnivå og ikke tar for seg samspillet mellom mikronivå, meso- og makronivå. Derfor er rolleteori ikke så godt egnet for å se på hverdagsrehabilitering som et tiltak på politisk nivå. Goffman selv peker på noen svakheter med rolleteori.

Eksempelvis skriver han at den handler om roller og opptredener som ikke er reelle, og som derfor ikke får noen reelle konsekvenser. I motsetning til i den virkelige verdenen der arbeiderne spiller sine roller, og opptredener får konsekvenser for virkelige mennesker. Allikevel rettferdiggjør han anvendelsen av sin teori på grunnlaget av at både teaterrollene og de reelle rollene må forholde seg til samme krav – krav om å følge en definisjon av situasjonen som er utgangspunktet for samspillet med andre (Goffman, 1959/1992, s. 210)

Til tross for kritikken kan rolleteori anvendes i dette masterprosjektet, fordi det tar for seg individuelle erfaringer til helsefagarbeiderne. Goffmans syn på hvordan fasaden med normer, interne og eksterne ressurser og kultur påvirker interaksjonen mellom individer (Williams, 1986, s. 352) kan sees i sammenheng med for eksempel, holdningsendringen og hvordan helsefagarbeiderne møter det de opplever er brukernes forventninger.

I tråd med Goffmans definisjon av rollebegrepet, legger jeg Repstads (1983) i Lauvås & Lauvås (2004, s. 66) definisjon, til grunn for min forståelse i dette prosjektet: *«Rolle er en sosial posisjon som individet er i og som det knytter seg et sett av forholdsvis stabile normer og forventninger til, eller om man vil, visse formelle og uformelle regler om hvordan man skal oppføre seg»*. Sett i lyset av den definisjonen understreker Garsjø (2001, s. 169) videre at norm- og forventningsperspektiver er sentrale i rolleteori. Fordi begrepene forventning, norm, rolle og sosialt system spiller en viktig rolle for forklaring av handlinger og adferd.

Forventninger omhandler «aktørenes» opplevelser av egne og andres krav til deres adferd. Eksempelvis forventes helsefagarbeidere å innfri krav til å utføre arbeidsoppgaver og deres profesjonalitet (Garsjø, 2001, s. 170). Israel & Calais beskriver tre typer forventninger:

- forventninger til seg selv
- forventninger fra andre
- forventninger man tror andre har til en (1976, s. 65).

Motstridende forventninger som ikke samsvarer med egen rolleoppfatning kan skape en rollekonflikt. Slik det er vist i studiene av hverdagsrehabilitering utført av Hjelle et al. (2016); Johnsen (2017); Liaaen (2015) og Rabiee & Glendinning (2011). Forventninger som helsefagarbeidere og brukere har til hverandre er med på å forme den profesjonelle yrkesrollen helsefagarbeidere vil inneha i møte med brukere (Røkenes, 2002a, s. 9). Tidligere erfaringer kan være med på å skape bestemte forventninger til helsefagarbeideres rolle hos brukere av helse- og omsorgstjenester. Slike forventninger kaller Garsjø (2001, s. 171) for statiske. Dette er i tråd med Goffman sin omtalelse av forventninger som kan bli styrt av stereotypier (1959/1992, s. 11). En annen type forventninger, de normative, er styrt av det som er vanlig å gjøre i en viss situasjon (Garsjø, 2001, s. 171). I denne studien er jeg interessert i å se på hva som skjer når normen om hva som er «god omsorg» møter en ny regel eller forventning. Den nye forventningen er den aktiviserende arbeidsmåten i hverdagsrehabilitering.

Yrkeskompetanse

Yrkesutøvere skal kunne bruke sin faglige kompetanse i nye sammenhenger (Røkenes, 2002a, s. 7). Dermed blir yrkeskompetanse ansett som en viktig forutsetning for god yrkesutøvelse. Yrkeskompetanse består av profesjonell relasjonskompetanse og av handlingskompetanse (Aas, 2007, s. 46). Jeg beskriver relasjons- og handlingskompetanse hver for seg, men i virkeligheten henger de tett sammen. Eksempelvis, forutsettes det ofte en god relasjon mellom helsepersonell og pasienten før helsepersonell kan anvende sin handlingskompetanse og sette en sprøyte.

Relasjonskompetanse er den kommunikative kompetansen som handler om å forstå og samhandle med menneskene, som profesjonsutøvere møter i yrkessammenheng, på en god måte (Aas, 2007, s.45). Den har som hensikt å ivareta brukerens interesser og behov (Røkenes, 2002a, s. 9 - 12). Gode relasjoner hjelper profesjonsutøvere å få brukerne til å gjøre det man vil de skal gjøre, og samtidig legge til rette for at brukernes ressurser blir forsterket (Aubert & Bakke, 2008, s. 22 - 23). En felles forståelse, som ofte vil oppstå ved gode relasjoner, kan sikre god samhandling mellom yrkesutøveren og brukeren (Røkenes; 2002a, s. 9 - 12). Yrkesutøverens tenkemåte, kunnskap og forforståelse er betydningsfulle for utvikling av relasjonskompetanse og samhandling med andre (Røkenes, 2002b, s. 63 - 64). Aubert & Bakke (2008, s. 56 - 57) fremhever bevisstgjøring av egen forforståelse som en del av utviklingen av relasjonskompetansen og som er en nødvendig forutsetning for å kunne samhandle med andre på deres premisser (Aubert & Bakke, 2008, s. 41). Sett i sammenheng

med helsefagarbeidernes nye rolle i hverdagsrehabilitering kan den relasjonskompetansen anvendes for å etablere gode relasjoner som vil hjelpe til å få frem brukernes ressurser og få til økt selvaktivitet. Da motivasjon blir en av de viktigste strategiene.

Handlingskompetanse er den instrumentelle kompetansen som yrkesutøvere har. Den består av ferdigheter og kunnskap som muliggjør yrkesutøverens handlinger med eller for brukere, som for eksempel å stelle et sår, trene opp en muskel eller operere et hjerte. Samtidig handler handlingskompetanse om yrkesutøverens forståelse av seg selv og egen rolle. Det vil si om yrkesutøveren har innsikt i egen kompetanse, hvor mye han eller hun er motivert og prioriterer sin rolle, og i hvilken grad yrkesutøveren identifiserer seg med den rollen (Aubert & Bakke, 2008, s. 21 - 23). Utviklingen av ny forståelse skjer gjennom praktiske erfaringer da yrkesutøverne møter nye utfordringer og blir kjent med det de ikke hadde kjennskap til fra før (Aubert & Bakke, 2008, s. 51).

I dette masterprosjektet vil teori om relasjons- og handlingskompetanse anvendes for å belyse forandringer i helsefagarbeiderens handlingsmåter og deres relasjoner med brukere, som overgang til en ny rolle kan innebære. Manglende samsvar mellom brukernes forventninger til helsefagarbeidere som hjelpere og helsefagarbeidernes forståelse av sin nye rolle som trenere i hverdagsrehabiliteringsteam, kan føre til svekket samhandling med brukerne. Nye handlingsmåter vil også bidra til forandret relasjon med brukerne (Røkenes, 2002a, s. 27). Om relasjonen blir forsterket kan det få frem positive følelser som forventning, begeistring, utfordring og spenning. Dette vil bidra til økt samhandling og positiv utvikling. Samtidig kan man ikke se bort fra at motstand, usikkerhet og angst også kan komme til uttrykk ved svekket relasjon. Da med svekket samhandling som følge (Røkenes, 2002a, s. 23).

For å etablere en god relasjon til brukere er det nødvendig at ny kunnskap og nye ferdigheter utvikles i den nye konteksten som hverdagsrehabiliteringen vil medføre (Røkenes, 2002a, s. 8). I utviklingsprosessen bør yrkesutøvere kunne overføre den nye tillærte kompetansen som de får som følge av rolleforandring, til andre handlingsarenaer. Eksempelvis kan helsefagarbeiderne overføre deres nye kompetanse om hverdagsrehabilitering til deres arbeid i hjemmesykepleien. Den utviklingsprosessen er i tråd med Benners beskrivelsen av nivåer på utviklingen av profesjonell kompetanse (1995, s. 29-49). Hun beskriver fem nivåer for læring:

1. Novise

Personer som kommer inn i et nytt fagområde har kun en grunnleggende forståelse av det. Deres ferdigheter og kunnskaper er løsrevet fra praksis.

2. Avansert nybegynner

På det nivået har de som lærer, begynt å utøve på akseptabelt nivå. De klarer flere konkrete oppgaver og begynner å anvende erfaringer de gjorde med konkrete situasjoner. De lærte å handle i samsvar med retningslinjer.

3. Kompetent utøver

De har gjerne jobbet i noen år og har erfaring fra ulike situasjoner. Deres handlinger blir styrt mer og mer av langsiktige mål. De jobber mer effektivt og organisert.

4. Kyndig utøver

Helhetlig tenkning og arbeid mot langsiktige mål kjennetegner en kyndig utøver. De har fått nok erfaring til å kunne danne et overordnet bilde av situasjon, overveie muligheter og begynne å handle raskt.

5. Ekspert

Ekspert trenger ikke retningslinjer for å forvandle sin forståelse til handling. De har en dyp forståelse av situasjonen og handler ofte intuitivt.

I dette masterprosjektet vil jeg se på hvilken betydning helsefagarbeidernes utdanning og tidligere yrkeserfaringer hadde for deres nye rolle i hverdagsrehabiliteringsteam. Samtidig vil jeg se på hvilken ny kompetanse de måtte tilegne seg i lys av teori om relasjons- og handlingskompetanse.

Helsefagarbeidere som begynner å jobbe i et tverrfaglig team vil ha tett samhandling med både brukere og andre profesjonelle. Dermed er det aktuelt å bruke teori om relasjonskompetansen for å belyse møte mellom helsefagarbeidere og brukere. Samt samhandling med teammedlemmer og andre profesjonelle.

Empowerment

Empowerment blir ofte brukt for å understreke viktigheten av likeverdighet og involvering av brukeren i relasjonen med den profesjonelle. Da helsepersonell har i utgangspunktet mer kompetanse og autoritet enn brukeren, kan det lett oppstå ubalanse i maktforholdet mellom dem (Lauvås & Lauvås, 2004, s. 60-61). Hverdagsrehabilitering legger til rette for at brukernes empowerment blir ivaretatt. Ved å utøve hverdagsrehabilitering i brukernes eget hjem, involvere dem i målsettingsprosessen, hjelpe å finne frem egne ressurser og ved å stimulere brukerne til aktiv deltakelse sikres det jevnere maktbalanse under hverdagsrehabiliteringsforløpet. Det er viktig å ha fokus på brukernes empowerment da brukerne i hverdagsrehabiliteringen blir ansett som selvstendige og selvbestemmende.

I norske dokumenter og faglitteratur brukes ulike oversettelser av empowerment, slik som brukermedvirkning, brukerperspektiv, brukerstyring og brukerrettigheter (Askheim, 2003, s. 106). Da det har blitt mer vanlig å bruke det engelske ordet «empowerment», vil jeg også benytte dette. Anderson & Funnell (2010, s. 277-278) trekker inn Paolo Freires forklaring av empowerment som en metode for å stimulere selvstyrte endringer i oppførselen. Han betraktet empowerment både som prosess og som mål. Som mål innebærer det å styrke brukernes makt. Askheim (2003, s. 108) påpeker at empowerment som mål gjelder mest på samfunnsnivå. Som prosess er empowerment en læringsmetode som blir brukt for å stimulere tenkning og motivere til selvstendige handlinger (Anderson & Funnell, 2010, s. 278).

World Health Organization [WHO] (2009, s. 190) definerer empowerment som en prosess for å øke menneskers kontroll over beslutninger og handlinger som involverer deres helse. Empowermentprosessen innebærer samhandling mellom brukerne og helsepersonell med omfordeling av makt, brukernes medvirkning og anerkjennelsen av brukerkompetansen (Tveiten, 2016, s. 31). For å få til en god samhandling er det viktig å snakke med brukeren om for eksempel forventninger og samarbeidsform (Tveiten, 2016, s. 47). I sin bok om undertrykte mennesker påpeker Freire (1968/2003, s. 62) at dialogen er et viktig redskap for å frigjøre mennesker og å gjøre dem betydningsfulle. Tveiten & Bøge (2014, s. 21) refererer til Tveitens tidligere omtale av dialogen som en veiledningsform. Veiledning blir omtalt som en sentral metode i empowermentprosessen som innebærer overføring av makt og kunnskap fra helsepersonell til brukerne (Tveiten, 2016, s. 90). Empowermentprosessen har økt egen mestring som mål. Mestring som forutsetter styrking av brukernes ressurser slik at de får en aktiv hverdag, er et grunnleggende tankesett i hverdagsrehabilitering (Ness et al., 2012, s.16). Det å klare nye aktiviteter er motivasjonsbyggende (Hartviksen, 2017, s. 34). Dermed har helsefagarbeiderne som følger brukere tett under hverdagsrehabiliteringsforløpet, motivasjonsarbeid som en av sine arbeidsoppgaver (Fürst & Høverstad, 2014, s.17). Det er også kjent at motivasjon er nødvendig for å yte læring av ny adferd, og skjer i samspill mellom individ og omgivelser (Lillemyr, 2007, s. 40-41).

Det blir fremhevet fire grunnleggende komponenter for empowermentprosessen: pasientens forståelse av sin egen rolle, tilstrekkelig kunnskap, ferdigheter og tilrettelagt miljø. Dermed kan empowerment defineres som en prosess der pasienten har forståelse av sin rolle, får nødvendig kunnskap og lærer ferdigheter av helsepersonell til å utføre oppgaver i et miljø som gjenspeiler forskjeller i samfunnet og kultur og oppfordrer til deltakelse. Den definisjonen appellerer til den individuelle dimensjonen av empowerment, som beskrevet tidligere, som rommer handlinger som har til hensikt å øke kontroll over deres eget liv

(Askheim, 2003, s. 104). Tveiten & Boge (2014, s. 13-14) påpeker at helsepersonell kan være viktige støttespillere for å øke brukernes empowerment, ved å tilrettelegge for brukernes egne ressurser. For å kunne støtte og tilrettelegge på en riktig måte har helsepersonell behov for ny kompetanse med relevante holdninger, kunnskap og ferdigheter. Ved å jobbe mot brukernes mål og veilede dem, gjør helsefagarbeiderne dem mer delaktige i hverdagsrehabiliteringsforløpet.

5. Metode

Med utgangspunkt i masterprosjektets problemstilling blir metodiske valg og forskningsprosessen presentert i dette kapitlet. Prosjektets design, rekruttering av informantene og utvalg, gjennomføring av intervju, transkribering og analyse av innsamlet data blir belyst. Avslutningsvis blir metodiske og etiske overveielser samt, prosjektets styrker og svakheter presentert.

Da prosjektets problemstilling har som hensikt å belyse helsefagarbeiderens erfaringer med hverdagsrehabilitering var det hensiktsmessig å velge kvalitativ metode som forskningsstrategi for å samle inn vitenskapelig kunnskap (Malterud, 2011, s. 15). I kvalitativ forskning er det ikke krav til valg av vitenskapsteoretisk ståsted dersom man ikke har filosofisk dybdekunnskap. Derfor velger jeg, som uerfaren forsker, å ha fortolkende tilnærming i dette masterprosjektet (Malterud, 2011, s. 44). Kvalitative metoder kjennetegnes ved en systematisk håndtering av data gjennom hele forskningsprosessen som omhandler innsamling, bearbeiding med analyse og drøfting til slutt (Malterud, 2011, s. 32). For å få frem fyldig og beskrivende informasjon som kan belyse problemstillingen, brukte jeg kvalitativ intervjumetode. Den metoden er velegnet for å gi meg innsikt i hjemmetrenerens verden. Den passer også for å belyse helsefagarbeiderens rolleutvikling som en dynamisk prosess (Malterud, 2011, s. 26-27).

Min rolle og forforståelse

Forskeren har ansvar for å gjøre gode valg gjennom hele forskningsprosessen ved å være reflektert, systematisk og etablere gode relasjoner og tillit (Nilssen, 2012, s. 29). Hvordan jeg påvirket datamateriale og hvilken betydning det hadde for vitenskapelig kunnskap som ble produsert, reflekterte jeg over under hele forskningsprosessen. Dette for å være bevisst på mine egne valg og for å få leseren til å følge meg i de valgene. Mine valg i dette prosjektet ble

påvirket av min forforståelse, teoretisk ståsted, faglig interesse og erfaringer (Malterud, 2011, s. 38-40).

Jeg er utdannet fysioterapeut med ni års arbeidserfaring. Gjennom flere års arbeid med opptrening og rehabilitering av eldre mennesker økte min interesse for rehabiliterings- og eldrefagfeltene. Ved å ta relevante kurs og utdannelse utvidet jeg min kunnskap om hvordan man får frem brukernes ressurser og øker deres uavhengighet, deltakelse og mestring i hverdagen. Dermed hadde jeg en forutbestemt mening og erfaring om hvordan det var å ha en aktiviserende rolle. I tillegg til den faglige interessen min ble nok forforståelsen av studiens problemstilling spesielt påvirket av min yrkeserfaring i et nyoppstartet hverdagsrehabiliteringsteam. Høsten 2017 begynte jeg å arbeide i et hverdagsrehabiliteringsteam som i tillegg til meg besto av en ergoterapeut, en sykepleier og to hjemmetrenerne. Hjemmetrenerne hadde begge deltidsstillinger og jobbet også i hjemmesykepleien. Vårt team var organisert etter den spesialiserte modellen, og alle hadde avsatt stillingsprosenter i hverdagsrehabiliteringsteamet. Tett samhandling med hjemmetrenerne i teamet har gitt meg bedre innsikt i deres arbeidshverdag. Min praktiske erfaring med å jobbe med hverdagsmestring og motiverende samtaleteknikk ga meg «*feltkunnskap*» (Malterud, 2011, s. 151) og jeg opplevde at det gjorde meg bedre rustet i å kunne utarbeide relevante spørsmål til intervjuguiden og å ha bedre intervjuteknikk ved å kunne stille åpne spørsmål og gjøre sammenfatninger og relevante refleksjoner underveis.

Underveis i prosjektet byttet jeg arbeidsplass og startet å arbeide med hverdagsrehabilitering som var organisert som integrert modell i hjemmesykepleien – denne gangen uten fast ansatte sykepleiere eller hjemmetrenerne i teamet. Denne erfaringen ga meg en enda bedre forståelse av hvor viktig rolle helsefagarbeiderne hadde i hverdagsrehabiliteringsteam.

Valg av problemstilling til dette forskningsprosjektet ble mye motivert av min faglige interesse for fagfeltet eldre og rehabilitering. Samtidig var min arbeidserfaring med hverdagsrehabilitering en viktig pådriver under hele forskningsprosessen. For ikke å være for styrt og begrenset av min egen forforståelse var jeg den bevisst ved å skrive mine tanker om hverdagsrehabilitering og dens praktiske implikasjoner i prosjektlogg under hele prosessen. (Malterud, 2011, s. 40-41).

Semistrukturerte intervjuer

Semistrukturerte kvalitative intervjuer ble valgt for å innhente beskrivelser av helsefagarbeiderenes livsverden, for så å fortolke betydningen av de erfaringene som blir

beskrevet. Denne typen intervju lar informantene beskrive sine opplevelser så fritt som mulig (Kvale & Brinkmann, 2009, s. 46, 156). Fordelen med semistrukturerte intervju kan være at de gir mer trygghet til informantene slik at de vil dele sine erfaringer med forskeren. Ulempen kan være det at tett kontakt kan oppleves som ubehagelig og kan forstyrre intervjuet (Malterud, 2011, s. 133). Jeg var bevisst på dette og var dermed oppmerksom på hvordan informantene hadde det under intervju og prøvde å skape en trygg og behagelig stemning.

Utvalg og rekruttering

Helsefagarbeidere fra ulike kommuner i Buskerud, Vestfold, Østfold, Hedmark, Oslo og Akershus ble inkludert i masterprosjektet.

Inklusjonskriterier for informantene:

- De måtte være utdannet helsefagarbeidere
- De måtte arbeide med hverdagsrehabilitering

Informantene ble rekruttert både fra hverdagsrehabiliteringsteam og hjemmesykepleien. Jeg sendte forespørsel om deltagelse i forskningsprosjektet på mail eller ringte til kommunene. Det var utfordrende å finne kontaktinformasjon direkte til hverdagsrehabiliteringsteamene. Få kommuner hadde slik informasjon tilgjengelig på sine nettsider. Først etter flere telefonsamtaler lyktes jeg med å skaffe telefonnummer eller e-post adresse til riktig vedkommende. Det var avdelingsledere, sykepleiere eller terapeuter i teamene som svarte på min forespørsel og videreformidlet informasjon om forskningsprosjektet til hjemmetrenerne. I tillegg skrev jeg en forespørsel om deltagelse i prosjektet på en åpen facebookside for personer som jobber med hverdagsrehabilitering. Utover dette formidlet jeg informasjon om forskningsprosjektet gjennom mitt eget faglige nettverk i andre kommuner. Jeg ba mine kollegaer om å videresende forespørselen om deltagelse til aktuelle hjemmetrenerne i deres kommuner. I henhold til anbefalingene fra Norsk Senter for Forskningsdata [NSD] (udatert) inneholdt forespørselen om deltagelse i prosjektet (vedlegg 2) informasjon om prosjektets bakgrunn, formål, metode for datainnsamling, håndtering av personopplysninger under og ved avslutning av prosjektet, samt informasjon om frivillig deltagelse. De som ønsket å delta i prosjektet kontaktet meg på mail, Messenger eller på telefon. I forkant av intervjuene ble alle hjemmetrenerne informert muntlig om studiens hensikt og alle fikk et samtykkeskjema (vedlegg 3) tilsendt. Skjemaet inneholdt informasjon om prosjektets formål, slik at hjemmetrenerne kunne lese det i god tid før intervjuet. Samtykkeskjemaet ble innsamlet før

gjennomføring av det enkelte intervjuet. Ved gjennomføring av intervju over telefon fikk jeg tilsendt signerte samtykkeskjemaer på mail.

Utvalget

Utvalget av informanter var ikke begrenset til en bestemt modell av hverdagsrehabilitering. Dette fordi det er mangelfull informasjon om de forskjellige teammodellene i mange kommuner, og en slik begrensning kunne føre til en begrensning i antall informanter. Ved å ikke begrense datainnsamling til én modell fikk jeg også mulighet til å få mer mangfold i innsamlet data.

Studiens utvalg består av åtte helsefagarbeidere. Alle er kvinner i alderen 36 til 65 år. De ble utdannet ved ulike videregående skoler og fikk sine fagbrev som helsefagarbeidere i ulike år.

Alle hadde jobbet i hjemmesykepleien, på sykehjem, sykehus, rehabiliteringsavdelinger eller korttidsavdelinger før de begynte å jobbe med hverdagsrehabilitering. De fleste kombinerte jobben i hverdagsrehabiliteringsteam med en stillingsbrøk i hjemmesykepleien. Èn helsefagarbeider jobbet både i spesialisert og i integrert team da hverdagsrehabiliteringen var organisert ulikt i de ulike bydelene. De andre beskrev organisering av sine team som spesialistmodell.

I tråd med krav om anonymitet [NSD] (udatert) blir informantene her presentert med fiktive navn, samt mindre forandringer i alder og utdanningsår. Dette er for å forhindre identifisering av informantene.

En kort presentasjon av informantene:

- Stine er 61 år. Hun ble ferdig utdannet i 2003, og har flere års erfaring fra hjemmesykepleien. Stine har alltid vært interessert i rehabiliteringsfeltet og grep muligheten til å jobbe med hverdagsrehabilitering når den først bød seg i 2013. Hun jobber nå 70 % i hverdagsrehabiliteringsteam og har en liten prosent i hjemmesykepleien der hun blant annet er en del av et inntaksteam.
- Hanne er 65 år. Hun utdannet seg til det som het hjelpepleier på slutten av 90 - tallet. I de senere år har hun tatt videreutdanning i rehabilitering. Hanne har sin arbeidserfaring hovedsakelig fra hjemmesykepleien. Hun begynte å jobbe i et hverdagsrehabiliteringsteam i 2014. Hun jobber i dag 50 % i hverdagsrehabiliteringsteam. Hanne jobber ikke lengre i hjemmesykepleien.

