



Master i rehabilitering og habilitering

“De varme hendene på ryggen”

Sykepleierens erfaringer med rehabiliteringsarbeidet i kommunal sektor

Forfatter: Linn Therese Middelthun Fjell

Veileder: Karen Synne Groven

Rælingen, 15.05.2019

Sammendrag

Tittel: De varme hendene på ryggen. Sykepleierens erfaringer med rehabiliteringsarbeid i kommunal sektor.

Hensikt: Dagens samfunnsutvikling tilsier eldre må bo hjemme lengre. Det fordrer at sykepleieren jobber for at pasientene på rehabiliteringsavdelingen raskest mulig skal oppnå stor nok grad av egenomsorg til at de kan klare seg hjemme. Studien har til hensikt å finne ut hvordan sykepleieren opplever denne arbeidsmetoden, og å belyse eventuelle utfordringer ved å jobbe slik.

Teori: Dorothea Orems *teori om egenomsorg* er relevant for å belyse sykepleierens arbeidsmetode i rehabiliteringen. Den omhandler hvordan sykepleieren skal bidra når pasientenes egenomsorg er redusert.

Metode: Masteroppgaven er basert på en kvalitativ studie av sykepleiere som jobber med rehabilitering på kommunale sykehjem. Semi-strukturert forskningsintervju med et utvalg bestående av syv sykepleiere, ble brukt som datainnsamlingsmetode. Videre ble de transkriberte dataene analysert ved hjelp av tematisk analyse.

Resultater: Sykepleierne har kunnskap om, og ønsker å jobbe for at pasientene oppnår større grad av egenomsorg. De erfarer utfordringer som mangel på tid, motstand fra pasientene, og forskjeller i pasientenes og avdelingens mål.

Konklusjon: Det kan med fordel lages en bedre struktur for arbeidet. Som følge av denne studien, kan det anbefales tre punkter for rehabiliteringsarbeid i kommunen:

- prioritere tid i en bli kjent-fase for å bygge relasjoner mellom sykepleier og pasient
- sette motiverende mål sammen med pasienten
- "jobbe med hendene på ryggen"

Alle tre punktene kan fremstå som tidkrevende. Å jobbe slik krever at sykepleierne bruker mye tid med pasientene i begynnelsen, men det vil kunne føre til at de raskere oppnår større grad av egenomsorg. Det vil igjen føre til at pasientene kan dra raskere hjem, og det blir bedre rulling på sykehjemsplassene.

Abstract

Title: Leaving the caring hands. The nurse's experience working in rehabilitation in the municipality.

Purpose: Today's social development suggests older people must stay home longer. It requires the nurse to work for the patients in the rehabilitation in order to achieve a high enough degree of self-care so that they can get home. The study aims to find out how the nurse experiences this working method, and to highlight any challenges in working this way.

Theory: Dorothea Orem's theory of self-care is relevant to elucidate the nurse's working method in rehabilitation. It describes how the nurse should contribute when patients' self-care is reduced.

Method: This Master's thesis is based on a qualitative study including nurses who work with rehabilitation in municipal nursing homes. Semi-structured research interview with a sample of seven nurses was used as a data collection method. The transcribed data was analyzed using thematic analysis.

Results: The nurses have knowledge of, and want to work to ensure that patients achieve a larger degree of self-care. They experience challenges such as lack of time, opposition from patients, and differences in patient and departmental goals.

Conclusion: Better results in rehabilitation is achievable with better work structure. According to this study, three points are highlighted as recommendations for rehabilitation work in the municipality:

- prioritize time in a familiar phase to build relationships between nurse and patient
- Set motivational goals together with the patient
- "doing with, instead of doing for"

All three points may appear to be time consuming. Working like this requires the nurses to spend a lot of time with the patients at the beginning, but it can lead to faster self-care. This will, in turn, cause patients to return home faster, and provide better continuity in nursing homes.

Forord

Da jeg for fire år siden søkte på Master i rehabilitering og habilitering, visste jeg nok ikke hva jeg gikk til. Jeg hadde en forventning om å lære mer om rehabilitering, men oppdaget snart at studiet bestod av mye mer.

Det har vært krevende, men veldig, veldig lærerike år. Jeg har fått kunnskap og nye bekjenskaper, som har fått meg til å reflektere over egen praksis, og om hvordan vi jobber med rehabilitering i Norge.