- Ingrid er 42 år. Hun fikk fagbrev som hjelpepleier på slutten av 1990-tallet. Ingrid har tidligere jobbet både på sykehjem og i en rehabiliteringsavdeling. I 2015 begynte hun å jobbe i et hverdagsrehabiliteringsteam. Nå jobber hun 80 % i teamet og resten i hjemmesykepleien.
- Nina er 42 år. Hun ble ferdig utdannet som helsefagarbeider i 2005. Nå for tiden tar hun utdanning innenfor rehabilitering. Nina jobbet i hjemmesykepleien tidligere, men begynte å jobbe i et hverdagsrehabiliteringsteam i 2015. Hun jobber nå 100 % i det teamet.
- Eva er 59 år. Hun fikk hjelpepleierutdannelsen i begynnelsen av 1980-tallet. Tidligere har hun jobbet på sykehuset, på sykehjem og i hjemmesykepleien. I 2015 begynte hun å jobbe i hverdagsrehabiliteringsteam. Eva kombinerer 60 % jobb i teamet med en jobb på en korttidsavdeling.
- Natalia er 49 år. Hun utdannet seg til hjelpepleier på slutten av 1980-tallet. Natalia har tidligere jobbet som hjelpepleier på sykehus, sykehjem og i hjemmesykepleien. Hun begynte å jobbe i team i 2014. Hun jobber nå 85 % i et team organisert etter den spesialiserte modellen og 15 % i et team organisert etter den integrerte modellen.
- Johanne er 36 år gammel. Hun ble utdannet helsefagarbeider i 2017. Johanne har hovedsakelig jobbet i hjemmesykepleien. Hun begynte å jobbe i teamet i 2015. Hun jobber nå mest i teamet, men har beholdt 15 % stilling i hjemmesykepleien.
- Trine er 48 år og utdannet seg i 1995. Hun har jobbet i hjemmesykepleien i mange år. Trine begynte å jobbe i teamet i 2013. Hun jobber nå 80 % i teamet og 20 % i hjemmesykepleien.

Informantene ble ansett som relevante for studiens problemstilling og dannet et strategisk utvalg (Malterud, 2011, s.56-57).

Intervjuguide og pilotintervjuer.

Med utgangspunkt i studiens problemstilling utviklet jeg en intervjuguide (vedlegg 1). For å få frem ny kunnskap ble intervjuguiden ikke gjort altfor detaljert, men inneholdt emner og oppfølgingsspørsmål som skulle hjelpe meg å holde tråd under samtale og for å belyse alle viktige spørsmål (Malterud, 2011, s. 129). I intervjuguiden fokuserte jeg på tema rundt helsefagarbeideres erfaringer med den nye måten å jobbe på i hverdagsrehabiliteringsteam, overgangen fra hjelperollen til trenerrollen, det å jobbe som hjemmetrener, samt fremmende og hemmende faktorer for hjemmetrenerrollen.

For å lære intervjuemetode og bedre kunne evaluere relevansen av intervjuguidens spørsmål (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 85-91) gjennomførte jeg to pilotintervjuer med helsefagarbeidere fra et hverdagsrehabiliteringsteam. Intervjuguiden ble utarbeidet i forkant av pilotintervjuer. For å formulere emner og spørsmål som ville gi svar på problemstillingen, hadde jeg sikret meg kunnskap om feltet ved å lese relevant forskning i faglitteratur (Drageset & Ellingsen, 2010, s. 332). Etter pilotintervjuene omformulerte og utdypet jeg noen spørsmål, slik at de kunne gi bedre svar på problemstillingen, og få en bedre flyt i intervjuet. I tillegg inkluderte jeg spørsmål om helsefagarbeidernes utvikling som hjemmetrenerne, hvordan deres nye kunnskap, ferdigheter og kompetanse ble brukt i hjemmesykepleien, og om tilrettelegging på arbeidsplass slik at de kunne fokusere på hverdagsrehabilitering.

Spørsmålene i den semistrukturerte intervjuguiden ble organisert tematisk etter hvor relevante de var for problemstillingens emner. For å få frem gode beskrivelser av relevant tematikk ble det formulert åpne spørsmål (Kvale & Brinkmann, 2009, s. 164-165) som ble stilt i ulike rekkefølge avhengig av emner som måtte følges opp under intervjuet (Kvale & Brinkmann, 2009, s. 156-157).

Intervjuguiden ble revidert fortløpende (Malterud, 2011, s. 129). Dette innebar at etter de to første intervjuene ble det, blant annet, tilføyd ett spørsmål om brukerens verdighet og hvordan den blir ivaretatt av hjemmetrenerne. Dette ble gjort, fordi en av informantene belyste en kobling mellom hverdagsrehabilitering av ferdigheter og verdighet.

Gjennomføring av intervjuene

Helsefagarbeidere som ønsket å bidra i denne studien og stille opp til intervju ble kontaktet av meg per telefon. Jeg informerte dem om studien og avtalte tid og sted for intervju. Intervjuene fant sted i perioden februar til april 2018. Intervjutider og -steder ble valgt ut fra helsefagarbeiders ønsker. Fem informanter ønsket å bli intervjuet på egen arbeidsplass. Intervjuene foregikk i rolige omgivelser på møterom for å unngå forstyrrelser under selve intervjuet. Trygge omgivelser på egen arbeidsplass og uforstyrret intervjusituasjon var med på å få frem helsefagarbeiderens erfaringer og dermed sikre gode data (Malterud, 2011, s. 66 - 67). Under rekrutteringsprosessen oppdaget jeg muligheten til å bruke telefon for å gjennomføre intervjuer. Tre av informanter ble intervjuet over telefon. Dette ga meg et bredere utvalg av informanter fordi datainnsamlingen ikke var begrenset geografisk.

Tabell 1

Oversikt over typer intervju og måten de ble gjennomført på med antall informanter

	Individuelle intervju	Gruppeintervju
Telefonintervju	1 informant	2 informanter
Intervju på arbeidsplass	5 informanter	0 informanter

Det ble totalt gjennomført syv semistrukturerte intervjuer med åtte informanter. Seks informanter ble intervjuet individuelt. To av informantene som ønsket å bli intervjuet sammen, jobbet tett i samme hverdagsrehabiliteringsteam. For å imøtekomme deres ønske arrangerte jeg et gruppeintervju. De var også to av de tre informantene som ble intervjuet per telefon.

Gruppeintervju som datainnsamlingsmetode er inspirert av fokusgruppeintervjumetoden. Til forskjell fra et vanlig fokusgruppeintervju er det færre deltagere i et gruppeintervju (Malterud, 2011, s. 133-134). Jeg hadde en mer aktiv rolle enn moderatoren i fokusgruppeintervjuet ville hatt. Jeg styrte intervjuet og stilte spørsmålene til begge, og det ble ikke lagt opp til diskusjon mellom informantene.

I forkant av hvert intervju fortalte jeg om formålet med studien, hvordan intervjuet skulle foregå og hva lydopptakeren og innsamlet data skulle brukes til. Informantene ble også informert om at all innsamlet data ville bli anonymisert og slettet etter studiens slutt og at det var mulig å trekke seg fra studien når som helst i forløpet. For å sikre at informantene fikk riktig forståelse av studiens problemstilling spurte jeg om de hadde noen spørsmål. Samtidig innhentet jeg bakgrunnsinformasjon fra den enkelte helsefagarbeider. Alle fylte ut et skjema (vedlegg 4) om hvilket år ble de utdannet som helsefagarbeidere, hvor lenge de hadde jobbet som hjemmetrenere, hvor stor stilling de hadde i hverdagsrehabiliteringsteam, om de jobbet i hjemmesykepleie og i så fall hvor stor stillingsprosent de hadde. I dette skjemaet måtte de også svare på hvordan deres team var organisert og om hvem deres team besto av, hvem som var ansvarlig for planlegging, gjennomføring, oppfølging og evaluering av brukere og hvilken organisatorisk enhet i kommunen teamet var organisert under.

Alle intervjuene ble tatt opp digitalt ved hjelp av lydopptaker etter helsefagarbeiderens godkjenning. Jeg forklarte at det er kun meg som skulle lytte på opptakene.

Intervjuene som ble tatt på arbeidsplasser foregikk i rolig atmosfære uten noen forstyrrelser. Under det ene telefonintervjuet opplevde jeg at en noe nedsatt kvalitet på telefonforbindelse

var utfordrende til tider. Dette påvirket allikevel intervjuet og de innsamlede data i liten grad da jeg stilte spørsmål en gang til. Forskningen viser at i mindre kvalitative studier har telefonintervju gitt data som har lik kvalitet med data som ble samlet inn ved hjelp av individuelle intervju der forskeren møtte informantene personlig (Carr & Worth, 2001, s. 511; Sturges & Hanrahan, 2004, s. 107-108). Telefonintervju kan også øke kvaliteten på innsamlet data ved å gi informantene mulighet til å snakke mer fritt om sensitive temaer når slike oppstår. Fravær av personlig møte minsker forskerens påvirkning og kan bidra til økt datakvalitet (Carr & Worth, 2001, s. 513; Sturges & Hanrahan, 2004, s. 108).

Under telefonintervju med to helsefagarbeidere tok den ene deltageren en ledende rolle i samtalen, og jeg måtte stadig bringe den andre informanten inn i samtalen. Dette samsvarer med Malteruds beskrivelse av forskerens rolle under et gruppeintervju som styrende. Hun påpeker også at for få deltagere i gruppen kan føre til at samtalen blir overfladisk eller for tung (2011, s. 134). Det ble ikke naturlig diskusjon mellom de to informantene, slik jeg hadde håpet på. Dermed stilte jeg oppfølgings spørsmål for å lede dem på riktig spor igjen og for å få frem den andre informantens erfaringer.

Jeg opptrådte vennlig og var opptatt av at informantene følte seg trygge og avslappet slik at de var komfortable med å dele sine erfaringer og tanker. Intervjuene hadde naturlig flyt da jeg ikke fulgte rekkefølgen i intervjuguiden slavisk. Isteden ble relevante emner fulgt opp med utdypende og oppfølgende spørsmål (Drageseth & Ellingsen, 2010, s.333). Jeg prøvde bevisst å unngå å være ledende under samtalen og benyttet åpne spørsmål for å få frem informantens perspektiv. Samtidig passet jeg på at all relevant tematikk ble tatt opp. Jeg var bevisst på å ha åpen tilnærming, benyttet meg av aktiv lytteteknikk og passet på ikke å avbryte, slik at informantens erfaringer og opplevelser ble påvirket av forskerens forforståelse minst mulig (Drageset & Ellingsen, 2010, s. 333). For å sikre korrekt forståelse av utsagnene og dermed datamaterialenes validitet kom jeg med flere oppsummerende kommentarer selv under intervjuet (Malterud, 2011, s. 182).

Intervjuene varte fra 43 til 70 minutter. På slutten av hvert intervju oppsummerte jeg emnene som kom frem og spurt informantene om det var det de mente, for å sikre riktig forståelse av data. Alle informanter ble også spurte om de hadde noe å tilføye eller lurte på noe. Ingen av dem kom med ny informasjon etter at intervjuene ble avsluttet. De ble oppfordret til å ta kontakt med forskeren enten per telefon eller sende mail om de kom på noen viktige for dette prosjektet tanker eller erfaringer. Ingen av dem benyttet seg av den muligheten.

Umiddelbart etter intervjuet noterte jeg i refleksjonsnotat inntrykk jeg hadde om intervjusituasjon, gjennomføring av intervju, om informanten og umiddelbare tanker om overraskende emner i samtalen. Dette er for å reflektere over det som fungerte bra og om det var nødvendig å endre på intervjuguiden eller forskerens egen rolle og forforståelsen under senere intervjuer.

Transkribering

For å gjøre data tilgjengelig for analyse transkriberte jeg alle intervjuene fortløpende. Verbatim transkripsjon sikret også at det som ble transkribert gjenga den meningen som informantene hadde i sine utsagn. Da det er fare for at meningsinnholdet blir endret ved overføring av muntlig samtale til tekst (Malterud, 2011, s.76-77). Pauser og informantens emosjonelle tilstand ble gjengitt der det var relevant.

For å anonymisere informantene tildelte jeg til hver av dem et nummer, eksempelvis I1, I2 og så videre. Hver av de to informantene som deltok i gruppeintervju presenterte seg i begynnelsen av intervjuet slik at jeg kunne gjenkjenne deltagerens stemme under transkriberingen. Når transkripsjonen av hvert av intervjuene ble ferdig, leste jeg over transkripsjonene, mens jeg lyttet på samtalen en gang til. Dette er for å forsikre at all data ble skrevet ned korrekt og gjenspeilet den opprinnelige meningen i samtalen. Under hele transkriberingsprosessen var jeg bevisst min påvirkning og redegjorde for den i refleksjonsnotat (Malterud, 2011, s. 78).

Transkriberingsprosessen vekket en del tanker som jeg noterte i refleksjonsnotatet og brukte senere under analyseprosessen. Jeg begynte å se at noen emner, som for eksempel «Tid» gikk igjen under transkripsjoner av intervjuer. Å ha mulighet til å lytte på opptakene flere ganger bidro til nye analytiske refleksjoner (Fangen, 2004, s. 179-180).

Analyse

Analytiske prosesser foregår under hele studien. Jeg begynte å reflektere over relevante tema allerede under intervjuene. I dette prosjektet analyserte jeg innsamlet datamateriell ved hjelp av analysemetode systematisk tekstkondensering. I følge Malterud (2011, s.c95), er systematisk tekstkondensering en analysemetode som benytter seg av prinsipper på datastyrt analyse. Forskeren skal lete etter enheter i innsamlet materialet, og deretter utvikle kategorier som vil brukes for å reorganisere materialet og få frem meningsinnhold. Meningsinnholdet blir så analysert på tvers av intervjuene for å komme frem til tema som kunne gi svar på

studiens problemstilling (Malterud, 2011, s. 137). Den type analysen blir kalt for tverrgående (Malterud, 2011, s. 94).

Systematisk tekstkondensering er strukturert analysemetoden, som passer fint for nybegynnere da det finnes godt beskrevet analyseprosedyre. Ved hjelp av denne analyseprosedyren kan man forkorte og ordne datamaterialet og dermed få enklere tak i den underliggende meningen. Analysen som blir styrt av en detaljert prosedyre, kan virke begrensende på forskerens fleksibilitet (Malterud, 2011, s. 95).

Den analytiske prosessen foregår i fire trinn (Malterud, 2011, s. 98-110):

- Trinn 1 - Helhetsinntrykk
- Trinn 2 - Systematisk gjennomgang - meningsbærende enheter
- Trinn 3 - Kondensering
- Trinn 4 - Sammenfatning

Trinn 1-Helhetsinntrykk

Etter at alle intervjuene ble transkribert begynte jeg på første trinn av dataanalysen. All transkribert data leste jeg flere ganger for å danne meg et inntrykk av hvilke temaer som fantes i materialet, som kunne belyse helsefagarbeiderens erfaringer med hjemmetrenerrollen. Jeg baserte min analyse på Malterud (2011, s. 98-99) sine anbefalinger om å distansere seg fra forforståelse og teoretisk grunnlag for studie. Dette var for å danne meg uavhengig og helhetlig inntrykk av datamaterialet.

Under gjennomlesingen av datamaterialet noterte jeg foreløpige temaer som dukket opp. Enkelte temaer var interessante i seg selv, men måtte forkastes fordi de ikke var relevante for problemstillingen. For eksempel, temaet «aktuelle kandidater», der informanter snakket om hvilke brukere som var gode kandidater for hverdagsrehabilitering. Dette temaet var ikke relevant og ble dermed forkastet. Noen temaer, som belyste problemstillingen min, overlappet hverandre og ble dermed slått sammen. Eksempelvis ble temaene «å jobbe med hendene på ryggen» og «mestringskulturen» samlet under tema «tankegang». Etter at jeg ble ferdig med trinn 1 hadde jeg seks foreløpige temaer: kompetanse, tankegang, måte å jobbe på, møte med brukeren, tverrfaglighet og samarbeid.

Trinn 2 - Systematisk gjennomgang

I trinn 2 gikk jeg gjennom alt data systematisk og flyttet aktuelle meningsbærende enheter under temaer som ble formulert etter første gjennomlesing av materialet. Meningsbærende

enheter er tekstutdrag som inneholder kunnskap om foreløpige temaer (Malterud, 2011, s. 100). Jeg benyttet meg av Word program for å markere meningsenheter i ulike farger som tilsvarte ulike temaer. Videre laget jeg ett dokument for hvert av temaene. De dokumentene organiserte jeg i selvlagde tabeller. Deretter merket jeg relevante meningsbærende enheter med informantenes nummer og kopierte enhetene inn i de selvlagde tabeller. Dette systematiske arbeidet heter koding (Malterud, 2011, s. 101). Under denne prosessen ble deler av det transkribert data tatt ut av sin opprinnelige kontekst og plassert sammen med enheter med likt meningsinnhold (Malterud, 2011, s. 104). Da kom det frem temaer som dannet grunnlaget for de aktuelle subgruppene. Eksempelvis ble temaet «rangstigen» i teamene tatt opp av flere helsefagarbeidere og det dannet subkategorien «hierarki» i kategorien «å samhandle med andre».

Jeg leste dokumentene med meningsbærende enheter flere ganger og oppdaget at flere av dem overlappet hverandre og kunne slås sammen under samme tematisk kodegruppe (Malterud, 2011, s. 104). Etter flere omganger med sortering og omformulering ble fem kodegrupper formulert: «tidligere kunnskaper og ferdigheter», «ny tenkemåte», «nye praktiske oppgaver», «møte med brukeren» og «samarbeid». Under hele prosessen var forskeren bevisst på å ha en åpen holdning og ikke å la teorien å påvirke kodingen (Nilssen, 2012, s. 98).

Trinn 3 – Kondensering

I analysens tredje trinn begynte jeg et systematisk arbeid med meningsbærende enheter som ble fjernet fra konteksten og sortert under ulike kodegrupper (Malterud, 2011, s. 105). Jeg gikk gjennom hver av kodegruppene på nytt, noterte stikkord som dukket opp under lesingen og dannet grunnlaget for relevante subkategorier (Malterud, 2011, s. 106). For deretter å konsentrere innholdet i subkategoriene ved å lage kondensater som gjenspeilet den opprinnelige meningen fra hver av de meningsbærende enheter og svarte på forskningsspørsmålene. Jeg-form i kondensatene ble brukt for å ta vare på informantenes opprinnelige formuleringer under intervju (Malterud, 2011, s. 106). Som eksempel vil jeg presentere noen sitater fra kodegruppen «ny tenkemåte» som ble til subkategorien «fra «hjelpeskulturen til mestringskulturen». Sitater og påfølgende kondensat:

«Nei, det har ikke forandret seg for meg. For jeg har hatt den holdningen i mange år. Jeg var voksen når jeg ble hjelpepleier. Og det som jeg husker jeg tenkte da den gangen var det at jeg skal være imot brukerne som jeg hadde ønsket at en hadde kommet og møtt bestemora mi. Det var sånn tenkte jeg ... Sånn skal jeg oppføre meg ovenfor de brukerne».

Det har ikke forandret seg. Jeg har hatt den holdningen lenge. Jeg ble hjelpepleier i voksen alder, og tenkte da at jeg skal være imot brukerne slik jeg ønsker min bestemor ble møtt.




«Eee, nei, egentlig ikke. Jeg har vel tenkt ganske likt hele tida. Og jeg sier at det er ingen nye tanker, de fleste jobber sånn, i hjemmesykepleien i alle år. Eee, så det gjør sikkert ting lettere for meg da. Det er jo tankesett jeg har hatt, men det som er endret da er at jeg har med meg det med hjelpemidler mer. Jeg har lært mer om det og har nok de øya med meg. Det kan fort skje at noen som mangler noe eller. noe som kunne vært gjort litt annerledes».

Jeg har tenkt veldig likt hele tiden. Det er ingen ny tanke da de fleste i hjemmesykepleien jobber slik. Det som er endret er at jeg har lært om hjelpemidler og har de øya med meg.

Trinn 4 – Sammenfatning

Det siste trinnet av analysen går ut på å rekontekstualisere – sette funnene sammen i form av en sammenfattet analytisk tekst som gjenspeiler kunnskapen fra hver av kodegruppene og subgruppene (Malterud, 2011, s. 107). Hver subkategori fikk eget avsnitt i den analytiske teksten. Jeg skrev denne teksten i tredjeperson-formen da min rolle var å gjenfortelle informantenes historier. Denne analytiske teksten representerte resultater fra mitt masterprosjekt. Dermed var det viktig at den sammenfattet hovedbudskap fra flere historier og ikke bare gjenfortalte enkeltstående historier. For å utdype hovedbudskap og illustrere den analytiske teksten brukte jeg «gullsitater». For å forsikre meg om at den teksten ga gyldig beskrivelse av resultater, vurderte jeg fortløpende om de resultatene samsvarte med den opprinnelige meningen i kondensatet (Malterud, 2011, s. 107-108). Når alle kodegruppene og subkategoriene ble rekontekstualisert på den måten hadde jeg flere runder med å formulere overskrifter og å plassere resultater under passende kategorier. Eksempelvis i tabellen under blir det presentert analyseprosessen som førte til utviklingen av kategorier med prosjektets resultater.

Tabell 2. Analyseprosessen

Temaer 	Kompetanse	Tankegang	Måte å jobbe på	Møte med brukeren	Tverrfaglighet Samarbeid
Kodegrupper 	Tidligere kunnskaper og ferdigheter	Ny tenkemåte	Nye praktiske oppgaver	Møte med brukeren	Samarbeid
Subkategorier 	Utdanningen Arbeidserfaring Nye kunnskap og ferdigheter	Fra «hjelpkulturen til mestringskulturen» Det nye blikket Verdighet Hjelp til selvhjelp	Målsetting Motivering Veiledning Tilrettelegging Hjelpemidler Planlegging	Forventninger til hjemmetreneren Tiden Kontinuitet	Samarbeid: -i teamet -med hjemmesykepleien -med leger Hierarki
Kategorier	Å bli en trener		Å møte brukeren		Å samhandle med andre

Avslutningsvis ble resultatene sjekket opp mot det opprinnelige datamaterialet og forskning på feltet. Dette er for å forsikre at meningsinnholdet ikke ble forandret under analyseprosessen, og resultatene som ble ansett som relevante tilføyde nytt kunnskap på feltet hverdagsrehabilitering (Malterud, 2011, s. 109).

Metodiske overveielser

Gjennom hele forskningsprosessen etterstreber man refleksivitet, reliabilitet og validitet slik at man kan vise i hvilken grad kunnskapen som presenteres er pålitelig, gyldig og kan anvendes

i andre sammenhenger (Malterud, 2011, s. 17). Gjennom refleksiviteten viser forskeren sitt bidrag til produksjonen av kunnskap (Kvale & Brinkmann, 2009, s. 273). Forskerens bakgrunn, holdninger, meninger og interesser påvirker hvilken kunnskap som forskeren får ut av datamaterialet (Nilssen, 2012, s. 139).

Reliabilitet viser hvor pålitelig resultatene er (Kvale & Brinkmann, 2009, s. 137), og om de kan gjenskapes av en annen forsker (Kvale & Brinkman, 2009, s. 276). Forskeren i kvalitativ forskning blir omtalt som «*det viktigste instrumentet*», nettopp fordi relasjoner og tillitt har stor betydning for kunnskapen som kommer frem under intervju (Nilssen, 2012, s. 29). Det betyr at en annen forsker vil ha annen type relasjon med informantene og dermed vil få frem annen kunnskap under intervju.

Validitet handler om to spørsmål (Malterud, 2011, s.22). Det første spørsmålet handler om studien undersøker det den er ment å undersøke (Kvale & Brinkmann, 2009, s. 137) gjennom beskrivelsen av studiens begrensninger og muligheter (Malterud, 2011, s. 181). Det andre spørsmålet om validitet omhandler resultatenes overførbarhet på andre utvalg, kontekster, samt samspeillet mellom forskeren og informantene. Selv om det ikke er mulig å reprodusere kvalitativ forskning i andre sammenhenger (Malterud, 2011, s. 22-23), vil resultatene kunne gi innsikt i hvilke sammenhenger de har gyldighet (Malterud, 2011, s. 55). I kvalitativ forskning er det akseptert nå at det er mange ulike gyldige versjoner av kunnskap og dermed blir fokuset rettet mot kunnskapens mangfold og situasjonsavhengighet (Kvale & Brinkmann, 2009, s. 289). For å begrunne gyldigheten av kunnskapen som kom frem under en konkret forskning i bestemt kontekst presenteres studiens begrensninger gjennom refleksivitet (Malterud, 2011, s. 23).

Kontinuerlige refleksjoner om hvordan man ble påvirket av forskningsfokus og hvordan tema som studeres ble påvirket av forskerens nærhet bør presenteres for lesere (Nilssen, 2012, s. 31). Jeg gikk inn i dette masterprosjektet med min forforståelse av hverdagsrehabilitering og helsefagarbeidernes rolle. Denne forforståelsen ble formet av min faglig bakgrunn og erfaring fra arbeid med hverdagsrehabilitering. For å tydeliggjøre og være bevisst mine tanker og holdninger skrev jeg refleksjonsnotat under hele forskningsprosessen (Nilssen, 2012, s. 140). Notatet gjorde meg mer bevisst på mine valg, tolkninger og min egen forforståelse. Her er et eksempel på mine tanker rundt emne verdighet, som kom frem under det andre intervjuet: «*Her kan jeg diskutere etiske aspekter ved å blande seg inn i andres liv, rutiner og vaner. Se på verdighet, makt, overgrep, krenkelse. At helsepersonell har makt ovenfor brukere. Hvor går grensen? Viktig å finne balansen*». Senere i prosjektet var disse tankene rundt maktubalansen med på å forme refleksjoner rundt dulting og empowerment.