En stor takk til de syv sykepleierne som delte refleksjoner og fakta fra sin arbeidshverdag! Det var inspirerende å høre hvor engasjerte dere var. Jeg vil også takke arbeidsplassen min for å legge til rette for at jeg fikk fullført oppgaven. En spesiell takk til mine to nærmeste kollegaer, Ragnhild og Tessa, for at dere har tatt arbeidsoppgavene mine den siste tiden, uten annet enn smil rundt munnen. Dere aner ikke hvor mye det har gjort for samvittigheten!

Det er to personer til som har en stor del av æren for at jeg nå sitter med en ferdig masteroppgave. Mine foreldre har bidratt med alt fra å passe nyfødt baby utenfor klasserommet, barnepass i helgene, og støtte og gode innspill mot slutten av oppgaveskrivingen. Tusen takk!

En stor takk også til min mann og mine tre barn for (mer eller mindre) tålmodighet når mamma måtte gjøre lekser. Jeg gleder meg til å være masse sammen med dere fremover!

Jeg vil også takke Norsk sykepleierforbund, for pengestøtte til prosjektet. Takk også til min tidligere kollega, Maria Bjerk, for inspirasjon til å søke på studiet, samt gode råd! Til slutt en stor takk til min veileder Karen Synne Groven, for gode innspill og tålmodig støtte gjennom prosessen. Takk for at du tålte mas fra en skippertaksstudent mot slutten av prosessen!

Rælingen 15.05.19

Linn Therese M. Fjell

INNHOLDSFORTEGNELSE

1.0 Innledning	7
2.0 Bakgrunn	10
• 2.1 Tidligere forskning	10
• 2.2 Utdanningsfokus og politiske føringer	12
• 2.3 Forforståelse	13
• 2.4 Hensikt med prosjektet.....	14
3.0 Teori og teoretisk rammeverk	15
• 3.1 Rehabilitering.....	15
3.1.1 Sykepleierens rolle i rehabiliteringen	16
3.1.2 Sykepleierens arbeidsmetode i rehabilitering	17
3.1.3 Målsetting	18
• 3.2 Vurdering av teorivalg.....	18
3.2.1 Dorothea Orems egenomsorgsteori	19
4.0 Forskningsmetode.....	24
• 4.1 Kvalitativ metode	24
• 4.2 Utvalg og rekruttering.....	25
• 4.3 Intervjuprosess.....	26
4.3.1 Intervjuguide.....	27
4.3.2 Semi-strukturert intervju	27
4.3.3 Transkripsjon.....	29
• 4.4 Tematisk analyse.....	30
• 4.5 Reliabilitet og validitet	33
• 4.6 Etikk.....	34
5.0 Presentasjon av resultater	35
• 5.1 “Pasientene skal jo hjem, de må greie det sjøl” (avdelingens/pasientens mål).....	36
• 5.2 Når tiden ikke strekker til.....	38
• 5.3 Omsorg på nye måter	39
• 5.4 Når den tradisjonelle sykepleierrollen kommer i veien.....	41
• 5.5 Å finne sin rolle i et tverrfaglig samarbeid.....	43
5.5.1 Sykepleieren i trenerrollen	44
5.5.2 Å lære av hverandre/ tverrfaglig forståelse.....	46
• 5.6 Oppsummering av funn	47
6.0 Diskusjon	49
• 6.1 Når endringer i samfunnet skaper forvirring om omsorgsbegrepet	49

• 6.2 Hva er viktig for deg- eller oss?.....	53
• 6.3 Oppsummering drøfting	57
7.0 Avslutning	58
Litteraturliste	60
VEDLEGG	60

1.0 INNLEDNING

Tradisjonelt sett har sykepleiere blitt omtalt som omsorgsfulle, hjelpsomme og engler med varme, gode hender. Kvinnene som utdannet seg til sykepleiere på 1800-tallet hadde ofte fått et kall, og viet seg fullt og helt til yrket (Melby 2000). De siste årene har sykepleiere hisset seg opp og skrevet kronikker om å fjerne fokuset på omsorg og engler. De vil fremstå som ansvarsfulle, fagutviklende og fulle av kompetanse, og synes det er gammeldags at Norsk sykepleierforbund fortsatt fronter kampanjer hvor sykepleieren kan virke som en «snill hvem-som-helst» (Nesje 2014, Hagring 2014).

Politikerne trekker fortsatt omsorgskortet når de skal fronte omsorgspolitikken og senest i forrige valgkamp argumenterte de for at antall varme hender måtte økes. «KRF lover flere varme hender» (<http://www.dagsavisen.no/innenriks/krf-lover-flere-varme-hender-1.476593>) og «Vi må gi de varme hendene et lønnsløft! Stem på et varmt parti for alle, stem Senterpartiet» (<https://www.senterpartiet.no/lokallag-og-fylkeslag/vestfold/aktuelt/sats-pa-de-varme-hender>) er eksempler på hvordan sykepleiere blir omtalt når politikerne skal samle stemmer. Det kan gjenspeile hvordan den øvrige befolkningen ser på sykepleiere, men også at det er nettopp dette som fortsatt karakteriserer de fleste av oss.

Jeg er opptatt av at omsorg fortsatt skal være en stor del av vårt yrke og legger ikke skjul på at store deler av min motivasjon for å velge sykepleieryrket ligger nettopp her. Jeg tror at ønsket om å bidra til andres velbefinnende bør være grunnlaget i sykepleien, men at en god sykepleier like fullt må være kunnskapsrik og kreativ. På en rehabiliteringsavdeling forventes det at sykepleieren inviterer til brukermedvirkning, og jobber målrettet sammen med pasienten og andre støttespillere (Burke og Doody 2012). Selv om jeg er opptatt av omsorg hos sykepleiere, stiller jeg spørsmål ved om omsorgen ligger i de hjelpende hendene. Hvis målet er å kunne kle på seg selv, er det ikke våre hender som skal være i fokus, men pasientens.

Eldreølgen er forventet å inntreffe mellom år 2020-30, hvor andelen eldre over 80 år vil øke med 50 prosent i løpet av disse ti årene (Vetvik 2017). Det vil da være nødvendig at betydelig flere utdanner seg innen helse, fortrinnsvis sykepleiere, men også helsefagarbeidere, ergoterapeuter og fysioterapeuter. Begrepet hverdagsrehabilitering trekkes stadig frem som redningen, og skal redusere eller utsette behovet for hjelp (Helsedirektoratet 2014).

Hverdagsrehabilitering er ikke fokus i denne masteroppgaven. Det kan likevel være relevant å nevne det her, sett i lys av dagens fokus på hverdagsrehabilitering og fordi den tverrfaglige måten å jobbe på også karakteriserer tradisjonell rehabilitering. Hverdagsrehabilitering foregår imidlertid kun hjemme hos brukeren eller i hans/hennes omgivelser. Det går ut på at man får veiledning i å trene

på hverdagslige aktiviteter, for å beholde eller forbedre sin fysiske tilstand (Tuntland og Ness 2014). I motsetning til tradisjonell rehabilitering er det sjelden brukeren har gjennomgått en akutt sykdom eller skade, men heller at han har hatt et funksjonsfall over tid. Et fellestrekk innenfor hverdagsrehabilitering og rehabilitering er at brukeren er delaktig i målsettingen, slik at han blir motivert til å trene.

I hverdagsrehabilitering omtales mottakeren av tjenesten som *bruker*, ikke *pasient*, ettersom han/hun ikke mottar helsetjenester i den forstand det er definert som i pasientrettighetsloven (Tuntland og Ness 2014, <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>) Når jeg omtaler personer som mottar helsetjenester på rehabiliteringsavdelingene senere i oppgaven, bruker jeg begrepet *pasient*.

Disse profesjonalitetene har ulike «briller» på og ser brukerens utfordringer og potensiale fra forskjellige sider. Dermed har man et godt utgangspunkt for å bidra til at brukeren når sine mål (Tuntland & Ness 2014). Ness er ergoterapeut og hevder at ergoterapeuten har aktivitet og deltakelse i hverdagslivet som sitt hovedfokus (Tuntland og Ness 2014). Fysioterapeuten har også fokus på egenmestring og innehar kompetanse for å kunne se kroppslige sammenhenger, vurdere og sette i gang tiltak i samarbeid med brukeren (<https://fysio.no/Hva-er-fysioterapi/Hva-er-fysioterapi-utdypet>). Og hva kan så sykepleieren bidra med i en rehabiliteringsprosess? Jo, det er flere grunnleggende behov som er sentrale å ivareta for å lykkes i prosessen. . I tillegg er det psykisk belastende å for eksempel ha gjennomgått et hjerneslag. Da kan sykepleieren bidra med kunnskap og erfaring innen kommunikasjon, empati og motiverende samtaler (Berthelsen 2016). I tillegg er sykepleieren til stede rundt pasienten hele døgnet, og i alle hans daglige gjøremål. Det gir god mulighet til trening på alt fra å ta på sokkene selv til trappetrening på kveldstid, når fysioterapeuten har gått hjem.