Det er viktig å ha en transparent prosess slik at leseren kan følge mine valg. Derfor gjorde jeg rede for hvordan datamateriell kan forstås i lyset av valgte teori, beskrev detaljert hvordan jeg kom til mine tolkninger under analysen og presenterte konteksten slik at leseren ville kunne vurdere pålitelighet av mine tolkninger (Fangen, 2004, s. 251-252).

Da utvalget i mitt prosjekt var sammensatt slik at det kunne gi relevant for problemstillingen datamateriell, var dette utvalget strategisk. Strategisk utvalg kan bidra til økt gyldighet og pålitelighet av resultater grunnet tilgang til mer variert data (Malterud, 2011, s. 56-58). I praksis betydde det at det utvalget besto av helsefagarbeiderne siden det er deres erfaringer jeg var interessert i. Det utvalget gjenspeilet også helsefagarbeideryrkets sammensetting da de fleste helsefagarbeidere er kvinner og mange har delte stillinger (Køber & Vigran, 2011, 1. avsn.).

For å belyse problemstillingen ved å stille relevante spørsmål, gjorde jeg meg kjent med faglitteratur og forskning på feltet (Kvale & Brinkmann, 2009, s. 141). Før jeg kom i gang med å intervju, ble intervjuguiden diskutert med min veileder. Dette for å sikre at temaer og spørsmål som ble formulert belyste studiens problemstilling og at de ble minst mulig påvirket av min forforståelse (Malterud, 2011, s. 39). Gjennomføring av to pilotintervjuer ga meg innsikt i hvilke spørsmål måtte revideres og en ny intervjuguide ble utarbeidet.

Gode kommunikative ferdigheter er en forutsetning for god kvalitet på innsamlet datamateriell (Nilssen, 2012, s. 30). I intervjusetting forsøkte jeg å skape trygg og tillitsvekkende atmosfære for å skape gode relasjoner, som åpnet mulighet for tillitsvekkende samtale (Kvale & Brinkmann, 2009, s. 35). Ingen av informantene var fra min arbeidsplass. Men to av dem kjente meg litt fra før. På den ene siden kunne den kjennskapen påvirke hvor utdypende svar jeg hadde fått. På den andre siden kunne de ha mer tillit til meg og dermed snakke med meg om mer sensitive temaer. Jeg mener allikevel at den informasjonen jeg fikk av dem var god og fyldig.

Det er viktig å bemerke at kvalitative intervju er en profesjonell samtale med asymmetrisk maktforhold mellom forskeren og informanten (Kvale & Brinkmann, 2009, s. 51). Både det at jeg som forsker og fysioterapeut, besitter mer vitenskapelig kompetanse på feltet hverdagsrehabilitering enn det helsefagarbeiderne gjør og at det tradisjonelle hierarkiet innenfor helsetjenester med pleiepersonell nederst kan påvirke maktbalanse under intervju. Det kan være vanskelig å fjerne makt fra intervjusituasjonen, men det er viktig å være bevisst den (Kvale & Brinkman, 2015, s. 53). Jeg var bevisst på mulig maktubalanse og prøvde å sikre

informantenes innflytelse ved å oppsummere for dem det de hadde sagt og ved å spørre om de hadde noe mer de skulle ha sagt.

Under intervjuene stilte jeg åpne spørsmål og unngikk å lede informantene for å påvirke svarene minst mulig og få dermed mer pålitelig informasjon (Kvale & Brinkmann, 2009, s. 276). Validering underveis i intervjuene ble ivaretatt ved hjelp av oppsummeringer og bekræftende spørsmål for å sikre riktig forståelse av informantenes budskap. Denne valideringen kalles for dialogisk (Malterud, 2011, s. 182).

Transkripsjonens pålitelighet ble ivaretatt ved at jeg transkriberte ordrett og prøvde å unngå fortolkning ved å lytte til opptaket en gang til etter gjennomført transkripsjon. Allikevel kan det være fare for at min overføring av samtalen til skriftlig språk hadde en viss grad av fortolkning siden selv plassering av komma og punktum er fortolkningsprosess, ifølge Kvale & Brinkmann (2009, s. 210-212). Samtidig vil kjennskap til data hjelpe til å avklare uklarheter og med det styrke gyldighet av materialet (Malterud, 2011, s. 77). Om jeg hadde spurt informantene om å lese det transkriberte materialet, altså gjennomføre det som kalles medlemsvalidering, ville dette styrke prosjektets validitet (Kvale & Brinckman, 2009, s. 356).

I dette prosjektet benyttet jeg analysemetoden systematisk tekstkondensering, som gjennom refleksivitet og systematisk gjennomgang av datamateriell sammen med godt kjennskap til teori på fagfeltet sikret en forsvarlig tolkning av data (Malterud, 2011, s. 94). Under analysen kan forskerens fordommer og forforståelser påvirke kategoriseringen og fortolkningen av materialet. Dette kan føre til uoverensstemmelser mellom det opprinnelige og det bearbejdede materialet (Kvale & Brinkmann, 2009, s. 231-234). Dette ble ivaretatt ved at jeg gjorde rede for min forforståelse i begynnelsen av prosjektet, passet på å være åpen for uventede temaer og sammenlignet mine resultater med det opprinnelige datamaterialet i siste trinn av analysen (Malterud, 2011, s. 109).

Jeg presenterte resultatene av dette masterprosjektet for medstudenter og lærere samt ble de lest av min veileder og kollegaer. Deres relevante tilbakemeldinger og diskusjoner av tolkninger bidro til økt gyldighet av kunnskap.

Etiske overveielser

All forskning i Norge er pålagt å ivareta de etiske retningslinjer til De nasjonale forskningsetiske komiteene og forskningsetikkloven. I tråd med anbefalingene fra Kvale & Brinkmann (2009, s. 95, 97) tok jeg hensyn til etiske spørsmål under hele intervjuundersøkelsen. Denne studien skulle behandle opplysninger som kunne knyttes til

helsefagarbeiderne som deltok i intervjuene. Studien ble dermed meldt til Norsk Senter for Forskningsdata [NSD] (vedlegg 5). Etter at studien fikk godkjenning (vedlegg 6) i desember 2017, begynte jeg å rekruttere informanter.

Det stilles krav til skriftlig informasjon om forskning og informert samtykke (Malterud, 2011, s. 204), slik at informanter får nødvendig kjennskap for å kunne beslutte om de ønsker å delta i prosjektet eller ikke (Kvale & Brinckman, 2009, s. 104). I henhold til Helsinkideklarasjon (Verdens Legeforening, 2013, 26 - informed consent) mottok alle som takket ja til å delta i studien, informasjon med studiens bakgrunn, formål, metode for datainnsamling, håndtering av personopplysninger under og ved avslutning av prosjektet. De ble også opplyst om at deltakelse var frivillig og at de hadde rett til å trekke seg ut av studien når som helst uten å oppgi grunn for det og uten negative konsekvenser for deres relasjon til Høgskolen i Oslo og Akershus eller hverdagsrehabiliteringsteam de er en del av.

Forskeren kan komme nær informantens liv, tanker og berøre sensitive og fortrolige temaer, noe som kan være belastende for informantene (Nilssen, 2012, s. 144 -148). Derfor la jeg vekt på å ha respektfull holdning og trygg og tillitsvekkende atmosfære under selve intervju. Det at informantene selv valgte sted for intervjuet kunne øke deres trygghet. Den medbestemmelsen kunne være med på å utjevne det asymmetriske maktforholdet mellom intervjueren og informanten (Kvale & Brinkmann, 2009, s. 51). Telefonintervju som jeg brukte under samtaler med tre helsefagarbeidere kunne gi mer private og tryggere rammer på den ene siden, noe som kunne føre til mer fortrolig samtale (Carr & Worth, 2001, s. 517). På den andre siden kunne jeg gå glipp av personlig kontakt som danner grunnlaget for tillit og respekt (Malterud, 2011, s. 201).

Konfidensialitetsprinsippet i forskning har som formål å skjule deltagerens identitet gjennom anonymisering av data (Kvale & Brinkmann, 2009, s. 106). I henhold til det prinsippet ble gjenkjennelige personopplysninger og bakgrunnsinformasjon anonymisert. Og dermed skal det ikke føre til noen ufordelaktige konsekvenser for deltagerne. Datamaterialet ble samlet under intervju ved hjelp av lydopptaker fra tillatelse av hver av informantene. Datamaterialet lagret jeg på datamaskin med passordbeskyttelse. Lydfilene ble lagret på en kryptert minnepinne som ble oppbevart nedlåst på et kontor hvorkun jeg hadde tilgang. I tråd med NSD (udatert) sine anbefalinger, ble aidentifisering av innsamlet data gjennomført ved hjelp av en navneliste som erstattet informantens navn med nummer. Navnelisten var også nedlåst. Den ble oppbevart separat fra lydfilene og datamaterialet. All data ble oppbevart utilgjengelig for uvedkommende.

6. Resultater

I dette kapittelet vil jeg presentere resultater av analysen av datamaterialet fra åtte semistrukturerte intervjuer. Under analyseprosessen av transkriberte data kom det frem tre overordnede tema i helsefagarbeideres erfaringer med å arbeide som hjemmetrenere: *Å bli en trener, Å møte brukeren og Å samhandle med andre.*

Å bli en trener

Helsefagarbeidere som ble intervjuet utdannet seg ved ulike videregående skoler i Norge i perioden mellom 1980 til 2017. Natalia og Eva ble utdannet på begynnelsen av 1980 - tallet. Trine, Ingrid og Hanne studerte på 1990 - tallet. Nina og Stine fikk utdannelsen på begynnelsen av 2000. Kun Johanne var nylig utdannet helsefagarbeider fra 2017.

Alle hadde erfaring fra arbeid i kommunale helse- og omsorgstjenester. Seks kombinerte jobben i hverdagsrehabiliteringsteam med liten prosent i hjemmesykepleien. Kun to, Nina og Hanne, jobbet bare med hverdagsrehabilitering.

Flere helsefagarbeidere fortalte at det pedagogiske fokuset under utdanningen var både på å gi omsorg og å yte hjelp til selvhjelp. Til tross for dette kom det også frem at helsefagarbeiderutdanningen til noen av dem fokuserte primært på å lære elevene å gjøre brukere mer selvstendig. Johanne påpekte: *«Jeg hadde det fra før, fra utdanningen. Det er jo sånn vi har alltid lært at vi skal gi hjelp til selvhjelp. Så det har jeg alltid tenkt på og har vært ganske bevist på»*. I motsetning til Johanne, fortalte Stine: *«(...) Vi skulle hjelpe, dessverre så var det ikke så mye [om egenomsorg under utdanningen], litte grann var det jo, men ikke veldig mye»*. Stine hadde altså lært lite om å yte hjelp til selvhjelp når hun gikk på skolen. Trine fortalte at hun også hadde fått lite opplæring i å hjelpe brukerne til å bli mer selvstendig.

Helsefagarbeidernes utdanningsgrunnlag sammen med arbeidserfaring fra hjemmesykepleien hadde ledet dem inn i det flere kalte for «hjelpefeller». Ingrid, som jobbet på sykehjem, presiserte hva det betydde: *«(...) Jeg begynte jo min karriere på sykehjem. Og jeg tenkte akkurat sånn som alle andre tenkte. Du skal hjelpe, du skal dulle med for at de skal ha det veldig bra»*. Hun tenkte og handlet slik alle andre ansatte gjorde der. Hun uttrykker implisitt at det var det som kan kalles en «hjelpeskultur» der hun jobbet da. Allikevel hadde Johanne lært mye i hjemmesykepleien som hun hadde nytte av i hverdagsrehabilitering: *«(...) Etter mange år i pleien så har man jo vært borte i veldig mange hjelpemidler (...) har jeg brukt mye hjelpemidler og vist [til brukeren] bruk av børster til fotvasker, andre teknikker for å klare å*

gjøre det selv». Hun kan nå hjelpe brukeren til å hjelpe seg selv ved å gi hjelp til selvhjelp i form av tilrettelegging og hjelpemidler. I motsetning til Ingrid og Johanne tenkte flere av de andre i «samme bane» i sitt tidligere arbeid som de gjør i hverdagsrehabilitering. Hanne: «(...) *Jeg har hatt den holdningen i mange år. (...) Jeg har egentlig vært der hele tida. Jobber med hendene på ryggen*». Hun snakket om holdningen som skulle oppmuntre til egen aktivitet. Hanne sine erfaringer fra hjemmesykepleien fremhevet at hjemmesykepleien ikke bare hadde fokus på hjelp, pleie og avlastning, men de fokuserte også på selvaktivitet.

Selv om helsefagarbeiderne fortalte at de hadde mye erfaring i å arbeide med hjelp til selvhjelp før de startet i hverdagsrehabiliteringsteam, beskrev de samtidig også en forandring eller en overgang i egen tanke- og arbeidsmåte når de begynte å jobbe i hverdagsrehabiliteringsteam. De brukte mange begrep for å forklare og visualisere denne endringen: Noen beskrev det som en overgang fra «hjelpeskulturen til mestringskulturen», andre sa de hadde gått fra «hjelpefeller» til «å jobbe med hendene på ryggen». Flere av helsefagarbeidere beskrev overgangen som krevende. Stine sa:

(...) Jeg måtte å slutte å bruke pleiefella. At jeg måtte å bli flinkere til å se og å veilede enn jeg var før ... Det var liksom at jeg klødde litt i fingrene til å så [hjelpe] ... Det er nok lettere å gjøre ting for brukeren. (...) Også da å snu helt på flisa og så ikke skulle gjøre noe annet enn også å trene og vise folk og forklare liksom. Det var litt overgang.

Stine påpeker her at endringen i arbeidskulturen innebar forandring i egen holdning, hun måtte «*snu på flisa*» og gå fra å være hjelpende til å bli aktiviserende og veiledende. Trine forteller at den gamle holdningen var så innarbeidet og kroppsliggjort at hun måtte holde igjen for å ikke hjelpe til brukeren:

(...) Mye går på automatikk (...). Tok meg selv mange ganger i å bøye meg ned for å hjelpe på med skoene for eksempel når vi skulle ut og gå tur. (...) det er veldig lett å hjelpe de, veldig lett å ta over. Måtte jobbe med meg selv for å trå litt tilbake.

For henne var det en prosess der hun måtte kvitte seg med den innlærte kompetansen fra helsefagarbeiderutdanningen og tidligere arbeid innenfor helse- og omsorgstjenester.

Flere av hjemmetrenerne, slik som Johanne, snakket om at de begynte å tenke på en ny og helhetlig måte. De tok på seg «nye briller» og begynte å se muligheter. Hvordan kan du tilrettelegge? Hva kan brukeren gjøre for å klare ting igjen? Natalia i likhet med Nina lærte både «å se» og «å tenke» mer fallforebygging og tilrettelegging med hjelpemidler: «(...) *Jeg har med meg det med hjelpemidler mer. Jeg har lært mer om det og har nok de øya med*

meg». Flere av de andre understreket også viktigheten av «det nye blikket» de har fått. De lærte å se hvilke ressurser brukeren hadde og hva som kunne hjelpe til for å ta de ressursene i bruk

For Trine, var overgangen så stor at hun følte seg «slem» mot brukere når hun ba dem å gjøre ting selv:

(...) «Bare sitt du, jeg skal ta den, ja». (...) «Hva kan jeg hjelpe deg med»? «Ja, bare fortell hva du vil - jeg gjør alt». (...) Før så var jeg veldig - bare gjorde det for de. Det er ikke det samme nå - helt annet syn. Og jeg hadde noen som skulle ha morgenstell: Bare stakk frem ansiktet. «Du, du vasker deg selv». Det klarer de, ikke noe problem. Jeg følte meg egentlig litt sånn slem, ja, ja. Men ut fra når du får en del kunnskaper i bagasjen så vet man jo, at man ønsker bare beste for brukerne, og sånt det blir når du får gjort det selv. Så det er mye bedre. Enn at man på en måte skal frata de den verdighet.

Til tross for at Trine følte at hun burde hjelpe mer, påpekte hun også viktigheten av at brukeren utførte daglige aktiviteter selv og at det var fordelaktig for den. Hun anså at brukerens verdighet hadde tette bånd med kroppslige funksjoner – og det å gjøre selv. I likhet med hennes omtale av verdighet hadde Hanne egen erfaring med det å miste kroppslig funksjon, å ikke mestre ting og å jobbe seg tilbake:

(...) Og så lærer du litt med å være litt eldre og kjenne på litt vondter og sånt noe sjøl. (...) Det å kanskje miste litt funksjon og måtte jobbe deg tilbake igjen, se hva det gjør med deg, når vi ikke mestrer ting som vi gjerne vil». «(...) For jeg veit hva betyr å rehabilitere verdighet, ikke bare ferdighet. Ferdighet er én ting ... Men du mister så mye når du mister funksjon ... Når du får funksjonssvikt så mister du veldig mye og da mister du veldig mye verdighet og. Da er du ikke verdt noe, du kan ikke noe.

Erfaringen med eget funksjonstap var verdifull for henne fordi den gjorde det enklere å forstå brukerne hun jobbet med. Hun forsto hvor viktig det var å kunne klare ting selv både for å mestre hverdagen og ikke minst for å føle seg betydningsfull som menneske. Hanne fremhevet også at man måtte gjøre en innsats selv for å kunne gjenvinne sin funksjon.

Å begynne å arbeide som hjemmetrener innebar mer enn bare endring i helsefagarbeidernes holdning og tenkemåte. Det innebar også det å tilegne seg kunnskap om kartlegging av brukerens funksjon og ressurser en viktig del av de nye arbeidsoppgavene. Noen av helsefagarbeiderne hadde fått opplæring i kartleggingsverktøy, fallforebygging og

hverdagsrehabilitering. Det kom frem at tilbudet om opplæring varierte fra kommune til kommune, og noen av helsefagarbeidere hadde fått mindre opplæring enn andre. For eksempel, Trine og Nina mente at de ikke hadde fått nok opplæring i kartleggingsverktøy. Trine beskrev følgende: «(...) *Jeg kunne godt tenke meg å ha vært med eller fått lære mer i forhold til det kartleggingsverktøy. Kartleggingsprosessen og alle disse skjemaer som de snakker om (...)*». Hun savnet mer kunnskap på det området for å ha bedre forståelse for hva andre teammedlemmer snakket om og dermed bli mer inkludert i samtaler rundt brukerne. En av dem, som hadde fått opplæring i kartleggingsverktøy, var Stine: «*Jeg har jo gått på COPM¹ kurs og så har jeg gått på kurs med motiverende intervju²*».

Å møte brukeren

Å begynne å jobbe i et hverdagsrehabiliteringsteam innebar tettere oppfølging av den enkelte bruker og mange nye praktiske oppgaver for hjemmetrenerne. De måtte lære seg hva deres nye rolle som hjemmetrener innebar og hva brukerens forventninger til dem var.

Brukerens forventninger

Måten helsefagarbeiderne presenterte seg for den enkelte brukeren på viser at de styrte brukerens forventninger i en bestemt retning. Alle formidlet til brukeren hvilken tjeneste de representerte når de kom hjem til dem. Enten ved å presentere seg som hjemmetrener eller ved å si at de kommer fra hverdagsrehabilitering eller fra hjemmesykepleien. Både Trine og Stine, fremhevet sine to forskjellige roller ved å presentere seg på ulike måter. Stine sa: «(...) *Jeg presenterer meg som hjemmetrener når jeg kommer til en ny bruker. Kommer jeg til ny bruker på helg [i hjemmesykepleien] så presenterer jeg meg kun med navn og sier at det er jeg som skal ordne med deg i dag*».

I tillegg til at helsefagarbeiderne tydeliggjorde sin rolle ved presentasjonen, nevnte flere at deres møte med brukerne begynte med å informere dem om hva hverdagsrehabilitering er. Nina sa:

(...) Da har vi innkomstsamtale for å fortelle om oss, hva vi kan hjelpe dem med eller være motivator og så får de tenke noen dager og så tar vi kontakt igjen. (...) Vi må jo

¹ COPM (Canadian occupational performance measure): er et verktøy som kartlegger de aktiviteter i dagliglivet som bruker opplever å ha en eller annen utfordring med. Med utgangspunkt i de aktiviteter som er viktigst for bruker å klare selv, blir det satt opp mål for videre arbeid. Deretter skal brukeren gi score på utførelsen og hvor tilfreds med den brukeren er.

² Motiverende intervju (MI): er en samtalemetode for å motivere til atferdsendring.

på en måte si hvis de spør om ekstra tjenester at vi konsentrerer oss om dine mål, som du har bestemt deg for å gjøre.

Nina fremhevet det å avslå «ekstra tjenester» - som ofte var hjelp til praktiske gjøremål - var med på å avklare og å styre brukerens forventninger ved oppstarten av forløpet. Hanne beskrev sin presentasjon til brukeren: *«Jeg er hjemmetrener. (...) jeg kommer for å trene deg. Fysioterapeuten har lagd programmet og jeg kommer for å utføre, skal gjøre dette sammens med deg»*. Ved å tydeliggjøre hvem hun var og hva hennes oppgaver var la hun grunnlaget for et godt forløp. Stine hadde også gode erfaringer med å informere brukerne om hverdagsrehabilitering på forhånd: *«(...) Når jeg kommer som hjemmetrener til folk så forventer dem jo det at jeg skal trene med dem. For da har de fått beskjed om det på forhånd (...)»*. Å gjøre det tydelig for brukerne allerede innledningsvis hvilke prinsipper helsefagarbeidere i hverdagsrehabilitering jobber etter var med på å avklare brukernes forventninger.

Til tross for informasjon og avklaring av roller opplevde flere av helsefagarbeiderne en diskrepans mellom brukerens forventninger til dem og deres nye aktiviserende rolle som hjemmetrenere. I tråd med tidligere tradisjoner innen omsorg hadde brukerne *«dannet et bilde av hva de tror [hverdagsrehabilitering] er»*. Som befolkningen flest, forventet brukerne å få hjelp, spesielt de som var vant til å få den hjelpen fra hjemmesykepleie fra før. Natalia uttalte seg om det *«(...) I begynnelsen når det er kartlegging så er det den forventningen om hjelp - «Jeg trenger hjelp til» og forventer å få pakkeløsning, holdt på å si»*. Trine kom med et annet eksempel på at brukerens forventninger ikke var i samsvar med helsefagarbeidernes intensjon om å hjelpe til selvhjelp:

(...) Hvis du kommer til en bruker som er vant til å få mye tjenester fra kommunen og når du på en måte kommer inn og skal være den som skal fortelle – «Nei, dette her klarer du egentlig selv mens jeg er her». Så blir du fort uglesett litt. At du er den som ikke vil gjøre, selv om du på en måte egentlig er den som vil prøve å hjelpe, at du skal klare det og få en annen livskvalitet og en annen hverdagsmestring.

Hun påpekte at brukeren ikke forsto hennes argument med ikke å følge hans ønsker om å få hjelp. Han innså ikke at økt egen aktivitet kunne bidra til et mer selvstendig liv. Trine erfarte, der og da, at hennes aktiviserende holdning fort ble upopulær. Helsefagarbeiderne merket altså at overgangen til en mer aktiv tilværelse krevde omstilling av brukerens holdninger også. Hanne og Eva, erfarte at i løpet av hverdagsrehabiliteringsforløpet snudde brukeren tankesettet sitt. Eva sa: *«(...) [Brukere] klarer å lage mat selv (...), de mestrer*

hverdagsaktiviteter igjen. Og mestrer de målene de har satt seg». Den enkelte, opplevde forbedring og mestring, og ble mer selvstendig.

Å følge brukeren over tid

Hverdagsrehabiliteringsteam følger brukerne tett opp i en avgrenset periode og har den tiden de trenger hos hver bruker. Trine, var en av dem, som understreket at denne nye måten å jobbe på sikret god oppfølging og kontinuitet. Både Trine og Hanne hadde «*god tid*» hos brukeren og det var «*faste mennesker*» som fulgte brukeren opp under hele hverdagsrehabiliteringsforløp. Denne kontinuiteten la til rette for å kunne følge med på brukerens utvikling. Ingrid sa: «*(...) Når vi har noen i rehabiliteringa så kommer jeg hver morra. Og da kan jeg observere den brukeren fra mandag til fredag. Jeg holder på med en Parkinson-pasient nå. Da kan jeg observere både oppturer og nedturer*». Alle hjemmetrenerne omtalte tidsrammen som gis den enkelte bruker som en viktig forutsetning for vellykket hverdagsrehabilitering. Og det av flere grunner. Noen av hjemmetrenerne erfarte at god tid ga dem rom til å observere og prøve ting med brukeren. Trine: «*For det ser man jo når man har så god tid å være der. At du snapper mange flere ting som du vanligvis ikke har mulighet for å se på den korte tiden [som man har i hjemmesykepleien]*». Hanne snakket om at det å ha god tid ga henne mulighet til å etablere nærere relasjoner til brukeren, bedre kjennskap til hvilke krav som kunne stilles for å øke brukerens trygghet: «*(...) Nå har jeg mye bedre tid. (...) Du får mye mer kontakt med dem da. Når du blir bedre kjent så tør brukeren å prøve mer ting, han blir mer sikker på å prøve ting (...)*». Tryggheten ble også fremhevet av Ingrid: «*(...) de har ikke dusja på mange måneder. Ja, og hvorfor? De tør ikke. Ok! Og så jobber vi ut fra det at vi trygger dem igjen (...)*». Hun mente at det å gjøre brukere trygge var med på å stimulere dem til egen aktivitet. Å kunne følge brukeren opp over en lengre periode ga Ingrid mulighet til å oppdage at brukeren ikke hadde vasket seg på lenge fordi hun var utrygg. Denne oppfølgingen sikret dermed et tilbud som var tilpasset brukerens behov.