For å «se» hele brukeren trekkes tverrfaglige team som jobber rundt brukeren frem som viktig (Tuntland & Ness 2014). Disse profesjonalitetene har ulike «briller» på og ser brukerens utfordringer og potensiale fra forskjellige sider. Dermed har man et godt utgangspunkt for å bidra til at brukeren når sine mål (Tuntland & Ness 2014). I følge Tuntland & Ness (2014) har ergoterapeuten aktivitet og deltakelse i hverdagslivet som sitt hovedfokus. Fysioterapeuten har også fokus på egenmestring og innehar kompetanse for å kunne se kroppslige sammenhenger, vurdere og sette i gang tiltak i samarbeid med brukeren (<https://fysio.no/Hva-er-fysioterapi/Hva-er-fysioterapi-utdypet>). Og hva kan så sykepleieren bidra med i en rehabiliteringsprosess? Jo, det er flere grunnleggende behov hos pasienten som er sentrale å ivareta for å lykkes i prosessen. Søvnkvalitet, ernæring og medikamentbruk er eksempler på fagområder som sykepleieren har mye kunnskap om. I tillegg er

det psykisk belastende å for eksempel ha gjennomgått et hjerneslag, da kan sykepleieren bidra med kunnskap og erfaring innen kommunikasjon, empati og motiverende samtaler (Berthelsen 2016). I tillegg er sykepleieren til stede rundt pasienten hele døgnet, og i alle hans daglige gjøremål (Berthelsen 2016). Det gir god mulighet til trening på alt fra å ta på sokkene selv til trappetrening på kveldstid, når fysioterapeuten har gått hjem.

I min undring i forkant av denne masteroppgaven har jeg hatt samtaler med sykepleiere og sykepleierstudenter, og mange har ytret frempå at utdanningen fortsatt er preget av at vi skal være ivrige etter å hjelpe. Likevel, en av sykepleieteoretikerne som trekkes frem i undervisningen, og som viser en annen innfallsvinkel, er Dorothea Orem (1914-2007). Hun fokuserer på begrepet «egenomsorg», som er sentralt i rehabiliteringsfaget. Orem har et individualistisk menneskesyn, noe som innebærer en forståelse av at pasientene, ved å ta ansvar for eget liv og helse, oppnår bedre livskvalitet (Orem 2001 s.43). Når det gjelder sykepleierens oppgaver, deler Orem inn disse etter hvor god egenomsorg pasienten har. Her fremmer hun sykepleiers rolle som støttende og veiledende, altså at en viktig del av faget er å «gjøre sammen med» brukeren slik at han kan oppnå sine egne egenomsorgskrav (Orem 2001, Kirkevold 1998).

I denne masteroppgaven fokuseres det på sykepleierens rolle i rehabiliteringsprosessen. Dersom det viser seg at sykepleierne er mer på tilbudssiden, med aktiv hjelp, enn det som er hensiktsmessig i en slik prosess, vil det være interessant å finne ut at hvorfor det er slik. Er det holdninger fra 200 år tilbake som ligger til grunn? Og har sykepleierutdanningen utviklet seg i takt med samfunnet? Samfunnsutviklingen tilsier at det er hensiktsmessig at flere klarer seg uten helsetjenester. Hvis det viser seg at sykepleiere som jobber med rehabilitering oftere «gjør for» enn de «gjør med», da er det et håp at denne studien vil bidra til at sykepleierens rolle i rehabiliteringen gis større plass i utdanningen.

For å konkretisere valg av tittel: *“De varme hendene på ryggen”*, vil jeg til det jeg har nevnt ovenfor tilføye at sykepleierne selvsagt skal ha *varme hender*. Men i rehabiliteringsøyemed legger vi dem på ryggen, for å ikke hjelpe pasientene på en slik måte at det forsinker rehabiliteringsprosessen.

Basert på dette vil min studie fokusere på følgende forskningsspørsmål:

Hvordan erfarer sykepleieren rehabiliteringsarbeidet i kommunal institusjon?