Johanne påpekte at når man kom nære brukere kunne man «*enklere motivere og pushe (...), vite at man kan etter hvert dytte litt mer på de, (...) oppnå mer*». På den måten sikret denne nærheten bedre kjennskap til hvor mye brukeren ville bestemme selv og hvor mye den enkelte kunne stimuleres til å gjøre ting på egen hånd. Videre mente hun at det å komme nære brukerne ga mulighet til å få frem brukernes behov og ønsker og dermed også var med på å «*ivareta brukerens verdighet*».

Etter første møte med brukeren da forventninger om hva hverdagsrehabilitering innebærer er avklart, kan hverdagsrehabiliteringsforløpet starte. Sentralt for hverdagsrehabilitering er å involvere brukerne i målsettingsprosessen. Kunnskapen om nye kartleggingsverktøy som noen av helsefagarbeiderne tilegnet seg når de begynte i hverdagsrehabiliteringsteam ga dem gode strategier for å holde brukeren i fokus og å få frem brukerens mål ved kartleggingssamtaler. Nina: «(...) *Det er helheten av mennesket og hva de klarer og ikke klarer. Den kartlegginga*». Innledningsvis i målsettingsprosessen utarbeider hverdagsrehabiliteringsteamet et tverrfaglig opplegg med fokuset på å trene på aktiviteter og oppgaver som er viktige for brukeren. Trine snakket om prinsipper de jobbet ut ifra:

(...) Det er brukeren som bestemmer. Dette er dens hjem, dens liv og den bestemmer også over seg sjøl. (...) Du skal jo ikke ha en følelse av å bli overkjørt uten at fått mene eller bestemme sjøl hvordan man ønsker at det skal være.

Det å vise respekt og å gi brukeren mulighet til å påvirke, ble fremhevet av Trine som grunnleggende for et hverdagsrehabiliteringsforløp. Hun understreket at en av hennes oppgaver var å passe på at brukerne ikke skulle oppleve at ting ble bestemt for dem. Brukeren skulle sette egne mål. Ved å involvere brukeren i målsettingsprosessen ivaretok dem også brukerens medvirkning og verdighet. Johanne:

(...) [å sette egne mål] bidrar mest til at brukere beholder verdigheten sin. (...) For i hverdagsrehabilitering så er (...) fokuset på at man skal jobbe på de målene som brukeren har satt seg og de hjelper jo de til å mestre.

Johanne fremhevet det at brukerens mål er en motiverende faktor i seg selv under hverdagsrehabiliteringsforløpet. Andre brukte også resultater fra treningsopplegget for å fremme brukernes motivasjon under hverdagsrehabilitering. Stine fortalte om endring som skjedde hos en bruker:

(...) Han var fryktelig skeptisk når han begynte, og jeg hadde mange runder med ham som jeg liksom prøvde å si «Men dette går så bra» og sånt noe. Han er jo helt hundre når vi hadde siste besøket. Vi hadde sånn evalueringstest. Og da var jo han helt annerledes. Han skulle fortsette å trene med det programmet han hadde fått. Han og kona, dem trente hver dag. Så her har det snudd fra å være så pessimist også til at han blei en optimist.

Det eksempelet illustrerer hvordan gode treningsresultater kan motivere brukeren til aktivitet og trening. Hjemmetrenerne opplevde også at det å lykkes med å gjenvinne aktiviteter, ga brukerne tilbake trygghet, stolthet og glede. Hanne:

I dag så har jeg vært hos en som hadde fått på seg kompresjonsstrømpene for annen gang aleine. Han var stolt som en hane! Og mannen er mange og 90 år også! Og vi hadde egentlig sagt det går vel ikke. Han får det vel ikke til. Han fikk det til. Og den gleden som han. ... Så stolt! Det er så moro!

Hanne ga uttrykk for at brukerens seier betyr mye - ikke kun for brukeren selv, men også for henne.

Under hverdagsrehabiliteringsforløpet må helsefagarbeiderne gi opplæring i å følge opp øvelser som blir laget av andre teammedlemmer. Stine: «*Vi veileder folk til å gjøre ting selv (...)*». De støttet brukerne til selvstendige aktiviteter, samtidig instruerte de brukerne i utførelsen av de aktivitetene og passet på at brukerne trente under hverdagsrehabiliteringsforløpet. Helsefagarbeiderne var opptatt av å la brukeren prøve å gjøre ting istedenfor å gjøre det for dem. Nina kom med et eksempel der hun lot brukeren smøre brødskiva selv, selv om det var utfordrende. Ingrid snakket om tilrettelegging:

(...) så det kan være å se på hjelpemidlene også. Hvordan stolen er. Er den riktig høy? Ofte det er jo, for eksempel lårhalsbrudd. Men, det er jo viktig med trening. Men alt skal jo være tilrettelagt for at de skal kunne klare det igjen og komme opp på beina.

Det å tilpasse slik at brukeren blir mer selvstendig i hverdagen og klarer å utnytte sine ressurser var en viktig del av hennes nye jobb.

Stine fremhevet også det at de prøvde å tilrettelegge for brukerens selvaktivitet: «*(...) Vi prøver å se andre løsninger på problemet. Hvis det er noe dem ikke klarer, vi kan finne på ett eller annet som gjør at de klarer seg på en annen måte enn de har gjort tidligere blant annet*».

Riktig tilrettelegging og evnen til å løse problemer ble omtalt også som viktige faktorer for vellykket forløp.

For å kunne utøve motiveringsarbeid og jobbe målrettet, måtte helsefagarbeiderne lære seg teknikker for å kunne motivere brukere til selvaktivitet. Helsefagarbeidere beskrev hvilke teknikker de brukte for å få frem brukerens tanker rundt det som er viktig i hverdagen for så å kunne bruke det i målsettingsprosessen. Stine sa: «*(...) Å stille spørsmål på en helt annen måte for at [brukere] må tenke seg godt om før de svarer. (...) Det å få [brukere] til å tallfeste hvor stor nytte de har av ting er ikke så lett. (...) Jeg prøver å stille åpne spørsmål (...)*». Hun

fremhevet det at denne måten å spørre på initierte tankeprosessen hos brukere og gjorde de mer bevisst på deres hverdag. Eksempelvis kunne refleksjon over egne aktiviteter hjelpe dem å sette mål for hverdagsrehabiliteringsforløpet.

Helsefagarbeiderne brukte «å gjøre ting sammen» strategien for å få brukere med «på laget». Eva fortalte: «(...) Nå går brukeren sammen med oss og henter posten. Vi kaster søpla sammen. Gjør ting sammen med oss istedenfor at vi gjør det for dem». Det å gjøre ting i lag med andre ble fremhevet som motiverende for brukere.

For å motivere brukerne til endring ble gode relasjoner omtalt av helsefagarbeiderne som viktige. Gjennom gode relasjoner til pårørende kunne de også komme nærmere brukeren. Det kom frem under intervjuene at helsefagarbeiderne anså pårørende som viktige støttespillere i, blant annet motiveringsarbeid. Pårørende, som ofte står nære brukere, kunne være med på å motivere dem og følge opp hjemmetreningsopplegget fordi aktivitetene stort sett foregikk i brukerens hjem eller i nærmiljø.

I tillegg til godt forhold til pårørende brukte helsefagarbeidere teknikker som å være ydmyke, rolige, blide og brukte humor. Ingrid fortalte:

(...) Kanskje jeg kan vaske deg litt på ryggen i da?. Og så så gjør du det. Og så kommer vi i gang. Man må gi og ta littegranna. Ja, litt kompromiss til de føler: «Oi, det her da klarer jeg!» Du må egentlig være ganske ydmyk. Ja. For å få det til og at du får snudd det litte gran (...).

Ingrid fremhevet det at helsefagarbeidere måtte improvisere og finne alternativer om de ville oppnå noen resultater under opptreningsperioden.

Flere av helsefagarbeiderne fortalte om oppgaver som de måtte utføre hos brukeren under hverdagsrehabiliteringsforløpet: å observere brukere, å vurdere deres funksjon og omgivelser og å utføre helsescreening. Trine var en av få helsefagarbeidere som hadde vurdering av ernæring og samspising som en del av arbeidshverdagen:

(...) Ernæring er veldig stor utfordring. (...) Vi ser de damene - de spiser nesten ingenting. Ligger på sånn 600-700 kalorier. De veier 35 kilo og ja, er for marginal. Så det går ikke an å trene med de. (...) Når du har den tiden så kan du samspise, ikke sant? Sitte der og prate med de og de tenker ikke så mye over at de spiser. (...) Og så vet man at de hadde spist.

God ernæring er en viktig forutsetning for å ha nok energi til å kunne trene og få noe utbytte av hverdagsrehabilitering. Trine påpekte at det ikke skulle så mye til for å få brukeren til å få i seg nok mat.

Det kom frem at kunnskapen om hjelpemidler ble benyttet av helsefagarbeiderne for å tilrettelegge slik at brukerne vil mestre ting som de klarte tidligere.

Når hverdagsrehabiliteringsforløpet nærmet seg slutten hadde helsefagarbeiderne fortsatt en viktig rolle – de hjalp brukerne til å planlegge veien videre. Dette for at brukerne skulle opprettholde funksjonsnivået som de hadde oppnådd eller for å forbedre det videre. Brukerne fikk hjelp til å finne og oppsøke ulike treningstilbud. I tillegg til den fysiske gevinsten som deltagelse i treningsgrupper ville gi, fremhevet Nina slike grupper også som mulige arenaer for sosiale sammenkomster:

(...) Når vi da går ut etter 4 til 6 uker så blir det veldig tomt. Så det er veldig viktig bit å tenke på hva da, hva etter på? (...) Da er det viktig å tenke de over i en annen aktivitet. Profiterer de på noe annet kanskje som de interesserer seg for. Kan vi bære de over kanskje for eksempel treningsgruppe eller strikkeklubb eller et eller annet. Vi prøver å få til så myke overganger som mulig da.

Hun understreket at hennes arbeid med å lage planer for videre trening var betydningsfullt for brukerne i den forstand at det ville hjelpe mot tomrommet som kunne oppstå etter at hverdagsrehabiliteringsteam ville trekke seg.

Helsefagarbeiderne, som Hanne, snakket om hvor betydningsfull hverdagsrehabiliteringen var for brukerne da den hjalp dem «å få tilbake livet sitt», tross for at enkelte brukerne ikke var fornøyd med å begynne å gjøre hverdagslige aktiviteter på egen hånd. Hvor betydningsfull hverdagsrehabiliteringen var erfarte også Ingrid. Hun erfarte hvor viktig det var å gi brukeren riktig tjeneste til riktig tid: «[Brukere] får den tjenesten når de treng den. Så kanskje hvis ikke vi fantes, måtte brukere på en avlastningsplass». I praksis kunne hverdagsrehabilitering være med på å avverge en innleggelse.

Å samhandle med andre

Arbeid i tverrfaglig team innebærer at teammedlemmer må samhandle som en enhet og respektere hverandre. Alle helsefagarbeidere som ble intervjuet, jobbet i et tverrfaglig hverdagsrehabiliteringsteam sammen med andre helsefagarbeidere, sykepleier, ergoterapeut og fysioterapeut.

Som en del av det teamet utførte helsefagarbeiderne tverrfaglige hjemmebesøk. Nina snakket om hvordan den tverrfaglige kompetansen i teamet kom frem under for eksempel et hjemmebesøk: «(...) *Fysioterapeut er veldig opptatt av fysikken og tar funksjonstest. (...) Mens vi snakker mer om ernæringa. Så har vi på en måte litt andre øyna (...)*». Hun erfarte at samhandling på tvers av profesjoner var nyttig for alle teammedlemmer da de utfylte hverandre fordi de så ting fra ulike perspektiv.

Helsefagarbeiderne var de eneste i teamet som ikke hadde høyere utdanning på bachelornivå. Natalia og Johanne fortalte at de ikke var like mye med på å planlegge treningsopplegget. De fortalte at det var mest de med bachelorgrad eller kun fysioterapeuten som laget planer for hverdagsrehabiliteringsforløpet. Flere av helsefagarbeiderne følte også at de ikke var likestilt med andre medlemmer av teamet. Trine sa: «(...) *Jeg merker jo det at man blir litt sånn nederst på rangstigen. (...) Når det er tverrfaglig møte, ble jeg ofte ekskludert ut. (...) Jeg har kjent litt på det, siste tiden, at man er liksom nederst. (...) Man er ikke terapeut*».

Trine mener at hun var «rangert» under terapeuter i teamet da hun for eksempel ikke ble invitert på tverrfaglige møter der brukere ble diskutert. Hun selv mente at hennes stemme var viktig, for de som var mest hos brukere, kjente brukeren best og kunne påvirke utfallet av de møtene da brukere ble vurdert.

I motsetning til Trine, var Stine fornøyd med samhandling i teamet og hun deltok på teammøter. Hennes vurdering av brukerne ble verdsatt av de andre teammedlemmene, og det var alltid rom for å spørre de andre om det var noe hun lurte på. Tross det følte hun seg ikke helt likestilt med andre teammedlemmer fordi hun utførte kun «*treningsoppdrag*» og gjorde «*alt de andre sa at brukeren skal gjøre*». Det vil si at hun følte seg «bare» som en utfører.

Hjemmebesøk og tverrfaglige møter ble omtalt av enkelte helsefagarbeiderne som viktige arenaer for utveksling av kompetansen blant teammedlemmer. Da helsefagarbeidere, sykepleiere, ergo- og fysioterapeuter jobber tett sammen i et tverrfaglig team: var på hjemmebesøk med vurdering, tilrettelegging og trening, kunne de også lære fra hverandre. For eksempel lærte de av andre teammedlemmer om hjelpemidler og fallforebygging. Stine: «*Hvis det er noe vi lurte på har vi ikke noe problem med å spørre de andre som kanskje har litt mer greia på ting enn det vi er*». Hun erfarte at det var lav terskel for å spørre de andre teammedlemmer. Det ble påpekt av Johanne at teammedlemmer utviklet seg sammen, som en enhet. De utviklet eksempelvis mestringstenkning og trening av hverdagslige aktiviteter.

Hverdagsrehabiliteringsteam består av ulike profesjoner som kan være organisert i ulike tjenester og har dermed ulike ledere i kommunen. For eksempel, kan helsefagarbeidere og sykepleiere ha en leder fra hjemmesykepleien, mens terapeuter har en leder fra helsetjenesten. En egen leder for teamet forekommer også. Ingrid og hennes team hadde egen leder som var med på tverrfaglige møter og enkelte hjemmebesøk. Hun hjalp også til med vurderingen av brukere og var avgjørende for trygghet og strukturert arbeid i teamet.

Ledelsens nærvær og innstilling visste seg å være viktige aspekter både for godt fungerende arbeid i det enkelte teamet og for vellykket samarbeid med hjemmesykepleien. Det kom frem at samhandling med hjemmesykepleien var avhengig av deres ledelsens innstilling til hverdagsrehabilitering. Natalia sa: «(...) Når lederne er positive [til hverdagsrehabilitering] så blir [hjemmesykepleien] positivt påvirket. Når ledere er negative [til hverdagsrehabilitering] så brer det seg i sone». Holdninger til hverdagsrehabilitering som kom fra høyere hold, la grunnlaget for kulturen i hjemmesykepleien og la dermed grunnlaget for hvor godt eller dårlig samhandling ble utviklet mellom tjenester.

Hverdagsrehabiliteringsteam har et tett samarbeid med andre omsorgs- og helsetjenester, deriblant, og kanskje spesielt, med hjemmesykepleien. Samarbeid med hjemmesykepleien ble også påvirket av forventningene som hjemmesykepleien hadde til hverdagsrehabilitering. Flere helsefagarbeidere erfarte at hjemmesykepleien hadde forventninger om gode resultater. For om brukeren fikk bedre funksjon ville hjemmesykepleien ha mindre å gjøre for dem. Hanne: «(...) [Hjemmesykepleien] er veldig positive til det vi gjør. Og kommer liksom - kan dere ikke ta den brukeren? Prøv dere og se om dere kan få til noe der. De tror at vi klarer å fikse alt». Samtidig var det mange som erfarte forskjellsbehandling. Hanne mente at de ble sett på som «ryddepiker» for hjemmesykepleien. Hanne: «(...) Det var et tilfelle hvor brukeren hadde dusj én gang i uka. Hvor en av pleierne sier «Den kan dere ta, for dere har liksom ikke noe å gjøre» (...). Bare for å avlaste». Natalia fremhevet samme aspektet da hjemmesykepleien var skeptisk fordi teamet brukte mye lengre tid på hver bruker: «(...) Ble litt uglesett av kollegaer fra hjemmesykepleie (...) Fordi å få to besøk på lista og kartlegginger og mye dokumentasjon og det tar veldig mye tid sånn som vi gjør». Begge helsefagarbeiderne opplevde at hjemmesykepleien mente at hverdagsrehabiliteringsteam hadde alt for mye tid og lite å gjøre.

Det er mange brukere som blir henvist til hverdagsrehabiliteringsteamene som, enten har behov for eller allerede mottar hjemmesykepleie. For å nå brukerens mål er det ofte behov for oppfølging på kveldene og i helgene. Da teamet som regel ikke jobber i turnus, må hjemmesykepleien trå til for å sikre kontinuitet i tjenesten. Som teammedlemmer hadde

helsefagarbeiderne ulike erfaringer i samhandling med hjemmesykepleien. Dårlig informasjonsflyt, tidspress i hjemmesykepleien og vansker med å få til felles tankegang ble påpekt av flere helsefagarbeidere som belastende for samhandling. Trine erfarte at det var veldig mange ulike mennesker fra hjemmesykepleien som var involvert i brukeren. Det var utfordrende å etablere et godt samarbeid med dem da de hadde «*dårlig tid*», gikk på «*automatikken*» og oppdaterte seg ikke på oppdragene.

Mange opplevde at «hjelpeskulturen» fremdeles var utbredt blant hjemmesykepleierne som utfordrende. Flere snakket om at hjemmesykepleierne tenkte annerledes og dermed ikke så verdien av hverdagsrehabilitering. Stine sa «*Største problemet er kanskje å få hjemmetjenesten til å skjønne (...) at de gjør faktisk brukerne bjørnetjeneste ved å gjøre ting for [brukere]*». Hun fremhevet at manglende forståelse om viktigheten av selvaktivitet hos hjemmesykepleien og manglende oppfølging av aktiviteter som ble satt i gang av hverdagsrehabiliteringsteam, kunne få uheldige konsekvenser for brukerne, eksempelvis forverring av funksjon. I motsetning til de andre erfarte Natalia at hjemmesykepleien hadde lik tankegang som hverdagsrehabiliteringsteamet hennes: «*(...) Vår gruppe i hjemmesykepleien har gjort et kjempearbeid og klarer å tenke hverdagsmestring. Og sjøl kan tilrettelegge at brukere klarer mer sjøl*». Hun mente at begge hadde aktivitet og egen mestring som grunnlaget for sitt arbeid.

Hverdagsrehabiliteringsteam avhenger også av et godt samarbeid med leger.

Helsefagarbeiderne påpekte at når de trengte mer informasjon om brukernes sykdommer eller hadde behov for å avklare bruk av medisiner eller så at brukerne trengte et annet tilbud, tok de kontakt med fastleger. I sin tur henviste leger brukerne til hverdagsrehabiliteringsteam for å forbedre funksjon. Ingrid understreket betydning av tverrfaglig tilnærming spesielt i vanskelige tilfeller: «*Da kommer tverrfaglighet, helheten. Så hvis vi ser at det er et problem som kanskje legen må ta tak i. Da sender vi melding til fastlegen*».

Hverdagsrehabiliteringsteam sendte også rapporter og forespørsel til fastleger. Noen av helsefagarbeiderne snakket om at til tross for at fastleger var positive og samarbeidet godt med hverdagsrehabiliteringsteam, møtte de også manglende forståelse for hva hverdagsrehabilitering var. Som følge, kunne brukerne med for dårlig funksjon eller umotiverte brukerne blitt henvist til teamet.

7. Diskusjon

Formålet med dette forskningsprosjektet var å belyse helsefagarbeidernes erfaringer med hjemmetrenerrollen og faktorene som fremmer og hemmer hjemmetrenerrollen i hverdagsrehabilitering. Under analyseprosessen kom det frem tre hovedtemaer som rammer inn helsefagarbeidernes erfaringer med deres nye rolle i hverdagsrehabiliteringsteam. De temaene var: *Å bli en trener, Å møte brukeren og Å samhandle med andre.*

I dette kapittelet blir mine hovedfunn diskutert i lys av teori, relevant forskning og faglitteratur. Å bli en trener handler om utvikling av «et nytt blikk». Dette vil jeg koble til paradigmeskiftet mellom den nye aktiviserende og den gamle hjelpende tenkemåten i helse- og omsorgstjenester. Helsefagarbeiderne beskrev strategiene de brukte for å støtte brukerne i deres aktiviteter og for å oppnå resultater i rehabiliteringsarbeidet. Disse strategiene var: å stille spørsmål på en annen måte, å gjøre ting sammen med brukerne, å inngå kompromiss, å være ydmyke, rolige, blide, bruke humor og etablere gode relasjoner til brukerne og pårørende. Å bli en trener handler også om å bli medlem av et tverrfaglig team. Her vil jeg belyse helsefagarbeidernes erfaringer med tverrfaglig samhandling og hierarkiseringen i teamet.

Paradigmeskifte - kampen mellom den hjelpende og den aktiviserende rollen

Helse- og omsorgstjenester i norske kommuner har tradisjonelt båret preg av holdninger rettet mot behandling, pleie og kompensierende tiltak. Med utvikling av kunnskap oppsto nye verdier og fokuset ble dreid mot tverrfaglig samarbeid, økt brukermedvirkning, brukernes mål (Hartviksen, 2017, s. 22) og stimulering i mestring av hverdagslige aktiviteter (Ness et al., 2012, s. 17-18). Det er dette som kalles et paradigmeskifte – et betydelig skifte i måten å tenke og handle på, og det forutsetter forankring i politisk og administrativ ledelse (Ness et al., 2012, s. 17-18). Incentivene for holdningsendringen var økte kostnader og økt press på helse- og omsorgstjenester da antallet eldre med behov for hjelp hadde økt (Hartviksen, 2017, s. 20). I løpet av de siste 10 årene resulterte et forebyggende og ressursorientert tankesett i helse- og omsorgstjenester i et behov for paradigmeskifte i offentlig omsorg (Ness et al., 2012, s. 17 – 18). Denne nye ressursorienterte holdningen skulle implementeres i utdanningsinstitusjoner, kommunale tjenester og blant befolkningen.

Det forventes at politiske føringer gjenspeiles i læreplanen til utdanningsinstitusjoner som videregående skoler, slik at kompetansen som helsefagarbeiderne får på skolen vil være i tråd

med den aktiviserende og ressursorienterte omstillingsprosessen i helse- og omsorgstjenestene. Helsefagarbeiderne som deltok i denne studien fikk sin utdannelse i perioden fra slutten av 1980 frem til 2017. Dette innebar at flere av dem fikk sin utdannelse lenge før det såkalte paradigmeskiftet ble virkeliggjort. Jeg fant allikevel ingen sammenheng mellom helsefagarbeidernes utdanningsår og om de under utdanningen hadde lært om å yte hjelp eller hjelp til selvhjelp. For eksempel, Trine som utdannet seg til helsefagarbeider i 2017 understreket at hun lærte mye om å yte hjelp. Selv om det i hennes tilfelle er rimelig å forvente at hun hadde lært om å stimulere brukernes mestring og å legge til rette for mer aktivitet i tråd med den nyeste læreplanen for helsefagarbeiderutdanningen (Utdanning, 2019, Læreplan). Noen fikk, slik som Trine, opplæring i tradisjonell omsorg. Men det også var mange, som Johanne, som fortalte at fokuset under hennes utdanning var på hjelp til selvhjelp. På den ene siden fortalte altså flere av helsefagarbeiderne i mitt masterprosjekt om at fokuset under deres fagutdanning var på selvhjelp. Dette er i tråd med resultater fra forskningen til Johnsen (2017, s. 38, s. 53), som i sin studie om sykepleierrollen i hverdagsrehabilitering, rapporterte om at flere av sykepleierne mente at de lærte om viktigheten av det å la brukerne gjøre ting selv under sykepleierutdannelsen. På den andre siden var det noen av helsefagarbeiderne i mitt prosjekt som beskrev en mer tradisjonell opplæring der de ble opplært til å yte hjelp. Dette kan bety at det er lokale variasjoner i skolens vektlegging av utdanningss fokuset.