2.0 BAKGRUNN

Det finnes lite forskning på sykepleierens erfaring med å arbeide med brukere i en rehabiliteringsfase. Med bakgrunn i min forforståelse og andre sykepleieres utsagn, har jeg forsøkt å finne forskning som har sett på grunner til at det kan være vanskelig for sykepleiere å involvere trening i dagligdagse aktiviteter (heretter kalt ADL). Jeg vil følgende presentere den forskningen jeg kom frem til at kunne være med på å underbygge min studie.

For å se på hvordan sykepleierne erfarer å arbeide med rehabiliteringspasienter, er det nødvendig å ha oversikt over innholdet i utdanningen og hvilke politiske føringer som påvirker arbeidet. Det presenteres i 2.2.

Egen forforståelse er viktig å være oppmerksom på, for ikke å direkte eller indirekte påvirke studien. Jeg har gjort rede for min forforståelse og vært oppmerksom på å ikke la den påvirke prosessen eller resultatene av studien.

Jeg oppsummerer kapittelet med å utdype hensikten med studien.

2.1 TIDLIGERE FORSKNING

I en kvalitativ studie fra England, hvor de intervjuet sykepleiere om hvordan utdanningen forberedte dem på å jobbe med rehabilitering, fant de at sykepleierne ønsket å jobbe med trening på dagligdagse aktiviteter (ADL), men at det ble gjort i varierende grad. Det ikke frem grunnen til dette. Et annen funn var at sykepleierne erfarte at også sykepleiestudenter hadde problemer med å stå å vente mens brukeren forsøkte å utøve dagligdagse aktiviteter (ADL) selv (Long, Kneafsey, Ryan & Berry, 2002). Dette er svært relevante funn for min studie. Min erfaring er at mens sykepleierne har ansvar for tre-fem brukere, har sykepleiestudenter gjerne bare en enkelt bruker i fokus gjennom hele dagen. Da sier det kanskje noe om at det ikke bare er dårlig tid som er årsaken til at sykepleiere gjerne vil hjelpe mer enn vi bør. I tillegg fant forskerne at vurdering, koordinering, omsorg, behandling, emosjonell støtte og pårørendeinvolvering er sykepleieres oppgaver i et tverrfaglig samarbeid om rehabilitering (Long et al., 2002)

I en kvalitativ studie fra Irland undersøkte forskerne hvilken oppfatning sykepleierne hadde på sin rolle i rehabiliteringen (Bruke & Doody, 2012). I denne studien kom det frem at sykepleierne var

opptatt av brukerens ressurser med fokus på livskvalitet. De hadde fokus på helhetlig sykepleie; ikke bare den fysiske delen av rehabiliteringen, men at det emosjonelle og psykiske var like viktig. For å kunne bidra til en god rehabiliteringsprosess mente de at det var viktig å skape en god relasjon til brukerne, forsøke å forstå dem og å bidra til at brukerne satte mål som var meningsfulle for dem.

I en noe eldre studie fra Finland blir det trukket frem at sykepleierne innehar en koordinerende rolle i rehabiliteringen, i et tverrfaglig samarbeid. Det vil si at de har et mer helhetlig syn på brukeren sammenlignet med de andre helseprofesjonene, og tar tak i det som skal til for å få flyt i behandlingen, for eksempel organisere transport og kalle inn til pårørendemøter. Sykepleierne omgås altså brukeren på flere områder enn de andre faggruppene. Dette fremmer brukerens delaktighet i rehabiliteringsprosessen, fordi sykepleierne også inkluderer treningen i daglige gjøremål (Vähäkangas, Noro, & Björkgren, 2006). Lignende funn kommer frem i en nyere kvalitativ studie fra Danmark (Loft, 2017). Sykepleierne ser på det daglige stellet som deres viktigste omgang med brukeren, og de ser at det er gode muligheter for viktig trening i disse situasjonene. Likevel viser det seg at de ikke alltid benytter seg av denne sjansen, uten at det er beskrevet noe videre om hvorfor det er slik.