Den nye ressursorienterte holdningen er tydelig i, blant annet, Samhandlingsreformen som var ment for å danne grunnlaget for nytenkning i helse- og omsorgssektoren frem mot 2020. Reformen fokuserer på et helhetlig tjenestetilbud, styrking av brukerrollen gjennom økt medvirkning og tilrettelegging for å fremme brukernes mestring av eget liv (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013, s. 14-15). Hverdagsrehabilitering blir omtalt i Samhandlingsreformen som en ny arbeidsform som skal ivareta disse fokusområdene ved å vektlegge brukernes ressurser og helse istedenfor å se begrensninger (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013, s. 23-25). Hverdagsmestring, aktiv deltakelse og medvirkning er sentrale i hverdagsrehabiliteringen. Omorganiseringen og holdningsendringen i helse- og omsorgstjenester følges nå opp av en nyere kvalitetsreform kalt «Leve hele livet». I denne skisseres regjeringens satsningsområder på eldrefeltet i årene fremover. Denne reformen startet 1. januar 2019 og skal bidra til et mer aktiviserende tilbud for eldre. Et tilbud som baserer seg på deres egne ønsker og interesser, og har som intensjon at de skal bo lengre hjemmet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018, s. 7).

En nødvendig forutsetning for vellykket implementering av hverdagsrehabilitering er en organisatorisk holdningsendring i kommunale tjenester - fra den tradisjonelle hjelperollen til den som støtter aktivitet (Fürst & Høverstad, 2014, s. 20; Tuntland & Ness, 2014, s. 38). Stine påpekte at mangelen på felles forståelse gjorde samarbeid i teamet vanskelig. Samspillet med hjemmesykepleien ble preget av ubalanse da ikke alle har tatt til seg den nye aktiviserende holdningen. Mangelen på felles forståelse og utfordrende samarbeid, virket hemmende på helsefagarbeidernes aktiviserende rolle i hverdagsrehabiliteringsteam da de hele tiden ble motarbeidet av hjemmesykepleien som ikke fulgte opp tiltakene teamet iverksatte. Ikke alle helsefagarbeiderne som ble intervjuet, beskrev hjemmesykepleiens holdninger som passiviserende. Natalia mente at de tenkte veldig likt hjemmetrenere: *«(...) Vår gruppe i hjemmesykepleien har gjort et kjempe arbeid og klarer å tenke hverdagsmestring. Og sjøl kan tilrettelegge at brukere klarer mer sjøl»*. Det kan tenkes at fordi Natalia jobbet både i hjemmesykepleien og i hverdagsrehabiliteringsteam, hadde hun som person også innflytelse på hvordan hjemmesykepleigruppene hennes jobbet. Hennes interesse for hverdagsmestring kan ha inspirert andre ansatte i hjemmesykepleien til å tenke hverdagsmestring. Her kan man trekke paralleller til Benners (1995) teori om noviser og eksperter. Natalia hadde ekspertise om hverdagsrehabilitering og kunne overføre den til sine kollegaer i hjemmesykepleien. Kjellberg et al. (2011, s. 9) understreker at for å skape holdningsendring innad i tjenestene kreves det store ressurser. God forankring i ledelsen er en suksessfaktor for en implementeringsprosess (Kjellberg et al., 2011, s. 13). Helsefagarbeiderne erfarte at samhandling med hjemmesykepleien var avhengig av ledelsens innstilling til hverdagsrehabilitering. Natalia utdypet dette: *«(...) Når lederne er positive [til hverdagsrehabilitering] så blir [hjemmesykepleien] positivt påvirka. Når ledere er negative så brer det seg i sone»*. Det skal ikke være kun dedikerte og interesserte helsepersonell som Natalia, som skal stå for hverdagsrehabiliteringen alene (Ness et al., 2012, s. 22). Ansvarer skal ligge hos ledelsen (Kjellberg et al., s. 12).

Flere av helsefagarbeiderne i mitt prosjekt understreket at før de begynte å arbeide i hverdagsrehabiliteringsteam hadde de samme hjelpende holdningen som alle andre i hjemmesykepleien. Dette samsvarer med Hjelle og kollegaers beskrivelser av helsepersonells holdninger før de begynte å jobbe med hverdagsrehabilitering som *«å gjøre for»* brukerne (2016, s. 582). Ingrid fortalte: *«(...) Jeg begynte jo min karriere på sykehjem. Og jeg tenkte akkurat sånn som alle andre tenkte. Du skal hjelpe, du skal dulle med. For at de skal ha det veldig bra»*. Ingrid sin holdning gjenspeiler den tradisjonelle omsorgens og sykepleiens fokus på å ta vare på og å gi omsorg (Martinsen, 2003, s. 94). Denne tilnærmingen blir kalt av

Martinsen for en «*aktiv passivitet*» som holder brukere tilbake fra aktiviteter. Det å «*ta vare på kropp*» er hovedmålet (Martinsen, 2003, s. 116). Flere studier beskriver hjemmesykepleiens hjelpende holdning, men de viser ikke hvilken innvirkning denne har på teamets praktiske arbeid (Kjellberg et al., 2011, s. 9; Ness et al., 2012, s. 14). Helsefagarbeiderne som jeg intervjuet, omtalte en passiviserende holdning som uheldig for brukerne som da ikke fikk realisert sine ressurser. Gjennom samtalene kom det frem at konsekvensen av den utbredte «hjelpeskulturen» i hjemmesykepleien ble utfordrende i samarbeid med dem.

Resultater av mitt prosjekt viste at ikke alle helsefagarbeiderne tenkte i samme bane. I motsetning til Ingrid hadde Hanne aktiviserende holdning også når hun jobbet i hjemmesykepleien: «(...) *Jeg har hatt den holdningen i mange år. (...) Jeg har egentlig vært der hele tida. Jobber med hendene på ryggen*». Dette kan forklares med at den tradisjonelle hjelperrollen er ikke kun å hjelpe, men den er også viktig for å få frem nye muligheter, støtte, veilede i endringer og jobbe med mål (Benner, 1995, s. 57-58). Man kan anta at den aktiviserende holdningen i hjemmesykepleien også kan være følge av det pågående omstillingsarbeidet i helse- og omsorgstjenestene som er forankret i regjeringens føringer.

Vi befinner oss i et skifte fra kompenserende til ressursorientert holdning, et skifte som ikke er fullendt i praksis enda. Dette omstillingsarbeidet kommer frem i Birkeland et al. (2018, Resultatkap.) sin studie av ulike modeller av hverdagsrehabiliteringsteam. Der viser de til økt vektlegging av brukernes ressurser og selvstendighet i det daglige arbeidet hos hjemmesykepleien.

Forandring i tenke- og handlingsmåte – om å skaffe seg den nødvendige kompetansen
Utøvelsen av hverdagsrehabiliteringen forutsetter tverrfaglig samarbeid. Ettersom det å være en del av et tverrfaglig team var nytt for alle helsefagarbeiderne i dette prosjektet, beskrev de hvordan lærte å samhandle med andre teammedlemmer. Utvikling av forståelse for sin egen og andres roller er nødvendig for samhandling i hverdagsrehabiliteringsteam (Ness et al., 2012, s. 30). Den forståelsen blir utviklet gjennom samspill og interaksjon mellom teammedlemmer «back stage» sett i lyset av Goffman's rolleteori. Dette samspillet omtalte de som en viktig kilde for ny kompetanse om hverdagsrehabilitering. Forskning om hverdagsrehabilitering konkluderer med at helsepersonell som jobber i hverdagsrehabiliteringsteam lærer om konseptet hverdagsrehabilitering og tilegner seg samtidig kompetanse ved å jobbe sammen med andre profesjonelle. Birkeland et al. (2017, s.

201), Birkeland et al. (2018, Resultatkap.), Liaaen (2015, s. 20) og Randstrøm et al. (2014, s. 28-29) påpekte også at medlemmer i hverdagsrehabiliteringsteam lærte fra hverandre. I samtalen med Eva kom det frem at hun lærte av andre profesjoner i teamet, blant annet av ergoterapeuten og fysioterapeuten.

Goffman skriver at rollen en person spiller samstemmes med rollene til andre aktører i den sosiale konteksten (1959/1992, s. 19). Dette illustreres når helsefagarbeiderne benyttet mulighet til å utvikle felles kompetanse med andre teammedlemmer eksempelvis gjennom felles hjemmebesøk. De lærte fra andre yrkesgrupper og delte kompetansen med hverandre – slik at teamet ble samstemt. Det å ha samme forståelse av hverdagsmestring, arbeidsform og samme mål er nødvendige forutsetninger for at brukerne oppnår en aktiv hverdag, skriver Tuntland & Ness (2014, s. 39). Eva, som tilegnet seg ny kompetanse om hjelpemidler og fallforebyggende tiltak fra ergo- og fysioterapeut, er et eksempel på det. Det kom ikke tydelig frem under intervjuene i mitt prosjekt om helsefagarbeiderne utviklet en felles forståelse av forventninger til brukerne eller en felles måte å jobbe på slik som personellet i studie til Hjelle et al. (2016, s. 582) gjorde.

Alle helsefagarbeiderne som jeg intervjuet, erfarte en tydelig overgang fra hjelperrollen til mer aktiviserende trenerrollen i hverdagsrehabilitering. Gjennom opptreden som hjemmetrener, ble situasjonen i møte med brukeren definert på nytt, noe som dannet utgangspunktet for deres videre samspill med hverandre (Goffman, 1959/1992, s. 20). Den opptredenen, kalt for «front stage», stimulerte brukerne til aktivitet og skilte seg dermed fra deres tidligere passiviserende rolle som helsefagarbeider i for eksempel hjemmesykepleien. Det som kalles for et paradigmeskifte på makronivå, ble på mikronivå, i praksis, beskrevet av helsefagarbeiderne som et skifte fra «hjelpeskulturen» til «mestringskulturen» eller fra «hjelpefeller» til «å jobbe med hendene på ryggen». Randstrøm et al. (2014, s. 28) beskrev liknende erfaringer med å støtte brukerne i deres aktiviteter istedenfor å gjøre mye for dem, blant personell i hverdagsrehabiliteringsteamene i svenske kommuner. Resultatene av mitt prosjekt viser, som Hjelle et al. (2016, s. 580) og Liaaen (2015, s. 20-23) sine funn, at denne forandringen innebar både måten å tenke på og måten å handle på. Både Stine og Trine påpekte at denne overgangen var vanskelig. Trine sa at hun følte at hun var «*slem*» mot brukerne når hun bare sto der og så på. Opplevelsen av «den vanskelige» overgangen kom også frem i studien til Liaaen da sykepleierne opplevde å holde tilbake hjelp fra brukerne som utfordrende (2015, s. 25). Utfordringer med «å stå og se» istedenfor å hjelpe til ble også påpekt av Rabiee & Glendinning (2011, s. 499).

Flere erfarte at hjemmetrenerrollen innebar at de utviklet «*et nytt blikk*» - et blikk med fokus på ressurser og ikke svikt. De begynte å se brukernes ressurser og tilrettelegge slik at disse ressursene ble tatt i bruk. For eksempel, Nina, sa at hun lærte «*å se*» og «*å tenke*» mer fallforebygging og hvilke hjelpemidler det var behov for. Johnsen (2017, s. 40) påpeker at sykepleierne i hennes studie flyttet fokuset fra svikt til brukernes ressurser. Ergo- og fysioterapeuter har tradisjonelt sett også hatt et aktiviserende blikk på brukerne (Hartviksen, 2017, s. 29).

Resultater av mitt prosjekt viser at helsefagarbeiderne ikke kun begynte å se på brukernes funksjon på en annen måte, men også på verdighet, etter at de hadde begynt å arbeide med hverdagsrehabilitering. Trine påpekte at kunnskapen som hun fikk når hun begynte å jobbe med hverdagsrehabilitering ga henne en forståelse av at verdighet er så mye mer enn bare ferdighet. Både hun og Hanne forbandt verdighet med det å kunne å utføre aktiviteter: *(...) Og så lærer du litt med å være litt eldre og kjenne på litt vondter og sånt nå sjøl. For dette erfaring (...) og det å kanskje miste litt funksjon og måtte jobbe deg tilbake igjen, se hva det gjør med deg, når vi ikke mestrer ting som vi gjerne vil». «(...) For jeg veit hva betyr å rehabilitere verdighet, ikke bare ferdighet. Ferdighet er en ting ... Men du mister så mye. Når du mister funksjon ... Når du får funksjonssvikt så mister du veldig mye og da mister du veldig mye verdighet og. Da er du ikke verdt noe, du kan ikke noe.*

Helsefagarbeiderne beskrev ulike måter å ivareta verdighet på. Johanne mente at nærheten, bedre kjennskap til brukeren og brukerens medvirkning i for eksempel målsettingsprosessen for hverdagsrehabiliteringsforløpet var med på å sikre brukerens verdighet. Dette er i tråd med Lov om pasient- og brukerrettigheter (2001) som skal ” (...) bidra til å fremme tillitsforholdet mellom pasient og bruker og helse- og omsorgstjenesten, fremme sosial trygghet og ivareta respekten for den enkelte pasients og brukers liv, integritet og menneskeverd”. Lovens bestemmelser legger også føringer for Slettebøs (2012, s. 115) resonnement om at verdighet er en grunnleggende rettighet i rehabilitering. Verdighet blir stort sett omtalt i forskning som brukernes grunnleggende rettighet for tilrettelegging av helse- og omsorgstjenester (Johnsen, 2017, s. 2; Ness et al., 2012, s. 9).

Det er ikke slik at helsefagarbeiderne kun tilegnet seg ny kompetanse og anvendte denne. De oppdaget også at den gamle kompetansen ikke hadde samme verdi lenger. Trine snakket om at hun måtte «*kvitte seg*» med en del av den gamle kompetansen slik at den nye kompetansen kunne bli «*automatikk*». Dette påpekte også Natalia i sitt intervju. Når Benner (1995, s. 41, 45) skriver om utviklingen av yrkesrollen understreker hun at selv om den profesjonelle har en del kompetanse fra tidligere og muligens var en kyndig utøver med helhetlig tenkning eller

ekspert i sin rolle, inntas en noviserolle så fort det skjer forandringer i situasjonen personen jobber i. Benner sin teori om utviklingen av yrkesroller belyser utviklingen av ny kompetanse. Den nye rollen som hjemmetrener innebærer at aktøren setter seg inn i rollen, lærer og dermed utvikler ny kompetanse (Goffman, 1959/1992, s. 209). Dette følges opp av Kjellberg et al. (2011, s. 13) som skriver at utvikling av kompetanse er nødvendig for å få til holdningsendring. Profesjonsutøvere blir bevisst sine holdninger og erfaringer og deres betydning for egen yrkesrolle gjennom en kontinuerlig utvikling av kompetanse (Sjølie; 2017, s. 243). Spesielt viktig for den utviklingen er tenkemåten, kunnskap og forforståelsen profesjonsutøvere har med seg i samhandling med andre (Røkenes, 2002b, s. 63 - 64). Helsefagarbeiderne i dette prosjektet erfarte at overgangen fra hjelpende til aktiviserende holdning medførte behov for relevant kompetanse, eksempelvis erfarte Eva at det var behov for mer kompetanse om hjelpemidler og tilrettelegging.

I praksis erfarte helsefagarbeiderne i mitt prosjekt at denne kompetanseutviklingen skjedde på ulike måter. Noen av dem fikk opplæring i motiveringsteknikk og kartleggingsverktøy ved å gå på kurs. Andre studier viser at helsefagarbeiderne fikk mer systematisk opplæring enn hva som fremkom i mitt prosjekt. Lewin et al. (2016, s. 809) sin studie om hverdagsrehabilitering i Australia viste at personell fikk spesiell opplæring i øvelser, hadde rollespill og hadde gjennomgang av case og presentasjoner. Kjellberg et al. (2011, s. 6) skriver i sin tur om at danske hjemmetrenere fikk et ukes opplæringsprogram. Etter anbefalinger fra Ness et al. (2012, s. 33), kan opplæring skje gjennom undervisning, kursing, kollegaveiledning eller hospitering. Stine var en av dem som fikk opplæring i kartleggingsverktøy. Mens Nina og Trine savnet mer opplæring på det området og følte at de ble kastet ut i det uten tilstrekkelig kompetanse. Aubert & Bakke (2008, s. 22-23) påpeker at praktiske ferdigheter sammen med fagkunnskap danner handlingskompetansen som i dette prosjektet handler om hverdagsrehabilitering.

Brukerens forventninger

De fleste helsefagarbeiderne i dette prosjektet arbeidet både i hverdagsrehabiliteringsteam og i hjemmesykepleien. De yter tjenester til mennesker som ikke nødvendigvis er vant til at det blir stilt krav til deres aktive deltagelse i hverdagsaktiviteter. Mennesker som forventer at helse- og omsorgspersonell gjør for dem det som er blitt utfordrende (Benner, s. 56; Tuntland & Ness, 2014, s. 38). Diskrepansen mellom brukernes forventninger om hjelp og den nye aktiviserende holdningen i helse- og omsorgstjenestene gjenspeiles i resultatene til dette masterprosjektet. Helsefagarbeiderne opplevde ofte at brukerne forventet å få hjelp, mens forventningene til dem som yrkesutøvere i hverdagsrehabiliteringsteam å aktivisere

brukerne. Her er det to motstridende forventninger til helsefagarbeidernes rolle – som hjelper og som trener. Når forventningene til en og samme aktør er motstridende kalles det for en rollekonflikt (Garsjø, 2001, s. 195). Helsefagarbeiderne i mitt prosjekt løste denne konflikten ved hjelp av «rollependling». Det vil si at de «spilte» én rolle når de representerte hjemmesykepleien og en annen rolle når de kom som en del av hverdagsrehabiliteringsteam. Alle helsefagarbeiderne var bevisst hvilken tjeneste de representerte når de kom til brukeren. For å skille mellom disse rollene presenterte de seg enten med tittelen «hjemmetrener», som Stine, eller forklarte hvilken tjeneste de kom fra, som Trine gjorde. Det å skille tydelig på tjenester hjalp dem å avklare forventninger som brukerne kunne ha. Goffman mener at med en ny rolle følger ny fasade, og med enhver fasade følger det stereotypiske forventninger (Goffman, 1959/1992, s. 31). Helsefagarbeiderne fremhevet at for å få til et godt hverdagsrehabiliteringsforløp er det viktig med å avklare brukernes forventninger før oppstarten av hverdagsrehabiliteringen. Stine fortalte: «(...) Når jeg kommer som hjemmetrener til folk så forventer dem jo det at jeg skal trene med dem. For da har de fått beskjed om det på forhånd (...)». Helsefagarbeiderne opererer her som aktører i en ny rolle som avklarer forventninger før de begynner å opptre (Goffman, 1959/1992, s. 11).

Liaen (2015, s. 24-25) beskrev at helsepersonell opplevde misnøye fra enkelte brukerne som ville ha hjelp til å utføre hverdagsaktiviteter. Slike erfaringer hadde helsefagarbeiderne i mitt prosjekt også. For eksempel, Trine fortalte at hun hadde opplevd å bli «uglesett» av brukerne som var vant til å ha mye hjelp fra hjemmesykepleien:

(...) Hvis du kommer til en bruker som er vant til å få mye tjenester fra kommunen og når du på en måte kommer inn og skal være den som skal fortelle – «Nei, dette her klarer du egentlig selv mens jeg er her». Så blir du fort uglesett litt. At du er den som ikke vil gjøre, selv om du på en måte egentlig er den som vil prøve å hjelpe, at du skal klare det og få en annen livskvalitet og en annen hverdagsmestring.

Dette sitatet illustrerer at brukerne som hadde erfaringer med hjemmesykepleien fra tidligere kanskje trengte å bli kjent med hva hverdagsrehabilitering er. Den type forventninger, som baserer seg på tidligere erfaringer, blir kalt for statiske forventninger av Garsjø (2001, s. 171).

Å stimulere endring hos brukerne

Empowerment eller dulting?

Hjemmetrenerne er pålagt å handle ut ifra bestemte normer og må forholde seg til

overordnede mål som er nedtegnet i politiske dokumenter, samt bør de handle ut ifra

brukerens behov, poengterer Røkenes (2002a, s. 11 - 12). Sett i lyset av rolleteori, spiller hjemmetrenerne rollene sine for brukerne «front stage» da de blir drevet av forventninger som myndighetene og arbeidsgiveren har til den yrkesrollen de innehar. Røkenes (2002a, s. 11 - 12) kaller roller for muliggjørende og dermed forbundet med makt. På lik linje med politiske føringer påvirker faglige tradisjoner hjemmetrenerens yrkesutøvelse. Tradisjonelt sett blir helseprofesjoner ansett som eksperter som har mer makt enn brukerne (Martinsen, 2003, s. 100; Tveiten, 2016, s. 42).

Når Martinsen snakker om omsorg (2003, s. 86), fremhever hun at makt og undertrykkelse ikke behøver å være forbundet med hverandre. Hun skriver at makt kan brukes for å «frigjøre» ressurser uten at noen blir undertrykket.

Blant hjemmetrenerens nye oppgaver står motivasjonsarbeid sentralt. Motivasjonsarbeid er viktig for å oppnå økt hverdagsmestring og stimulere til endring. Paradigmeskiftet fra en passiviserende til en aktiviserende holdning i helse- og omsorgstjenestene gjenspeiles i helsefagarbeidernes arbeidsmåte som fokuserer på endring i brukernes egen aktivitet. Parallelt med paradigmeskiftet i helse- og omsorgstjenestene forekommer det også endring i brukernes rolle. De skal ikke være passive mottakere, men aktive borgere (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018, s. 12). Det vil si at myndighetene vil involvere brukerne i å delta mer aktivt i og å medvirke i utvikling av tilbudene som de kan få av helse- og omsorgstjenester (Helse- og omsorgsdepartement, 2009, s. 51). I tråd med disse politiske føringene påpeker Tuntland og Ness (2014, s.26, 29) at hverdagsrehabilitering vil bidra til økt livskvalitet hos brukere gjennom økt uavhengighet i hverdagen og som følge økt deltakelse. Samtidig forventes det at brukerne deltar aktivt i slik rehabiliteringsforløp (Helse- og omsorgsdepartement, 2009, s. 140; Helse- og omsorgsdepartement, 2018, s. 53). Aktiv deltakelse blir tolket av Haukland, Meyer, Gjerlaug & Tveiten (2014, s. 54) som medvirkning og empowerment. Mer aktive brukere og mindre ressurskrevende oppgaver vil redusere behov for individuelle tjenester og bidra til økt innsparing, viser Fürst & Høverstad (2014) i sin rapport om hverdagsrehabilitering i flere norske og skandinaviske kommuner. Dette finner støtte i Lewin et al. (2016, s.807, 814-815) sin studie av hverdagsrehabilitering i Australia.

I de politiske føringene om aktive borgere er empowerment sentral, men det er lite empowerment å spore i intervjuene med helsefagarbeiderne i dette prosjektet. Det er mer nærliggende å snakke om «nudging» eller oversatt til norsk som «dulting». Dulting blir definert som «små, planlagte grep som endrer folks atferd på en forutsigbar måte uten å forby alternativer eller endre økonomiske incentiver vesentlig. Nudging er et alternativ til regulering og ivaretar enkeltpersoners valgfrihet selv om påvirkningen skjer i en bestemt

hensikt» (Nylenna, 2017, s. 120). Dulting handler om tiltak som er rettet mot endring av adferd uten å begrense valgfrihet og på denne måten å ivareta brukernes medvirkning eller empowerment. Dette blir i tråd med hvordan Martinsen beskriver at makt kan brukes for å «frigjøre» ressurser uten at noen blir undertrykket (Martinsen, 2003, s. 86).

Brukernes empowerment står sentralt i hverdagsrehabiliteringen ettersom brukerne blir ansett som selvstendige og selvbestemmende. I praksis, derimot, har empowerment - tilnærmingen noen begrensninger: svekkede brukerne som forventer at det ytes hjelp eller er lite motiverte til å gjøre det som kreves for å bedre sin funksjon, tildeles ikke hverdagsrehabilitering nettopp på grunn av sine forventninger eller mangel på motivasjon.

Tross helsefagarbeidernes bevissthet vedrørende empowerment kan Ingrid's erfaringer med at «*alt skal jo være tilrettelagt for at de skal kunne klare det igjen og komme opp på beina*» tolkes som dulting-strategi, slik at med riktig tilrettelegging av «kulissene» - brukernes hjem, blir det lettere å gjøre «sunnere» valg. Haukland et al. (2014, s. 56) omtaler også slike valg som enklere å ta når det legges til rette. Slik tilrettelegging kan virke ledende ved å styre aktivitet i ønsket retning. Tuntland et al. (2015, s. 10) understreker at det å tilpasse omgivelsene til brukernes behov øker brukernes potensial. Fürst & Høverstad (s. 5) hevder i sin rapport at helsefagarbeiderne er godt rustet for å tilrettelegge for hverdagslige aktiviteter.