I mangel på studier om sykepleiere knyttet til tematikken rehabilitering som arbeidsmetode, har jeg utvidet søket til å omfavne andre helseprofesjoner. En amerikansk studie fra 1997 (Hasselkus, Dickie & Gregory, 1997) beskriver noen av utfordringene ergoterapeuter har med rehabilitering av eldre på sykehjem. Selv om studien er fra 90-tallet er resultatene aktuelle og problemstillingene kan absolutt overføres fra ergoterapeuter til sykepleiere fordi det er de samme pasientene vi møter. Rehabilitering handler om å bli bedre, og å mestre hverdagslivet. Dersom man som gammel opplever et traume, for eksempel et hoftebrudd eller et hjerneslag, er det ikke sikkert at motivasjonen for å komme tilbake til hverdagslivet er særlig stor. Veien kan virke lang og uoverkommelig. En stor del av rehabiliteringsprosessen for eldre på sykehjem vil innebære å motivere til aktivitet, samt informasjonsarbeid for å belyse for brukeren hva aktivitet gjør for kropp og sjel. Forskerne påpeker også at det kan være vanskelig å se effekten av rehabiliteringen hos eldre, fordi det ikke alltid er en markant bedring. Det betyr ikke nødvendigvis at behandlingen ikke virker, men at funksjonen holdes på et stabilt nivå, der det uten rehabilitering ville vært en nedgang. Likevel må terapeuten noen ganger innse og godta at rehabilitering ikke er den rette behandlingen (Hasselkus, Dickie og Gregory 1997).

Ergoterapeuten Kjersti Vik presenterer i sin artikkel «Aktivitet og deltakelse for eldre» (2012) hvor viktig det er for de eldre å være aktive i eget liv. Hun trekker frem at de eldre ikke ser på seg selv som gamle og syke, men at det er forhold rundt dem som forsterker denne fremstillingen. De

pårørende ønsker ofte flere tjenester for dem enn de har sett for seg selv, og de påvirker dermed brukerne til passivitet. Når det da kommer en søknad til kommunen om tjenester, gir for eksempel hjemmesykepleien ofte en «standardpakke» som kanskje innebærer hjelp til stell og matlagning. Det utredes sjelden hvor mye av aktiviteten brukeren kan klare selv, og det blir derfor ikke spesifisert i vedtaket konkret hva hjelpen skal innebære. Det fører ofte til at brukerne får mer hjelp enn de har behov for (Vik 2012).

2.2 UTDANNINGSFOKUS OG POLITISKE FØRINGER

Rammeplanen til sykepleierutdanningen (Utdannings- og forskningsdirektoratet, 2008) er felles for alle utdanningsinstitusjonene. I henhold til rammeplanen skal utdanningen inneholde 180 studiepoeng, hvorav 90 er teoretiske fag og 90 er praktiske fag (Petersen & Boge, 2017). Petersen og Boge (2017) hevder at rammeplanen er mangelfull fordi den inneholder for lite sykepleievitenskap i forhold til internasjonale utdanninger, og mener at den bør revideres. Rammeplanen sier også lite spesifikt om rehabilitering og gir uttrykk for at sykepleierutdanningen har hovedvekten på et medisinsk perspektiv. Den er også lite oppdatert med tanke på regjeringens økte fokus på rehabilitering de siste årene. Regjeringens egen nettside proklamerer nemlig at rehabilitering og habilitering skal inngå naturlig i innsats, behandling og pleie (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017).

Det ser ut til å være en pågående utvikling i sykepleierutdanningen, da kunnskapsdepartementet nå har sendt inn et revidert forslag til nasjonale retningslinjer for helse- og sosialfagutdanningene på høring. I forslaget trekkes "sykepleierens habiliterende og rehabiliterende funksjon" frem som læringsutbytte. De foreslår også bruk av begreper som *egenomsorg* og *forebygging*. (Utdannings- og forskningsdepartementet (2018).

Det er ikke bare innenfor utdanningssektoren vi ser endringer. I kvalitetsreformen "Leve hele livet" fremheves det at mennesker skal få hjelp til å mestre livet, ut fra egne forutsetninger. Det kan foregå med eller uten hjelp fra helsevesenet. Det er nødvendig at flere og flere klarer seg uten hjelp fra helsevesenet enn tidligere på grunn av det økende antallet eldre (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018).