Helsefagarbeiderne i dette prosjektet ivaretok brukernes empowerment ved å involvere dem i målsettingsprosess, slik som Nina gjorde: «(...) *Vi konsentrerer oss om dine mål, som du har bestemt deg for å gjøre*». Trine ga også brukerne mulighet til å påvirke hverdagsrehabiliteringsforløpet ved å få frem deres egne meninger og bestemme hvordan de ønsker at forløpet skal være. Dette er i tråd med forståelsen av empowerment som økt kontroll over handlinger som angår ens egen helse.

Røkenes (2002a, s. 20) understreker at det å skape trygghet fremmer selvstendighet og medvirkning. Medvirkning og relasjoner mellom brukerne og helsefagarbeiderne danner grunnlaget for empowermentprosessen (Tveiten, 2016, s. 39). Aubert & Bakke (2008, s. 23) påpeker også at gjennom god relasjonskompetanse blir brukernes uavhengighet respektert og brukerens ressurser utløst og forsterket. Profesjonelle som har god relasjonskompetanse får til god samhandling med brukerne som i sin tur vil bidra til at brukernes interesser og selvbestemmelse blir ivaretatt (Røkenes, 2002a, s. 8).

Motiveringsarbeid

Motivering er et viktig prinsipp i empowerment, og hjemmetrenerens motivasjonsarbeid kan sees som redskap for å stimulere brukerne til å velge et mer selvstendig og aktivt liv slik det blir forespeilet av myndighetene. Motiverende intervju som enkelte av helsefagarbeiderne i mitt prosjekt fikk opplæring i blir også benyttet for å få frem ønsket adferd. Denne samtalemotoden ble også brukt av sykepleiere i deres arbeid med hverdagsrehabilitering (Johnsen, 2017, s. 34). På den ene siden blir Motiverende Intervju beskrevet av Ivarsson, Ortiz & Wirbing (2015, s.12) som en «*styrende eller veiledende*» metode, som dulter «*motivasjon for endring i bestemt retning*». På en annen side understreker Tveiten (2016, s. 133) at Motiverende intervju ikke er en metode for «*fordekt påvirkning*». Disse perspektivene på Motiverende Intervju viser at den metoden kan anvendes med ulike hensikt.

Resultater av mitt prosjekt viser at motivering til egen aktivitet utgjør en stor del av arbeidsoppgavene til helsefagarbeiderne under hverdagsrehabiliteringsforløpet. Sett i lys av Goffmans rolleteori er helsefagarbeidernes aktiviteter en fasade når de er sammen med brukerne, fordi helsefagarbeiderne spiller en rolle for å stimulere brukerne til egen aktivitet. Stine erfarte hvor viktig det var å motivere brukerne til endringen for å forandre på deres holdning: «(...) [etter avsluttet hverdagsrehabiliteringsforløp] *han skulle fortsette å trene med det programmet han hadde fått. (...) Så her har det snudd fra å være så pessimist også til at han blei en optimist*». Tuntland (2014, s.55) understreker også hvor viktig motivasjonsarbeid er og påpeker at det bør skje kontinuerlig under hele forløpet. Forskning beskriver motivasjonsarbeid som grunnleggende i hverdagsrehabilitering (Birkeland, 2014, s. 46).

Her fokuserer jeg på helsefagarbeidernes motiveringsarbeid og strategier de anvendte for å motivere brukerne til endring mot mer selvstendig utførelsen av aktiviteter. De strategiene som blir brukt er: samtaler, veiledning, gode relasjoner, god tid, å gjøre sammen, inngå kompromiss, å være ydmyke, rolige, blide, å bruke humor og å samarbeide med pårørende.

Det virker som om samtaler var en stor del av helsefagarbeidernes arbeid. Samtaler er også en veiledningsform som ble omtalt av helsefagarbeiderne som en viktig del av arbeidsoppgaver i hverdagsrehabilitering. De har dialog med brukerne, de viser og forteller dem hva som kan bli resultatet av aktivitet. De formulerer spørsmål slik at tankeprosessen kommer i gang. Åpne spørsmål som inviterer til refleksjon blir også brukt (Tveiten, 2016, s. 134). Stine sa: «(...) *Å stille spørsmål på en helt annen måte for at [brukere] må tenke seg godt om før de svarer. (...) Det å få [brukere] til å tallfeste hvor stor nytte de har av ting er ikke så lett. (...) Jeg prøver å stille åpne spørsmål (...)*». Helsepersonell i studien av tverrfaglig samarbeid i hverdagsrehabilitering hadde erfart at åpne spørsmål initierte refleksjon over egne behov og

utfordringer hos brukerne (Vik, 2018, s. 10-11). Åpne spørsmål, som også blir benyttet i Motiverende intervju, er ment å styrke motivasjon for endring (Tveiten, 2016, s. 133).

Både samtaler og veiledning er viktige redskaper i motivasjonsarbeid. Stine og Hanne beskriver at de veileder folk i riktig og selvstendig utførelse av aktiviteter. Dette samsvarer med funn fra studiene til Hjelle et al. (2016, s. 581) og Johnsen (2017, s. 34) om at profesjonelle som jobber i hverdagsrehabiliteringsteam bruker veiledning som en strategi for å styrke brukernes egen aktivitet.

Som en del av motivasjonsarbeidet er det å etablere gode relasjoner avgjørende for endringsprosessen, ifølge Røkenes (2002a, s. 21). Relasjonskompetanse ble brukt av helsefagarbeiderne i dette prosjektet for å motivere brukerne til endring av adferd. God relasjon og kjennskap til brukerne ble påpekt av Johanne som grunnleggende kompetanse for motiveringsarbeidet. Viktigheten av relasjonskompetanse kan illustreres med Trine sine erfaringer. Hun involverte brukerne i målsettingsprosessen ved å la dem å komme med sine ønsker og å være med på å bestemme mål. Noe som ga mening til aktiviteter som brukerne skulle trene på og var dermed på å fremme brukernes motivasjon. Johanne hadde også erfart at det å få jobbe mot egne mål var motiverende i seg selv. I dette prosjektet kombinerte helsefagarbeiderne relasjonskompetanse og handlingskompetanse i selve målsettingsarbeidet. For eksempel Stine fikk opplæring i et verktøy – COPM, som hjalp henne å få frem brukernes mål gjennom detaljert kartlegging av brukernes aktiviteter som de hadde noen utfordringer med. Målsettingsprosess som en strategi for å motivere brukerne til endring, ble ikke beskrevet i andre studier. Men Birkeland et al. (2017, s. 198) og Hjelle et al. (2016, s. 579-580) beskriver også at brukerne ble stimulert av helsepersonell til å nå egne mål. Det å oppnå mål i form av forbedret funksjon for eksempel, ble også omtalt av Stine som motiverende for brukerne.

Helsefagarbeiderne i dette prosjektet brukte sin relasjonskompetanse for å få gjennomført handlingskompetanse. For eksempel ved å bli godt kjent med brukerne fikk Hanne dem til å prøve å utføre aktiviteter som de normalt unngikk å gjøre. Ingrid snakket om at å gjøre brukerne trygge hjalp henne til å stimulere dem til egen aktivitet, som for eksempel å dusje selv. Disse eksemplene illustrerer hvordan helsefagarbeiderne i mitt prosjekt formidlet sitt budskap om aktivitet gjennom interaksjon med brukerne (Goffman, 1959/1992, s. 34).

Et annet eksempel på betydning av relasjonskompetanse er samspising som ble beskrevet av Trine: «(...) Sitte der og prate med de og de tenker ikke så mye over at de spiser. (...) Og så vet man at de hadde spist». Hun bygget opp relasjoner med brukerne for å få dem til å spise.

Det at relasjoner er viktig for at helsepersonell får utført sitt arbeid gjennom å fremme og styrke brukernes muligheter vises også i studien til Johnsen (2017, s. 52). Sykepleiere i hennes studie opplevde at trygghet hjalp brukerne å mestre aktiviteter raskere. Randstrøm et al. (2012, s. 31) beskrev at det relasjonelle i samhandling mellom tverrfaglig team og brukerne var viktig for å stimulere brukerne til aktivitet.

For å etablere nære relasjoner ble tidsaspektet omtalt av flere i mitt prosjekt som en viktig forutsetning. Hanne erfarte at jobben med hverdagsrehabilitering ga henne mulighet til å disponere mye tid sammen med brukeren: «(...) Nå har jeg mye bedre tid. (...) Du får mye mer kontakt med dem da. Når du blir bedre kjent så tør brukeren å prøve mer ting, han blir mer sikker på å prøve ting (...)». Johnsen (2017, s. 42) påpekte også at det å ha god tid var viktig for å gjøre en god jobb med hverdagsrehabilitering. Hjelle et al. (2016, s. 583) skrev at tiden ga mulighet til å motivere og stimulere brukerne til å bli mer aktive.

Helsefagarbeiderne i mitt prosjekt beskrev det å være ydmyke, rolige, blide og å bruke humor som strategier for å få til bedre relasjon og komme nærmere brukeren for å få til en endring. Disse strategiene kan sees på som praktisering av inntrykkskontroll hvor helsefagarbeiderne styrer det inntrykket de gjør på brukerne. Freire (1968/2003, s. 65) viser til ydmykhet i samtalen som forutsetning for en god relasjon. I andre studier ble ikke gode relasjoner beskrevet som strategi for å få til endring, men Jørmeland & Vik (2019, s. 41) fant i sin studie at terapeuter ivaretok selvbestemmelse ved å være ydmyke for brukernes egne løsninger på problemer.

I dette prosjektet erfarte Ingrid også at kompromiss kunne brukes som strategi for å oppnå ønsket resultat:

(...) Kanskje jeg kan vaske deg litt på ryggen i dag. Og så så gjør du det. Og så kommer vi i gang. Man må gi og ta littegranna. Ja, litt kompromiss til de føler: «Oi, det her da klarer jeg!» Du må egentlig være ganske ydmyk. Ja. For å få det til og at du får snudd det littegrann (...).

Kompromiss blir ikke omtalt i annen relevant forskning om hverdagsrehabilitering, men det å gjøre ting i interaksjon med andre omtales i litteraturen som motiverende i seg selv (Lillemyr, 2007, s. 175).

Samarbeid med brukerens pårørende ble omtalt av helsefagarbeiderne som en viktig strategi i deres motivasjonsarbeid. De omtalte pårørende som viktige støttespillere. Motivering av brukerne er enklere når pårørende, som står ofte nære brukere, er med «på laget». Den viktige

støtten fra pårørende beskriver også Hartviksen (2017, s. 32). I forskning, for eksempel i Vik (2012, s. 11) sin forskning av tverrfaglig samarbeid i hverdagsrehabilitering beskrives pårørende som lagspillere som samarbeider med hverdagsrehabiliteringsteam for å finne gode tiltak og hjelpe brukerne å nå egne mål.

Profesjonshierarki

Hverdagsrehabilitering som rehabiliteringsform, baserer seg på samhandling mellom ulike profesjoner både i teamet og med andre helseprofesjoner. Alle helsefagarbeiderne i dette prosjektet jobbet i et tverrfaglig hverdagsrehabiliteringsteam som besto av sykepleier, ergo- og fysioterapeut. Helsefagarbeiderne var de i teamet som hadde laveste utdanning. Det er kjent at ulike utdanningsnivå fører til forskjeller i kompetansegrunnlaget hos profesjonelle yrkesutøvere. De med høyere utdanning besitter mer kompetanse og dette kan føre til maktubalanse (Garsjø, 2001, s. 289). Samtidig er det ikke kun kompetansen som kan påvirke maktfordelingen. Der er yrket eller stillingen man innehar som bestemmer hvor mye makt personer har. Garsjø (2001, s. 292, 296) omtaler slik maktfordeling som det tradisjonelle hierarkiet innenfor helsetjenestene. Dette hierarkiet er forbundet med ulike prestigenivåer mellom profesjoner med - leger på toppen og pleiepersonell nederst.

I motsetning til Garsjø (2001, s. 291) sin refleksjon om at nye roller bringer med seg nye maktposisjoner, erfarte flere helsefagarbeidere i min studie, slik som Trine gjorde, at deres nye rolle som hjemmetrenere medførte ikke en ny plassering innenfor dette hierarkiet. De ble ikke mer likestilt:

(...) Jeg merker jo det at man blir litt sånn nederst på rangstigen. (...) Når det er tverrfaglig møte, ble jeg ofte ekskludert ut. (...) Jeg har kjent litt på det, siste tiden at man er liksom nederst. (...) Man er ikke terapeut.

Hun følte at hun var plassert nederst på «rangstigen» slik hun alltid hadde vært. Skåholt, Høst, Nyen & Tønder (2013, s. 30-33) viser i sin rapport om overgangen mellom skole, læretid og arbeidslivet i helsearbeiderfaget, at elever opplever lavere plassering i et hierarki enn sykepleiere. De fleste påpeker at de ikke vil være på det nederste nivå. Slik rangering kan være uheldig for utvikling av gode relasjoner mellom teammedlemmer og kan derfor være hemmende for tverrfaglig samhandling og utvikling av felles kompetanse. Ness et al. (2012, s. 30) påpeker at gjensidig respekt og forståelse er viktige forutsetninger for utvikling av en god tverrfaglig samhandling. I motsetning til mine funn antydes det i en studie av teammodeller

for hverdagsrehabilitering i sju norske kommuner (Birkeland et al., 2018, Resultatkap.), at helsefagarbeiderne ble ofte sidestilt med de som hadde høyere utdanning.

Denne hierarkiseringen i omsorgstjenestene, slik som funnene i mitt prosjekt indikerer, blir også poengtert av Kari Martinsen (2003, s. 72). Hun understreker at økt kunnskap, i form av høyere utdanning, øker skiller innen sykepleieyrket. Slik maktubalanse finner støtte i forskningslitteraturen av hverdagsrehabilitering som beskriver at høgskoleutdannede har overordnet ansvar for opplæring og veiledning av helsefagarbeiderne i å kunne se etter brukernes ressurser og i å støtte dem i utførelsen av aktiviteter (Hjelle et al., 2016, s. 580; Kjellberg et al., 2011, s. 9).

I motsetning til Trine sine erfaringer med å være «*nederst på rangstigen*», følte Stine seg inkludert og at samhandling i teamet var god: «*Hvis det er noe vi lurert på har vi ikke noe problem med å spørre de andre som kanskje har litt mer greia på ting enn det vi har*». Samme erfaringer har teammedlemmer fra Randstrøm et al. (2014, s. 29) sin studie der de beskriver støttende holdning mot hverandre. Birkeland et al. (2017, s. 198) fikk lignende resultater og understreker at teammedlemmer satt pris på hverandres kompetanse når teamene var samstemt.

Uavhengig av hvilken modell for hverdagsrehabilitering helsefagarbeiderne er en del av forventes det at de jobber tett sammen med sykepleiere, ergo- og fysioterapeuter og andre profesjonelle. De jobber tett mot samme mål og har felles innsats som virkemiddel (Ness et al., 2012, s. 33-34). Utøvelsen av slik tverrfaglig praksis vil kreve omstilling i helsefagarbeideres tenke- og arbeidsmåte slik at de vil utvikle felles kompetanse med andre profesjonsgrupper i teamet. Johanne snakket om teamutvikling som en enhet, der teammedlemmer fikk felles forståelse av eksempelvis mestringstenkning og trening av hverdagslige aktiviteter. Andre snakket om at ulike perspektiv på tvers av profesjoner utfylte hverandre (Vik, 2018, s. 11). Med andre ord fremhevet de utvikling av en helhetlig forståelse av hverdagsrehabiliteringen. Dette er i tråd med Goffmans (1959/1992, s. 70-92) beskrivelse av «opptredenslag» som innebærer ulike opptredener som danner en helhet. Som i mitt prosjekt, utviklet teamet i studien til Hjelle et al. (2016, s. 582) en felles forståelse. De hadde felles forventninger til hva brukerne skulle gjøre og hva var teammedlemmers sine oppgaver, slik at de ikke skulle hjelpe for mye. Røkenes (2002, s. 40) understreker at samhandling innebærer utvikling av felles forståelse. Dette viser dermed behov for kompetansen fra ulike profesjoner i hverdagsrehabilitering (Hartviksen, 2017, s. 29). Felles grunnlag for helsefagarbeidernes yrkesutøvelse i teamet vil gi brukerne mer sammenhengende, koordinerte og kontinuerlige tjenester (Hartviksen, 2017, s.33). Tett samhandling er dermed en viktig

forutsetning for vellykket hverdagsrehabilitering (Vik, 2018, s. 7). For å utvikle felles forståelse er det viktig å utvikle lik kompetanse. Kompetanseutvikling fremheves av Kjellberg et al. (2011, s. 6) som beskriver at i Fredericia kommune i Danmark fikk helsefagarbeiderne opplæring i en tettpakket ukesprogram. Ikke alle helsefagarbeiderne i dette prosjektet fikk mulighet til å utvikle lik kompetanse. Det var ikke iverksatt organisert opplæring av helsefagarbeiderne i mitt prosjekt. Men noen, som Stine fikk opplæring i kartleggingsverktøy. Mens Nina og Trine savnet mer kompetanse på det området og følte seg ekskludert. Dette gjør at «back stage» arena som tverrfaglige teammøtene ble utilgjengelig.

Det at helsefagarbeiderne i mitt prosjekt ikke alltid ble inkludert i tverrfaglige møter kan tyde på at deres kompetanse og meninger ikke ble ansett som viktige av andre teammedlemmer. Dette kan styrke følelsen av å være nederst på rangstigen. Utelatelsen fra tverrfaglige møter som er en viktig «back stage» arena gjør at helsefagarbeiderne ikke føler seg som en del av teamet. Det at de ikke fikk mulighet til å bidra med sin kunnskap på teammøter kan tolkes som om de ble hemmet i å utføre deres rolle i tverrprofesjonell samhandling. Dermed kan teamet utvikle forståelse og praksis som er mangelfull (Hagland & Solvang, 2012, s. 254). Slike tverrfaglige møter blir omtalt i forskning til Hjelle et al. (2016, s. 582) som viktige arenaer nettopp for samhandling og veiledning. Disse møtene blir også omtalt i samme studie som mulighet til å tilegne seg kunnskap. Randstrøm et al. (2014, s. 29) understreker også at møter var viktige for utvikling av samhandling. Samhandlingen mellom teammedlemmer forbinder kunnskap fra profesjonelle som jobber i tverrfaglig team.

Under intervjuene i dette masterprosjektet, kom det frem at det var helsefagarbeiderne som kjente brukerne best, og deltok «front stage» med dem. Det var de som fulgte opp brukeren og kunne se daglige endringer i deres funksjon. De mente dermed at deres kunnskap om brukerne ville være viktige inn i diskusjoner om oppfølging eller endring av tiltak. Det at helsefagarbeiderne ikke får mulighet til å bidra med sin kunnskap fordi at teammedlemmer med høyere utdanning har høyere rang finner støtte hos Lauvås & Lauvås (2004, s. 120), som skriver at profesjoners høyere status kan være begrensende for andres bidrag.

Helsefagarbeiderne i dette masterprosjektet erfarte i tillegg til ikke å være inkludert på teammøter, også at de ikke var like mye involvert i planlegging av oppfølging av brukerne som de burde, sier Natalia og Johanne. Ifølge Natalia og Johanne var det mest de med høgskoleutdannelsen som planla hverdagsrehabiliteringsforløpet. Stine følte seg som en utfører, siden hun måtte utføre «treningsoppdrag» som var laget av andre teammedlemmer, de som hadde høyere utdanning. Dette gjenspeiles i forskning som viser at teammedlemmer med høyere utdanning hadde ansvar for å lage treningsprogram og justerte dette underveis.

Samtidig lavere utdannet helsepersonell hadde ansvaret for oppfølging av trening (Hjelle, 2016, s. 580). Fordelingen av arbeidsoppgavene kan tolkes som hierarkisk i min studie da det var flere som opplevde at dem var kun de som utførte opplegg som andre hadde laget for brukerne. Det viser seg at helsefagarbeidernes bidrag i teamet var tiltenkt opptrening av brukerne helt fra innføringen av hverdagsrehabiliteringen (Hartviksen, 2017, s. 29).

8. Studiens styrker og svakheter

Kvalitative metoder er godt egnet for å gi dyp kunnskap om informantenes erfaringer, opplevelser, tanker og holdninger (Malterud, 2011, s. 27). Jeg valgte å intervju deltagere individuelt ved hjelp av semistrukturerte intervju. Dette for å få til fortrolige samtaler og friere beskrivelser av deres erfaringer. En del kritikk av intervju som metode for innhenting av kunnskap, rettet mot at den fokuserer på subjektive og individuelle erfaringer (Kvale & Brinkmann, 2009, s. 322-324). Tross kritikken kan de fortrolige og dype samtalene bidra til varierte og fylldige beskrivelser (Malterud, 2011, s. 33). For eksempel bidro disse samtalene bidra til at jeg gjorde et interessant og nytt funn om hierarkiet i hverdagsrehabiliteringsteamene. Dette funnet er ikke kommet frem i annen forskning kjent for meg. I flere studier, for eksempel: Birkeland et al., 2017; Birkeland et al., 2018; Hjelle et al., 2016; Liaaen, 2015; Vik, 2018, har forskere gjennomført fokusgruppeintervju med helsepersonell med høgskoleutdannelse og videregåendeutdannelse både sammen eller hver for seg. Når teamenes interne hierarki ikke kom frem i deres forskning kan det kanskje forklares med at det er vanskeligere å snakke om sensitive tema i fokusgruppeintervju enn i et individuelt intervju. Dette er spesielt viktig når de som føler seg nederst på rangstigen, blir intervjuet sammen med de som har mer makt i praksis. Dermed er det mulig at informantene i dette masterprosjektet delte mer sensitive erfaringer enn de ville ha gjort i et fokusgruppeintervju. Da min stilling er fysioterapeut og høyere ansett i det tradisjonelle hierarkiet, var jeg bevisst på en mulig maktubalanse under intervjuene og forsøkte å skape en trygg og behagelig stemning. Den gode stemningen kan også være med på å invitere informantene til fortrolige samtaler. Tre av informantene ble intervjuet over telefon. Fravær av personlig møte kan gjøre det lettere å snakke om sensitive temaer.

Som uerfaren forsker kan jeg ha gått glipp av en del kunnskap om hierarki da jeg ikke fulgte opp temaet hierarki spesielt under intervjuene. Nå har jeg mer erfaring og kunnskap og ville nok ha spurt mer rundt dette tema og kanskje fått rikere beskrivelser av helsefagarbeidernes

erfaringer med hierarkiseringen i teamet. Spesielt ville vært interessant å utdype kunnskap om konsekvenser av hierarkiseringen.

To av informantene ønsket å bli intervjuet sammen da de jobbet i samme hverdagsrehabiliteringsteam, og det ble derfor gjennomført et gruppeintervju. Det ble ingen naturlig diskusjon mellom dem, slik jeg hadde håpet. Dermed måtte jeg lede samtalen mer aktivt, noe som allikevel er typisk for gruppeintervju (Malterud, 2011, s. 134). Tross dette følte jeg at jeg fikk rikelig datamateriell som var relevant for prosjektets problemstilling.

Informantene i dette prosjektet ble rekruttert fra ulike kommuner. Rekrutteringen var ikke begrenset geografisk, da jeg brukte telefonintervju i tillegg til individuelle intervju. Det ga meg bredere utvalg informanter. Dette anser jeg som en styrke da hverdagsrehabiliteringen praktiseres ulikt i ulike kommuner.

I dette prosjektet sikret jeg rikt og varierende materiell ved hjelp av strategisk utvalg av deltagere (Malterud, 2011, s. 56). Alle informantene var kvinner og de fleste hadde delte stillinger. Dette er i tråd med Statistisk Sentral Byrå sine tall som viser at de fleste helsefagarbeiderne er kvinner og at disse arbeider ofte i delte stillinger i hjemmesykepleien og på sykehjem (Køber & Vigran, 2011, 1. avsn.). Utvalget er representativt da helsefagarbeider er et kvinnedominert yrket. Det kunne vært interessant å ha inkludert menn for å se på deres erfaringer med hverdagsrehabiliteringen.

Prosjektets svakhet kan være størrelsen på utvalget som besto av åtte helsefagarbeidere. Tross begrenset antall informanter opplevde jeg at datamaterialet var rikt og at jeg nådde et meningspunkt da det siste intervjuet ikke tilførte ny kunnskap (Malterud, 2011, s. 60-61). Et lite utvalg kan også begrense overførbarhet av resultatene av dette prosjektet til helsefagarbeidere fra andre hverdagsrehabiliteringsteam. Allikevel gir dette prosjektet dypere innsikt i helsefagarbeidernes rolle i hverdagsrehabiliteringsteam som kan relateres til liknende team. For eksempel, mitt funn om ulike strategier som helsefagarbeiderne brukte for å få til endring i brukernes adferd, kan være nyttig for annet helsepersonell som arbeider med hverdagsrehabilitering.

9. Oppsummering

Paradigmeskiftet fra en passiviserende til mer aktiviserende holdning er så å si ferdig gjennomført på makronivå, men resultatene mine viser at endringene nok fortsatt er pågående

på meso- og individnivå. Selv om det forventes et mer ressursorientert fokus i utdanningsinstitusjoner i den sammenhengen, fant jeg ingen forbindelse mellom helsefagarbeidernes utdanningsår og det pedagogiske fokuset, hjelp til selvhjelp eller yte hjelp, som de beskrev fra helsefagarbeiderutdanningen. På grunn av ulikt fokus under utdanningen hadde noen av helsefagarbeiderne i dette prosjektet primært lært om å yte hjelp til brukerne, mens andre hadde hatt fokus på å gi hjelp til selvhjelp. Samme hvilket fokus utdanningen innebær, så erfarer alle en overgang fra hjelperrollen til trenerrollen når de begynner å arbeide som hjemmetrenere i hverdagsrehabiliteringsteam. De beskriver denne overgangen som dreining av fokuset fra passiviserende til mer ressursorientert.

Gjennom rolleforventninger og et sterkt fokus på ressurser utvikler helsefagarbeiderne i mitt prosjekt «et nytt blikk» på brukernes funksjon og deres verdighet, som de forbinder med aktiv utføring av aktiviteter. I tillegg til utvikling av «et nytt blikk» innebar hjemmetrenerrollen også tilegnelse av ny yrkeskompetanse i form av relasjons- og handlingskompetanse når de begynte å arbeide i hverdagsrehabiliteringsteam. Hjemmetrenerrollen førte også til at helsefagarbeiderne følte at de måtte kvitte seg med den gamle innlærte kompetansen slik at den nye kompetansen ble «automatikk». Utvikling av ny yrkeskompetanse virker å være viktig for å fremme hjemmetrenerrollen da helsefagarbeiderne lærer nye verktøy og strategier for å utføre deres arbeidsoppgaver i hverdagsrehabiliteringsteam.

De nye verktøyene og strategiene for å utføre motivasjonsarbeid er sentrale blant helsefagarbeidernes nye oppgaver. Noen strategier som blir brukt for å motivere brukerne er samtaler, veiledning og gode relasjoner. Det kan også være å ha god tid, å være sammen, inngå kompromiss, å være ydmyke, rolige, blide, å bruke humor og å samarbeide med pårørende. Disse strategiene blir også anvendt til vennlig styring eller «dulting» for å fremme endring i brukernes adferd. Helsefagarbeidernes erfaringer tilsier at det er «dulting» som er mest fremtredende i deres praksis, til tross at brukernes empowerment er fokuset i hverdagsrehabiliteringen. Empowerment tas vare på av helsefagarbeiderne i dette prosjektet, blant annet ved å involvere brukerne i målsettingsprosess og ved å etablere gode relasjoner til dem.

Helsefagarbeiderne omtaler samarbeid med hjemmesykepleien som utfordrende da hjemmesykepleien har en passiviserende tilnærming til brukerne og de følger ikke opp aktiviteter iverksatte av teamet. Det å jobbe i et tverrfaglig team byr på andre utfordringer, og de må blant annet lære å samhandle med andre teammedlemmer, andre profesjoner. Et viktig funn er at helsefagarbeiderne opplever å være nederst på «rangstigen» i teamet. De blir ikke alltid inkludert i tverrfaglige møter og får dermed ikke bidra på lik linje med de andre med sin

kompetanse og kunnskap om brukerne. Den hierarkiseringen virker å være hemmende for helsefagarbeidernes rolle som teammedlem. I andre studier blir helsefagarbeiderne betraktet som sidestilt med andre teammedlemmer (Birkeland et al., 2018, Resultatkap.; Hjelle et al., 2016, s. 581). Viktigheten av at helsefagarbeiderne blir sidestilt med andre teammedlemmer er fremhevet i forskning som et av suksesskriteriene for hverdagsrehabilitering (Ness et al. 2012, s. 30).

10. Forslag til videre forskning

Det er ingen forskning som er utført om helsefagarbeidernes erfaringer med hverdagsrehabilitering tidligere, men deres viktige rolle i hverdagsrehabiliteringen blir fremhevet i faglitteratur (Fürst & Høverstad, 2014, s. 17). Da dette prosjektet omhandler mest erfaringer til helsefagarbeiderne som jobber med hverdagsrehabilitering organisert etter spesialist modell vil det være behov for videre forskning om helsefagarbeidernes erfaringer med hverdagsrehabiliteringen i integrert modell og i kjerneteam.

Empowerment står sentralt i hverdagsrehabiliteringen. Tross det fremsto veiledende «dulting» som viktigere i helsefagarbeidernes motiveringsarbeid. Derfor er det behov for å se på om brukernes empowerment i motiveringsarbeidet blir ivaretatt.

Hierarkisering i hverdagsrehabiliteringsteam viste seg å være hemmende for utvikling av helsefagarbeidernes rolle, deres kompetanse og tverrfaglig samhandling. Rangeringen av helsepersonell med høgskoleutdannelse og de med videregående skole i teamene bør undersøkes nærmere for å kunne forebygge hierarkisering og for å utvikle et godt tverrfaglig samarbeid.

11. Referanseliste

- Aas, K. H. (2007). Utvikling av relasjonskompetanse: «Det er vanskelig å sette ord på det, men det ligger liksom i bakhodet ett eller annet sted». *Nordisk Sosialt Arbeid* 1(27), 45-55. Hentet fra https://www.idunn.no/file/pdf/33196990/utvikling_av_relasjonskompetanse_det_er_vanskelig_a_sette_ord_pa_det_men_de.pdf
- Anderson, R. M. & Funnell, M. M. (2010). Patient empowerment: Myths and misconceptions. *Patient Education and Counseling* 79 (3), 277-282. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2009.07.025>
- Askheim, O. P. (2003). *Fra normalisering til empowerment: Ideologier og praksis i arbeid med funksjonshemmede*. (1. utg., 7. oppl.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Aubert, A.- M. & Bakke, I. M. (2008). *Utvikling av relasjonskompetanse: Nøkler til forståelse og rom for læring* (1. utg., 1. oppl.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Benner, P. (1995). *Fra novise til ekspert: Dyktighet og styrke i klinisk sykepleiepraksis* (1. utg., 1. oppl.). København: Munksgaard.
- Birkeland, A. (2014). Aktiv mestring i hjemmesykepleien: Hverdagsrehabilitering gjør brukere mindre avhengige av hjelp samtidig som de ansatte opplever jobben som mer meningsfullt, *Sykepleien*: 3. Hentet fra <https://static.sykepleien.no/sites/default/files/documents/forsknings/1489095.pdf?c=1410453533>
- Birkeland, A., Tuntland, H., Førland, O., Jakobsen, F. F. & Langeland, E. (2017). Interdisciplinary collaboration in reablement- a qualitative study. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 10, 195-203. Hentet fra [10.2147/JMDH.S133417](https://doi.org/10.2147/JMDH.S133417)

- Birkeland, A., Langeland, E., Tintland, H., Jacobsen, F. F. & Førland, O. (2018). Hverdagsrehabilitering-spesialisert eller integrert? *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning*, 1 (14). <https://doi.org/10.7557/14.4403>
- Carr, E. C. F. & Worth, A. (2001). The use of the telephone interview for research. *Nursing Times Research*, 6, 511-524. Hentet fra: <http://journals.sagepub.com.ezproxy.hioa.no/doi/pdf/10.1177/136140960100600107>
- Drageseth, S. & Ellingsen, S. (2010). Å skape data fra kvalitativt forskningsintervju. *Sykepleien Forskning*, 5(4), 332-335. doi: [10.4220/sykepleienf.2011.0027](https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2011.0027)
- Fangen, K. (2004). *Deltagende observasjon*. (2. utg., 2. oppl.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Forskrift om rehabilitering og habilitering, individuell plan og koordinator. (2011). (FOR-2018-04-10-556). Hentet fra https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2011-12-16-1256/KAPITTEL_1#§1
- Freire, P. (2003). *De undertryktes pedagogikk*. I A. V. D. Hagen (Red.). (1. utgivelse 1968). Gjøvik: Ait Gjøvik.
- Fürst, R. & Høverstad, L. (Red.). (2014). *Fra passiv deltager til aktiv mottaker: Hverdagsrehabilitering i norske kommuner* (KS FoU-prosjekt nr. 134027, Sluttrapport 15.06.2014). Oslo: Fürst og Høverstad ANS.
- Garsjø, O. (2001). *Sosiologisk tenkemåte: En introduksjon for helse- og sosialarbeidere*. (2. utg., 8. oppl.). Oslo: Gyldendal Akademisk Forlag.

- Goffman, E. (1992). *Vore rollespill i hverdagen*. (ny utg.). Hentet fra https://www.nb.no/items/URN:NBN:no-nb_digibok_2012060824025 (1. utgivelse 1959)
- Hagland, H. & Solvang, P. K. (2012). Tverrprofesjonelle praksisfellesskap. I Solvang, P. K. & Slettebø, Å. (Red.), *Rehabilitering*, (s. 251-266) (1.utg., 2.oppl.) Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Hansen, E. B., Eskelinen, L., Rahnæk, Ø. & Helles, J. N. (Red.). (2015). *Ældres opplevelse af hverdagsrehabilitering*. (KORA Rapport, Det Nationale Institut for Kommuners og Regioners Analyse og Forskning). Hentet fra https://pure.vive.dk/ws/files/2042260/10858_aeldres-oplevelse-hverdagsrehab.pdf
- Hartviksen, T. A. (2017). Hverdagsrehabilitering. I T. A. Hartviksen & B. M. Sjølie (Red.), *Hverdagsrehabilitering: Kvalitetsforbedring i norske kommuner*, (s. 17-44). (1. utg., 1. oppl.). Oslo: Cappelen Damm.
- Hasselberg, K. & Overraae, L. (2014). Hva er viktig for deg? Hverdagsrehabilitering som innovasjon. I Tuntland, H. & Ness, N. E. (Red.), *Hverdagsrehabilitering*, (s. 7-8). (1. utg., 3. oppl.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Haukland, M., Meyer, M. E., Gjerlaug, A. K. & Tveiten, S. (2014). Vennlig dulting? Empowerment i utvalgte helsepolitiske dokumenter. I Tveiten, S. & Boge, K. (Red.), *Empowerment i helse, ledelse og pedagogikk – Nye perspektiver*, (s. 37-61). (1. utg., 1. oppl.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Helse- og omsorgsdepartement. (2009). *Samhandlingsreformen: rett behandling – på rett sted – til rett tid* (St. Meld. 47 (2008-2009)). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm200820090047000dddpdfs.pdf>

Helse- og omsorgsdepartementet. (2013). *Morgendagens omsorg* (Meld. St. 29 (2012-2013)). (2017). Hentet fra

<https://www.regjeringen.no/contentassets/34c8183cc5cd43e2bd341e34e326dbd8/no/pdfs/stm201220130029000dddpdfs.pdf>

Helse- og omsorgsdepartementet. (2018). *Leve hele livet – En kvalitetsreform for eldre* (Meld. St. 15 (2017-2018)). Hentet fra

<https://www.regjeringen.no/contentassets/196f99e63aa14f849c4e4b9b9906a3f8/no/pdfs/stm201720180015000dddpdfs.pdf>

Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell m.v.* (LOV-2018-06-15-38). Hentet fra

<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>

Hjelle, K. M., Skutle, O., Førland, O. & Alvsvåg, H. (2016). The reablement team's voice: a qualitative study of how an integrated multidisciplinary team experience participation in reablement. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 9, 1–11.

<https://doi.org/10.2147/JMDH.S115588>

Israel, J. & Calais, S. (1976). *Medisinsk sosiologi: Lærebok for sykepleie og andre med tilknytning til medisin – en oversikt over grunnbegreper*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Ivarsson, B. H., Ortiz, L. & Wirbing, P (2015). *Motiverende samtaler: En praktisk håndbok for sosialt arbeid*. (1. utg, 1. oppl.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Johnsen, L. M. (2017). *Sykepleierrollen i hverdagsrehabilitering: En kvalitativ studie om hvordan hverdagsrehabilitering kan påvirke sykepleierrollen* (Masteroppgave). Høgskolen i Sørøst-Norge. Larvik.

- Jørmeland, C. & Vik, K. (2019). Med fokus på samarbeid og brukernes ressurser: Ergo- og fysioterapeutenes erfaringer med hverdagsrehabilitering. *Ergoterapeuten*, 1, 36-45.
<https://ipaper.ipapercms.dk/Ergoterapeuten/ergoterapeuten-nr-1-2019/?page=38>
- Kjellberg, P.K., Ibsen, R. & Kjellberg, J. (Red.). (2011). *Fra pleie og omsorg til rehabilitering: Viden og anbefalinger* (Dansk Sundhedsinstitut, Notat/Prosjekt 3333). København: Dansk Sundhedsinstitut.
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju*. (3. utg., 2. oppl.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Køber, T. & Vigran, Å. (Red.). (2011). *Arbeidstid blant helsepersonell: Stort omfang av deltidsarbeid*. (Samfunnsspeilet nr. 2/2011). Hentet fra
<https://www.ssb.no/arbeid-og-lonn/artikler-og-publikasjoner/stort-omfang-av-deltidsarbeid>
- Lauvås, K. & Lauvås, P. (2004). *Tverrfaglig samarbeid – perspektiv og strategi*. (4. oppl.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Legg, L., Gladman, J., Drummond, A. & Davidson, A. (2016). A systematic review of the evidence on home care reablement services. *Clinical Rehabilitation*, 30(8), 741-749.
Hentet fra
<http://journals.sagepub.com.ezproxy.hioa.no/doi/full/10.1177/0269215515603220>
- Lewin, G., Concanen, K. & Youens, D. (2016). The home independence program with non-health professionals as care managers: an evaluation. *Clinical interventions in Aging*, 11, 807-817. <https://doi.org/10.2147/CIA.S106180>
- Liaen, J. M. A. (2015). *Professional carers' experiences of working with reablement*. (Masteroppgave). Høgskolen i Sør-Trøndelag. Trondheim.

Lillemyr, O. F. (2007). *Motivasjon og selvforståelse*. (4. oppl.). Oslo: Universitetsforlaget.

Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning: En innføring*. (3. utg., 2. oppl.). Oslo: Universitetsforlaget.

Martinsen, K. (2003). *Fenomenologi og omsorg: Tre dialoger med etterord av Katie Eriksson*. (1. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.

Ness, N. E., Laberg, T., Haneborg, M., Granbo, R., Færevaa, L. & Butli, H. (Red.). (2012). *Hverdagsmestring og hverdagsrehabilitering* (Hverdagsrehabilitering i Norge). Hentet fra <https://www.google.no/search?q=ness+laberg+haneborg&spell=1&sa=X&ved=0ahUKEwjw473I09zWAhVoMJoKHRaLBxQOBQgjKAA&biw=1600&bih=778>

Nilssen, V. (2012). *Analyse i kvalitative studier: Den skrivende forskeren*. Oslo: Universitetsforlaget.

Norsk senter for forskningsdata. (udatert). Personvernombud: Sentrale begreper. Hentet fra http://www.nsd.uib.no/personvernombud/hjelp/sentrale_begreper.html?id=12

Nylenna, M. (2017). Nudging på norsk: dulting. *Tidsskriftet Den Norske Legeforening*, 137(2), 120. doi: 10.4045/tidsskr.16.1088

Pasient og brukerrettighetsloven. (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter (LOV-2018-06-15-38). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63/>

Rabiee, P. & Glendinning, C. (2011). Organisation and delivery of home care re-ablement: what makes a difference? *Health and Social Care in the Community*, 19(5), 495-503.

Hentet fra

<http://onlinelibrary.wiley.com.ezproxy.hioa.no/doi/10.1111/j.1365-2524.2011.01010.x/epdf>

Randström K. B., Wengler Y., Asplund K. & Svedlund M. (2012). Working with «hands-off» support: a qualitative study of multidisciplinary teams' experience of home rehabilitation for older people. *International Journal of Older People Nursing*. 2014; 9 (1), 25-33.

doi: 10.1111/opn.12013

Røkenes, O. H. (2002a). Å arbeide med mennesker. I Røkenes, O. H. & Hansen, P.-H. (Red.) *Bære eller bryte: Kommunikasjon og relasjon i arbeid med mennesker*. (s. 1-43) (2. utg., 5. oppl.). Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke.

Røkenes, O. H. (2002b). Utvikling av relasjonskompetanse. I Røkenes, O. H. & Hansen, P.-H. (Red.) *Bære eller bryte: Kommunikasjon og relasjon i arbeid med mennesker*. (s. 63 - 89) (2. utg., 5. oppl.). Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke.

Sjølie, B. M. (2017). Forskningsbasert kunnskap om implementering av hjemmebaserte rehabiliterende tjenester. I Hartviksen, T. & Sjølie, B.M. (Red.) *Hverdagsrehabilitering: Kvalitetsforbedring i norske kommuner*. (s. 225 - 247). (1. utg., 1. oppl.). Oslo: Cappelen Damm.

Skirbekk, V. F., Eriksen, H.-M. & Strand, B. H. (Red.). (2015). *Helse hos eldre i Norge*. (Folkehelse rapporten). Hentet fra <https://www.fhi.no/nettpub/hin/helse-i-ulike-befolkningsgrupper/helse-hos-eldre-i-norge---folkehels>

- Skåholt, A, Høst, H., Nyen, T. & Tønder, A. H. (2013). *Å bli helsefagarbeider: En kvalitativ undersøkelse av overgangen mellom skole og læretid, og mellom læretid og arbeidsliv blant ungdom i helsearbeiderfaget*. (Rapport 5/2013). Hentet fra <https://nifu.brage.unit.no/nifu-xmlui/bitstream/handle/11250/280399/NIFUrapport2013-5.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Sturges, J. E. & Hanrahan, K. J. (2004). Comparing telephone and face-to-face qualitative interviewing: a research note. *Qualitative Research*, 4, 107-118. Hentet fra: <https://journals-sagepub-com.ezproxy.hioa.no/doi/pdf/10.1177/1468794104041110>
- Syse, A., Pham, D. Q. & Keilman, N. (Red.). *Befolkningsframskrivinger 2016-2100: Dødelighet og levealder (Økonomiske analyser 3/2016)*. Hentet fra <https://www.ssb.no/befolkning/artikler-og-publikasjoner/attachment/270394?ts=1556d689778>
- Tuntland, H. & Ness, N. E. (2014). Hva er hverdagsrehabilitering. I Tuntland, H. & Ness, N. E. (Red.), *Hverdagsrehabilitering*. (s. 21-40), (1. utg., 1. oppl.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Tuntland, H., Aaslund, M. K., Espehaug, B., Førland, O. & Kjekken, I. (2015). Reablement in community dwelling older adults: a randomised controlled trial. *BMC Geriatrics*, 15, 145. doi: 10.1186/s12877-015-0142-9
- Tveiten, S. (2016). *Helsepedagogikk: Pasient- og pårørende opplæring*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Tveiten, S. & Boge, K. (2014). Hvorfor er ulike perspektiver på empowerment interessante som forskningsfelt, anvendelsesområder og praksiser? I Tveiten, S. & Bogen, K. (Red.), *Empowerment i helse, ledelse og pedagogikk - Nye perspektiver*. (s. 13-26). (1. utg., 1. oppl.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Utdanning. (2019, 26. februar). En helsefagarbeider gir omsorg, og utfører grunnleggende sykepleie til mennesker i alle aldre. Hentet fra

<https://utdanning.no/yrker/beskrivelse/helsefagarbeider>

Verdens Legeforening. (2013, oktober). Helsinkideklarasjon. Hentet fra

<https://www.etikkom.no/forskningsetiske-retningslinjer/Medisin-og-helse/Helsinki-deklarasjonen/>

Vik, K. (2018). Hverdagsrehabilitering og tverrfaglig samarbeid; en empirisk studie i fire norske kommuner. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, (1), 6-15.

Williams, S. J. (1986). Appraising Goffman. *The British Journal of Sociology*, 37 (3), 348-369. <https://www.jstor.org/stable/590645>

World Health Organization (2009). *WHO Guidelines on Hand Hygiene in Health Care: First global patient safety challenge clean care is safer care*. Hentet fra

https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK144013/pdf/Bookshelf_NBK144013.pdf

Intervjuguide individuelle intervju

1 intervju

Problemstilling

Hvordan erfarer helsefagarbeidere det å arbeide med hverdagsrehabilitering?

Forskningsspørsmål

- Hvordan erfarer helsefagarbeidere det å begynne å arbeide som hjemmetrenere?
- Hvordan er det for helsefagarbeidere å arbeide som hjemmetrenere?
- Hva fremmer eller hemmer den hjemmetrenerrollen?

Intervjuguide

Hverdagsrehabilitering

Fortell om dine erfaringer som helsefagarbeider i hverdagsrehabiliteringsteam.

- Ny måte å jobbe på
- Fordeler/ulemper
- Organisering av team
- Tverrfaglighet
- Hvilke konsekvenser har for deg/brukeren det at du er i teamet kun deltid? Hvordan påvirker det deg, din oppfølging og relasjon til brukere?
- Fordeler/ulemper med hverdagsrehabilitering?

Helsefagarbeider versus Hjemmetrener

Handle- og tenkemåte: mestringstenkning/omsorgstenkning; hva savner du av kunnskap, ferdigheter og kompetanse; hvilke nye kunnskaper og ferdigheter måtte du tilegne deg? Fikk du nok oppfølging/opplæring? Hva bør du bli bedre på?

- Kunnskap
- Ferdigheter
- Kompetanse

- Ting du vil bli bedre på, ting som kan bli bedre.

Rollen

Hvordan opplever du å arbeide som hjemmetrener?

- Møte med bruker (hvordan presenterer du deg når du er i hjemmesykepleie og når du er i hverdagsrehabiliteringsteam; brukers forventninger; evt. pårørende-forventninger og støttespillere)
- Motivasjon-hvordan tilnærmer du deg brukeren? Hvordan motiverer du brukere til mer aktivitet? Hvordan ivaretar du brukers verdighet?
- Teammedlem (rolle i teamet, tverrfaglighet, samarbeid med kollegaer v/hjemmebesøk).
- Din utvikling som hjemmetrener fra oppstarten og til nå?
- Forandringer i din rolle i hjemmesykepleie (tenkemåte, handlinger).
- Og hvordan bruker du ny kunnskap, ferdigheter i hjemmesykepleien?
- Forhold til kollegaer fra hjemmesykepleien (evt. tidspress, hvordan forholder kollegaer seg til din nye rolle?)
- Hvordan er det tilrettelagt på arbeidsplassen din for at du vil kunne jobbe som hjemmetrener (ledelsen)?

Vedlegg 2

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

Vil du delta i et forskningsprosjekt om helsefagarbeiderens erfaringer med hverdagsrehabilitering?

Som masterstudent og fysioterapeut er jeg interessert i å belyse de erfaringene helsefagarbeidere i hverdagsrehabiliteringsteam har med hjemmetrenerrollen og å finne ut hva som fremmer og hemmer hjemmetrenerrollen i hverdagsrehabilitering.

Prosjektet er en del av masterstudium i Rehabilitering og habilitering ved institutt for fysioterapi ved fakultet for helsefag ved Høgskolen i Oslo og Akershus.

Er du helsefagarbeider og jobber som hjemmetrener i hverdagsrehabiliteringsteam og er interessert i å delta vil jeg intervju deg om dine erfaringer med hverdagsrehabilitering. Vi avtaler tid og sted for intervju, som vil vare ca. 60 minutter. Intervju arrangeres i perioden januar-mars 2018. Alle opplysninger om deg blir anonymisert og behandlet konfidensielt. Det vil ikke være mulig å identifisere deg i publikasjonen av oppgaven.

Studien skal avsluttes i juli 2019. Personopplysninger, datamaterialet og opptak blir anonymisert.

Frivillig deltakelse

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

Prosjektet er godkjent av Personvernombudet for forskning, NSD-Norsk senter for forskningsdata.

Dersom du ønsker å delta eller har spørsmål til studien, ta kontakt med masterstudent

[Redacted contact information]

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet ” Helsefagarbeiderens erfaringer med hverdagsrehabilitering - fra hjelperollen til utførerrollen ”

Bakgrunn og formål

Du blir forespurt til å delta i dette prosjektet fordi du er helsefagarbeideren og jobber i et hverdagsrehabiliteringsteam.

Dette prosjektet er en del av masterstudium i Rehabilitering og habilitering ved institutt for fysioterapi fakultet for helsefag ved Høgskolen i Oslo og Akershus.

I masterstudien er jeg interessert i å belyse de erfaringene helsefagarbeidere i hverdagsrehabiliteringsteam har med hjemmetrenerrollen og å finne ut hvilke faktorer som fremmer eller hemmer hjemmetrenerrollen i hverdagsrehabilitering.

Hva innebærer deltakelse i studien?

- Deltagelse i prosjektet innebærer at du deltar på individuelt intervju som vil vare ca. 60 minutter og blir tatt opp på en lydopptaker. Spørsmålene vil omhandle helsefagarbeiderens erfaringer med hverdagsrehabilitering.
- Intervju arrangeres i perioden januar-mars 2018.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Opplysningene som registreres om deg skal kun brukes slik som beskrevet i hensikten med studien. Du har rett til innsyn i hvilke opplysninger som er registrert om deg og rett til å få korrigert eventuelle feil i de opplysningene som er registrert.

Alle opplysninger om deg vil bli behandlet konfidensielt. Det er kun undertegnede som vil ha tilgang til innsamlet data og personopplysninger. Opplysninger blir anonymisert ved hjelp av navneliste som vil erstatte ditt navn med nummer. Navneliste og innsamlet datamaterialet blir oppbevart separat og utilgjengelig for uvedkommende.

Prosjektet skal etter planen avsluttes i juli 2019. Personopplysninger, datamaterialet og opptak blir anonymisert ved prosjektslutt. Anonymiserte resultater av studien vil bli presentert i masteroppgaven eller i nasjonale og internasjonale forskningsartikler. Det vil ikke være mulig å identifisere deg i publikasjonen av studien.

Frivillig deltakelse

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

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

Masterstudent: [REDACTED]

eller

Prosjektleder: [REDACTED]

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

Samtykke til deltakelse i studien

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

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Bakgrunnsinformasjon

- **Når ble du ferdig utdannet som helsefagarbeider?**
- **Når begynte du å jobbe i hverdagsrehabiliteringsteam?**
- **Jobber du i hverdagsrehabiliteringsteam fremdeles?**
- **Hvor stor prosent jobber du i hverdagsrehabiliteringsteam?**
- **Jobber du i hjemmesykepleie?**
- **Hvis ja, hvor stor prosent?**
- **Hvem består deres team av?**
- **Hvem som er ansvarlig for planlegging, gjennomføring/oppfølging og evaluering av brukere i teamet?**
- **Er deres team organisert sammen med hjemmesykepleie eller sammen med Helse/Sosial? Eventuelt annen organisering.**

MELDESKJEMA

Meldeskjema (versjon 1.6) for forsknings- og studentprosjekt som medfører meldeplikt eller konsesjonsplikt (jf. personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter).

1. Intro		
Samles det inn direkte personidentifiserende opplysninger?	Ja ● Nei ○	En person vil være direkte identifiserbar via navn, personnummer, eller andre personentydige kjennetegn.
Hvis ja, hvilke?	<input checked="" type="checkbox"/> Navn <input type="checkbox"/> 11-sifret fødselsnummer <input type="checkbox"/> Adresse <input checked="" type="checkbox"/> E-post <input checked="" type="checkbox"/> Telefonnummer <input type="checkbox"/> Annet	Les mer om hva personopplysninger er. NB! Selv om opplysningene skal anonymiseres i oppgave/rapport, må det krysses av dersom det skal innhentes/registreres personidentifiserende opplysninger i forbindelse med prosjektet. Les mer om hva behandling av personopplysninger innebærer.
Annet, spesifiser hvilke		
Skal direkte personidentifiserende opplysninger kobles til datamaterialet (koblingsnøkkel)?	Ja ● Nei ○	Merk at meldeplikten utløses selv om du ikke får tilgang til koblingsnøkkel , slik fremgangsmåten ofte er når man benytter en databehandler .
Samles det inn bakgrunnsopplysninger som kan identifisere enkeltpersoner (indirekte personidentifiserende opplysninger)?	Ja ● Nei ○	En person vil være indirekte identifiserbar dersom det er mulig å identifisere vedkommende gjennom bakgrunnsopplysninger som for eksempel bostedskommune eller arbeidsplass/skole kombinert med opplysninger som alder, kjønn, yrke, diagnose, etc. NB! For at stemme skal regnes som personidentifiserende, må denne bli registrert i kombinasjon med andre opplysninger, slik at personer kan gjenkjennes.
Hvis ja, hvilke	alder, kjønn, utdanning, yrke, arbeidserfaring, arbeidsplass (kommune).	
Skal det registreres personopplysninger (direkte/indirekte/via IP-/epost adresse, etc) ved hjelp av nettbaserte spørreskjema?	Ja ○ Nei ●	Les mer om nettbaserte spørreskjema .
Blir det registrert personopplysninger på digitale bilde- eller videoopptak?	Ja ○ Nei ●	Bilde/videoopptak av ansikter vil regnes som personidentifiserende.
Søkes det vurdering fra REK om hvorvidt prosjektet er omfattet av helseforskningsloven?	Ja ○ Nei ●	NB! Dersom REK (Regional Komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk) har vurdert prosjektet som helseforskning, er det ikke nødvendig å sende inn meldeskjema til personvernombudet (NB! Gjelder ikke prosjekter som skal benytte data fra pseudonyme helseregistre). Les mer. Dersom tilbakemelding fra REK ikke foreligger, anbefaler vi at du avventer videre utfylling til svar fra REK foreligger.
2. Prosjektittel		

Prosjektittel	Helsefagarbeiderens erfaringer med hverdagsrehabilitering - fra hjelperollen til utførerrollen.	Oppgi prosjektets tittel. NB! Dette kan ikke være «Masteroppgave» eller liknende, navnet må beskrive prosjektets innhold.
3. Behandlingsansvarlig institusjon		
Institusjon	Høgskolen i Oslo og Akershus	Velg den institusjonen du er tilknyttet. Alle nivå må oppgis. Ved studentprosjekt er det studentens tilknytning som er avgjørende. Dersom institusjonen ikke finnes på listen, har den ikke avtale med NSD som personvernombud. Vennligst ta kontakt med institusjonen. Les mer om behandlingsansvarlig institusjon .
Avdeling/Fakultet	Fakultet for helsefag	
Institutt	Institutt for fysioterapi	
4. Daglig ansvarlig (forsker, veileder, stipendiat)		

Fornavn	██████	Før opp navnet på den som har det daglige ansvaret for prosjektet. Veileder er vanligvis daglig ansvarlig ved studentprosjekt. Les mer om daglig ansvarlig . Daglig ansvarlig og student må i utgangspunktet være tilknyttet samme institusjon. Dersom studenten har ekstern veileder, kan biveileder eller fagansvarlig ved studiestedet stå som daglig ansvarlig. Arbeidssted må være tilknyttet behandlingsansvarlig institusjon, f.eks. underavdeling, institutt etc. NB! Det er viktig at du oppgir en e-postadresse som brukes aktivt. Vennligst gi oss beskjed dersom den endres.
Etternavn	██████	
Stilling	Førsteamanuensis	
Telefon		
Mobil	██████	
E-post	██████████████	
Alternativ e-post	████████████████████	
Arbeidssted	Høgskolen i Oslo og Akershus	
Adresse (arb.)	██████████████	
Postnr./sted (arb.sted)	██████	
5. Student (master, bachelor)		
Studentprosjekt	Ja ● Nei ○	Dersom det er flere studenter som samarbeider om et prosjekt, skal det velges en kontaktperson som føres opp her. Øvrige studenter kan føres opp under pkt 10.
Fornavn	██████	
Etternavn	██████	
Telefon		
Mobil	██████	
E-post	██████████████	

Alternativ e-post	██████████
Privatadresse	██████████
Postnr./sted (privatadr.)	██████████
Type oppgave	<ul style="list-style-type: none"> ● Masteroppgave ○ Bacheloroppgave ○ Semesteroppgave ○ Annet

6. Formålet med prosjektet

Formål	<p>Formålet er å belyse de erfaringene helsefagarbeidere i hverdagsrehabiliteringsteam har med hjemmetrenerrollen og å finne ut hvilke faktorer fremmer eller hemmer hjemmetrenerrollen i hverdagsrehabilitering.</p> <p>Problemstillingen er "Hvordan erfarer helsefagarbeidere møte med brukere i hverdagsrehabilitering i forbindelse med overgang fra hjelperrollen til utførerrollen?"</p>	Redegjør kort for prosjektets formål, problemstilling, forskningsspørsmål e.l.
--------	---	--

7. Hvilke personer skal det innhentes personopplysninger om (utvalg)?

Kryss av for utvalg	<input type="checkbox"/> Barnehagebarn <input type="checkbox"/> Skoleelever <input type="checkbox"/> Pasienter <input type="checkbox"/> Brukere/klienter/kunder <input type="checkbox"/> Ansatte <input type="checkbox"/> Barnevernsbarn <input type="checkbox"/> Lærere <input checked="" type="checkbox"/> Helsepersonell <input type="checkbox"/> Asylsøkere <input type="checkbox"/> Andre	Les mer om forskjellige forskningstematikker og utvalg .
Beskriv utvalg/deltakere	Kommunalt ansatt helsefagarbeidere med ulik ansiennitet, fra ulike kommuner. De jobber som hjemmetrener i kommunale hverdagsrehabiliteringsteam.	Med utvalg menes dem som deltar i undersøkelsen eller dem det innhentes opplysninger om.

Rekruttering/trekking	<p>Det vil sendes et informasjonsskriv om prosjektet pr. mail til hverdagsrehabiliteringsteam i forskjellige kommuner. Ved manglende mailadresse vil informasjonen bli gitt til teamene per tlf.</p> <p>Helsefagarbeidere som ønsker å delta i prosjektet tar kontakt med masterstudent for avtale av intervju. Kontaktinformasjon til teamene vil skaffes gjennom kommunale nettsider. Studenten vil også rekruttere deltakere gjennom sitt faglige nettverk i kommunale hverdagsrehabiliteringsteam.</p>	Beskriv hvordan utvalget trekkes eller rekrutteres og oppgi hvem som foretar den. Et utvalg kan rekrutteres gjennom f.eks. en bedrift, skole, idrettsmiljø eller eget nettverk, eller trekkes fra registre som f.eks. Folkeregisteret, SSB-registre, pasientregistre.
Førstegangskontakt	Studenten vil foreta førstegangskontakt med utvalget enten via mail eller via telefon. Dette vil avhenge av hvilken kontaktinformasjon til utvalget studenten får tilgang til.	Beskriv hvordan førstegangskontakten opprettes og oppgi hvem som foretar den. Les mer om førstegangskontakt og forskjellige utvalg på våre temasider .
Alder på utvalget	<input type="checkbox"/> Barn (0-15 år) <input type="checkbox"/> Ungdom (16-17 år) <input checked="" type="checkbox"/> Voksne (over 18 år)	Les om forskning som involverer barn på våre nettsider.
Omtrentlig antall personer som inngår i utvalget	8	

Samles det inn sensitive personopplysninger?	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	Les mer om sensitive opplysninger .
Hvis ja, hvilke?	<input type="checkbox"/> Rasemessig eller etnisk bakgrunn, eller politisk, filosofisk eller religiøs oppfatning <input type="checkbox"/> At en person har vært mistenkt, siktet, tiltalt eller dømt for en straffbar handling <input type="checkbox"/> Helseforhold <input type="checkbox"/> Seksuelle forhold <input type="checkbox"/> Medlemskap i fagforeninger	
Inkluderes det myndige personer med redusert eller manglende samtykkekompetanse?	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	Les mer om pasienter, brukere og personer med redusert eller manglende samtykkekompetanse .
Samles det inn personopplysninger om personer som selv ikke deltar (tredjepersoner)?	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	Med opplysninger om tredjeperson menes opplysninger som kan identifisere personer (direkte eller indirekte) som ikke inngår i utvalget. Eksempler på tredjeperson er kollega, elev, klient, familiemedlem, som identifiseres i datamaterialet. Les mer .
8. Metode for innsamling av personopplysninger		
Kryss av for hvilke datainnsamlingsmetoder og datakilder som vil benyttes	<input type="checkbox"/> Papirbasert spørreskjema <input type="checkbox"/> Elektronisk spørreskjema <input checked="" type="checkbox"/> Personlig intervju <input type="checkbox"/> Gruppeintervju <input type="checkbox"/> Observasjon <input type="checkbox"/> Deltakende observasjon <input type="checkbox"/> Blogg/sosiale medier/internett <input type="checkbox"/> Psykologiske/pedagogiske tester <input type="checkbox"/> Medisinske undersøkelser/tester <input type="checkbox"/> Journaldata (medisinske journaler)	<p>Personopplysninger kan innhentes direkte fra den registrerte f.eks. gjennom spørreskjema, intervju, tester, og/eller ulike journaler (f.eks. elevmapper, NAV, PPT, sykehus) og/eller registre (f.eks. Statistisk sentralbyrå, sentrale helseregistre).</p> <p>NB! Dersom personopplysninger innhentes fra forskjellige personer (utvalg) og med forskjellige metoder, må dette spesifiseres i kommentarboksen. Husk også å legge ved relevante vedlegg til alle utvalgs-gruppene og metodene som skal benyttes.</p> <p>Les mer om registerstudier. Dersom du skal anvende registerdata, må variabelliste lastes opp under pkt. 15 Les mer om forskningsmetoder.</p>
	<input type="checkbox"/> Registerdata	
	<input type="checkbox"/> Annen innsamlingsmetode	
Tilleggsopplysninger		
9. Informasjon og samtykke		
Oppgi hvordan utvalget/deltakerne informeres	<input checked="" type="checkbox"/> Skriftlig <input checked="" type="checkbox"/> Muntlig <input type="checkbox"/> Informeres ikke	<p>Dersom utvalget ikke skal informeres om behandlingen av personopplysninger må det begrunnes.</p> <p>Les mer. Vennligst send inn mal for skriftlig eller muntlig informasjon til deltakerne sammen med meldeskjema.</p> <p>Last ned en veiledende mal her.</p> <p>Les om krav til informasjon og samtykke.</p> <p>NB! Vedlegg lastes opp til sist i meldeskjemaet, se punkt 15 Vedlegg.</p>

Samtykker utvalget til deltakelse?	<ul style="list-style-type: none"> ● Ja ○ Nei ○ Flere utvalg, ikke samtykke fra alle 	<p>For at et samtykke til deltakelse i forskning skal være gyldig, må det være frivillig, uttrykkelig og informert.</p> <p>Samtykke kan gis skriftlig, muntlig eller gjennom en aktiv handling. For eksempel vil et besvart spørreskjema være å regne som et aktivt samtykke.</p> <p>Dersom det ikke skal innhentes samtykke, må det begrunnes. Les mer.</p>
10. Informasjonssikkerhet		
Hvordan oppbevares navnelisten/koblingsnøkkelen og hvem har tilgang til den?	Navneliste oppbevares på papir, i låst skuff på låst kontor. Den blir oppbevart separat fra lydfilene og datamaterialet. Kun prosjektleder og studenten vil ha tilgang til opplysningene.	
Oppbevares direkte personidentifiserbare opplysninger på andre måter?	Ja ○ Nei ●	
Spesifiser		NB! Som hovedregel bør ikke direkte personidentifiserende opplysninger registreres sammen med det øvrige datamaterialet. Vi anbefaler koblingsnøkkel .
Hvordan registreres og oppbevares personopplysningene?	<input type="checkbox"/> På server i virksomhetens nettverk <input type="checkbox"/> Fysisk isolert PC tilhørende virksomheten (dvs. ingen tilknytning til andre datamaskiner eller nettverk, interne eller eksterne) <input type="checkbox"/> Datamaskin i nettverkssystem tilknyttet Internett tilhørende virksomheten ■ Privat datamaskin <input type="checkbox"/> Videoopptak/fotografi <input checked="" type="checkbox"/> Lydopptak <input checked="" type="checkbox"/> Notater/papir <input checked="" type="checkbox"/> Mobile lagringsenheter (bærbar datamaskin, minnepenn, minnekort, cd, ekstern harddisk, mobiltelefon) <input type="checkbox"/> Annen registreringsmetode	<p>Merk av for hvilke hjelpemidler som benyttes for registrering og analyse av opplysninger.</p> <p>Sett flere kryss dersom opplysningene registreres på flere måter.</p> <p>Med «virksomhet» menes her behandlingsansvarlig institusjon.</p> <p>NB! Som hovedregel bør data som inneholder personopplysninger lagres på behandlingsansvarlig sin forskningsserver.</p>
Annen registreringsmetode beskriv		Lagring på andre medier - som privat pc, mobiltelefon, minnepinne, server på annet arbeidssted - er mindre sikkert, og må derfor begrunnes. Slik lagring må avklares med behandlingsansvarlig institusjon, og personopplysningene bør krypteres.
Hvordan er datamaterialet beskyttet mot at uvedkommende får innsyn?	Datamaterialet vil bli lagret på datamaskin med brukernavn og passordbeskyttelse. Lydfilene vil bli lagret på en kryptert minnepinne som blir oppbevart nedlåst på et kontor med kun tilgang av studenten/prosjektlederen. Datamaskin, utskrifter og opptak blir oppbevart i et låsbart rom.	Er f.eks. datamaskintilgangen beskyttet med brukernavn og passord, står datamaskinen i et låsbart rom, og hvordan sikres bærbare enheter, utskrifter og opptak?
Samles opplysningene inn/behandles av en databehandler (ekstern aktør)?	Ja ○ Nei ●	Dersom det benyttes eksterne til helt eller delvis å behandle personopplysninger, f.eks. Questback, transkriberingsassistent eller tolk, er dette å betrakte som en databehandler . Slike oppdrag må kontraktsreguleres.
Hvis ja, hvilken		
Overføres personopplysninger ved hjelp av e-post/Internett?	Ja ○ Nei ●	F.eks. ved overføring av data til samarbeidspartner, databehandler mm.

Hvis ja, beskriv?		Dersom personopplysninger skal sendes via internett, bør de krypteres tilstrekkelig. Vi anbefaler ikke lagring av personopplysninger på nettskytjenester. Bruk av nettskytjenester må avklares med behandlingsansvarlig institusjon. Dersom nettskytjeneste benyttes, skal det inngås skriftlig databehandleravtale med leverandøren av tjenesten. Les mer .
Skal andre personer enn daglig ansvarlig/student ha tilgang til datamaterialet med personopplysninger?	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	
Hvis ja, hvem (oppgi navn og arbeidssted)?		
Utleveres/deles personopplysninger med andre institusjoner eller land?	<input checked="" type="radio"/> Nei <input type="radio"/> Andre institusjoner <input type="radio"/> Institusjoner i andre land	F.eks. ved nasjonale samarbeidsprosjekter der personopplysninger utveksles eller ved internasjonale samarbeidsprosjekter der personopplysninger utveksles.
11. Vurdering/godkjenning fra andre instanser		

Søkes det om dispensasjon fra taushetsplikten for å få tilgang til data?	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	For å få tilgang til taushetsbelagte opplysninger fra f.eks. NAV, PPT, sykehus, må det søkes om dispensasjon fra taushetsplikten . Dispensasjon søkes vanligvis fra aktuelt departement.
Hvis ja, hvilke		
Søkes det godkjenning fra andre instanser?	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	I noen forskningsprosjekter kan det være nødvendig å søke flere tillatelser. Søkes det f.eks. om tilgang til data fra en registreier? Søkes det om tillatelse til forskning i en virksomhet eller en skole? Les mer om andre godkjenninger .
Hvis ja, hvilken		
12. Periode for behandling av personopplysninger		
Prosjektstart Planlagt dato for prosjektslutt	08.01.2018 31.07.2019	Prosjektstart Vennligst oppgi tidspunktet for når kontakt med utvalget skal gjøres/datainnsamlingen starter. Prosjektslutt: Vennligst oppgi tidspunktet for når datamaterialet enten skal anonymiseres/slettes, eller arkiveres i påvente av oppfølgingsstudier eller annet.
Skal personopplysninger publiseres (direkte eller indirekte)?	<input type="checkbox"/> Ja, direkte (navn e.l.) <input type="checkbox"/> Ja, indirekte (identifiserende bakgrunnsopplysninger) <input checked="" type="checkbox"/> Nei, publiseres anonymt	Les mer om direkte og indirekte personidentifiserende opplysninger. NB! Dersom personopplysninger skal publiseres, må det vanligvis innhentes eksplisitt samtykke til dette fra den enkelte, og deltakere bør gis anledning til å lese gjennom og godkjenne sitater.
Hva skal skje med datamaterialet ved prosjektslutt?	<input checked="" type="checkbox"/> Datamaterialet anonymiseres <input type="checkbox"/> Datamaterialet oppbevares med personidentifikasjon	NB! Her menes datamaterialet, ikke publikasjon. Selv om data publiseres med personidentifikasjon skal som regel øvrig data anonymiseres. Med anonymisering menes at datamaterialet bearbeides slik at det ikke lenger er mulig å føre opplysningene tilbake til enkeltpersoner. Les mer om anonymisering av data .

13. Finansiering		
Hvordan finansieres prosjektet?	Prosjektet er en del av et masterstudie og har ingen ekstern finansiering.	Fylles ut ved eventuell ekstern finansiering (oppdragsforskning, annet).
14. Tilleggsopplysninger		
Tilleggsopplysninger		Dersom prosjektet er del av et prosjekt (eller skal ha data fra et prosjekt) som allerede har tilrådning fra personvernombudet og/eller konsesjon fra Datatilsynet, beskriv dette her og oppgi navn på prosjektleder, prosjektittel og/eller prosjektnummer.
15. Vedlegg		
Vedlegg	Antall vedlegg: 3. <ul style="list-style-type: none"> ● infoskriv_nsd.docx ● intervjuguide_individuelle_intervju_nsd.docx ● informert_samtykke_nsd.doc 	

Vedlegg 6



Vår dato: 07.12.2017
Deres ref:

Vår ref: 57404 / 3 / H IT

Deres dato:

Forenklet vurdering fra NSD Personvernombudet for forskning

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 24.11.2017.
Meldingen gjelder prosjektet:

57404	Helsefagarbeiderens erfaringer med hverdagsrehabilitering - fra hjelperrollen til utførerrollen.
Behandlingsansvarlig	Høgskolen i Oslo og Akershus, ved institusjonens øverste leder
Daglig ansvarlig	[Redacted]
Student	[Redacted]

Vurdering

Etter gjennomgang av opplysningene i meldeskjemaet med vedlegg, vurderer vi at prosjektet er omfattet av personopplysningsloven § 31. Personopplysningene som blir samlet inn er ikke sensitive, prosjektet er samtykkebasert og har lav personvernulempe. Prosjektet har derfor fått en forenklet vurdering. Du kan gå i gang med prosjektet. Du har selvstendig ansvar for å følge vilkårene under og sette deg inn i veiledningen i dette brevet.

Vilkår for vår vurdering

Vår anbefaling forutsetter at du gjennomfører prosjektet i tråd med:

- opplysningene gitt i meldeskjemaet
- krav til informert samtykke
- at du ikke innhenter [sensitive opplysninger](#)
- veiledning i dette brevet
- Høgskolen i Oslo og Akershus sine retningslinjer for datasikkerhet

Veiledning

Krav til informert samtykke

Utvalget skal få skriftlig og/eller muntlig informasjon om prosjektet og samtykke til deltakelse.

Informasjon må minst omfatte:

- at Høgskolen i Oslo og Akershus er behandlingsansvarlig institusjon for prosjektet
- daglig ansvarlig (eventuelt student og veileders) sine kontaktopplysninger
- prosjektets formål og hva opplysningene skal brukes til
- hvilke opplysninger som skal innhentes og hvordan opplysningene innhentes
- når prosjektet skal avsluttes og når personopplysningene skal anonymiseres/slettes

På nettsidene våre finner du mer informasjon og en veiledende mal for [informasjonsskriv](#).

Forskningsetiske retningslinjer

Sett deg inn i [forskningsetiske retningslinjer](#).

Meld fra hvis du gjør vesentlige endringer i prosjektet

Dersom prosjektet endrer seg, kan det være nødvendig å sende inn endringsmelding. På våre nettsider finner du svar på hvilke [endringer](#) du må melde, samt endrings skjema.

Opplysninger om prosjektet blir lagt ut på våre nettsider og i Meldingsarkivet

Vi har lagt ut opplysninger om prosjektet på nettsidene våre. Alle våre institusjoner har også tilgang til egne prosjekter i [Meldingsarkivet](#).

Vi tar kontakt om status for behandling av personopplysninger ved prosjektslutt
Ved prosjektslutt 31.07.2019 vil vi ta kontakt for å avklare status for behandlingen av personopplysninger.

Gjelder dette ditt prosjekt?

Dersom du skal bruke databehandler

Dersom du skal bruke databehandler (ekstern transkriberingsassistent/spørreskjemaleverandør) må du inngå en databehandleravtale med vedkommende. For råd om hva databehandleravtalen bør inneholde, se [Datatilsynets veileder](#).

Hvis utvalget har taushetsplikt

Vi minner om at noen grupper (f.eks. opplærings- og helsepersonell/forvaltningsansatte) har [taushetsplikt](#). De kan derfor ikke gi deg identifiserende opplysninger om andre, med mindre de får samtykke fra den det gjelder.

Dersom du forsker på egen arbeidsplass

Vi minner om at når du [forsker på egen arbeidsplass](#) må du være bevisst din dobbeltrolle som både forsker og ansatt. Ved rekruttering er det spesielt viktig at forespørsel rettes på en slik måte at frivilligheten ved deltakelse ivaretas.

Se våre nettsider eller ta kontakt med oss dersom du har spørsmål. Vi ønsker lykke til med prosjektet!

Vennlig hilsen

Marianne Høgetveit Myhren

Hildur Thorarensen

Kontaktperson: Hildur Thorarensen tlf: 55 58 26 54 / hildur.thorarensen@nsd.no