Ifølge en rapport fra Statistisk sentralbyrå, "Eldres bruk av helse og omsorgstjenester" fra 2013, så man allerede da følgende av økt fokus på egenmestring. Der fremgår det at de eldre bor hjemme

lengre, og at det har bakgrunn i økt kapasitet i hjemmesykepleien. De ansatte i hjemmesykepleien bruker mer tid på helsehjelp enn på praktisk hjelp som vask og stell. På bakgrunn av dette kan man forvente at de eldre vil ha et mer omfattende pleiebehov enn tidligere, når de først kommer på sykehjem (Gabrielsen, 2013). I tillegg har samhandlingsreformen, som ble innført i januar 2012 (Bruvik, Drageseth & Abrahamsen, 2017), ført til at pasientene blir skrevet ut tidligere fra sykehuset, og derfor ankommer sykehjemmet sykere enn før. Bruvik et al. (2017) fant i sin studie fant en fordobling av antall døde etter overføring fra sykehus til sykehjem, etter Samhandlingsreformen.

2.3 FORFORSTÅELSE

Erfaringsmessig er det er tilsynelatende vanskelig for sykepleiere å ikke hjelpe brukeren når han bruker lang tid med for eksempel påkledning. Selv arbeidet jeg i sykehus de åtte første årene som sykepleier. Da skulle alt gå fort og jeg reflekterte lite over at rehabiliteringsprosessen begynte allerede der, i blant annet det daglige stellet. Opptrening og mobilisering var det fysioterapeutene som tok seg av, mens vi sykepleiere hadde det travelt med å observere i henhold til diagnose, ta blodprøver, dele ut medisiner og være med på legevisitt.

Senere fikk jeg jobb i et nyoppstartet innsatsteam i en kommune, et tverrfaglig team med sykepleier, ergoterapeut og fysioterapeut som skulle jobbe med rehabilitering hos hjemmeboende. Fra å ha erfart tidspress på sykehus, fikk jeg nå bedre tid til å jobbe «hands-off» i møte med brukerne. Samtidig var det en ny situasjon for meg som sykepleier å ta meg tid til å vente på brukerne, mens de prøvde og strevde på egenhånd. Om det var et ønske om å hjelpe til, utålmodighet eller at det var uvant, er jeg usikker på. I tillegg opplevde jeg at forventningene deres til meg var forskjellige fra hva de forventet når ergo- eller fysioterapeuten kom. De gav uttrykk for at de forventet øvelser og trening når fysioterapeuten kom, mens ergoterapeuten var de litt usikre på hvilken funksjon hadde. Som sykepleier måtte jeg forklare mer innstendig hvorfor jeg ikke «hjalp» dem når jeg først var der, for eksempel i dusjsituasjon. Etter seks år i innsatsteamet ser nå jeg klart «effekten» av å la brukerne gjøre det de klarer selv, og kan også forklare metoden vi jobber etter på en forståelig måte – allerede ved første møte.

Jeg tror ikke jeg er unik i min strevsomhet i å endre arbeidsmetode fra «hands-on» til «hands-off». Vi har i vår kommune forsøkt å ha dette i fokus i hjemmetjenesten, for å bidra til at brukerne kan bo

hjemme lengre. Noen av sykepleierne har uttalt at det er vanskelig på grunn av tid, men også at det av gammel vane er lettere å hjelpe, og at det er det som forventes når de kommer.

2.4 HENSIKT MED PROSJEKTET

Hensikten med studien er å fremskaffe kunnskap om hvordan sykepleiere erfarer å arbeide med rehabilitering. Jeg søker svar på om de som har valgt å utdanne seg til sykepleiere har et underliggende ønske eller behov for å hjelpe andre, og om de er seg bevisst hvordan forskjellige brukergrupper har ulike behov for hjelp/ hjelp til selvhjelp.

Tidligere studier har pekt på at både sykepleiere og studenter synes det er problematisk å jobbe «hands-off», og studiene har indikert at grunnen er at omsorgen ligger latent i oss (Long et al., 2002) og at den stadig eldre brukergruppen innebærer flere faktorer som problematiserer denne arbeidsmetoden (Hasselkus et al., 1997).

3.0 TEORI OG TEORETISK RAMMEVERK

Sykepleierne jeg har intervjuet jobber alle med rehabiliteringspasienter. I dette kapittelet redegjør jeg for hvordan rehabilitering forstås innenfor helsetjenesten, med utgangspunkt i helsepolitiske dokumenter og den nye definisjonen på rehabilitering.

Videre gjør jeg rede for hva litteraturen sier om sykepleierens rolle i rehabiliteringsarbeidet, og utdyper arbeidsmetoden til sykepleierne, spesielt det som kalles "å jobbe med hendene på ryggen". Målsetting tas frem som et viktig element, og er en del av arbeidsmetoden, i rehabiliteringen (Solvang 2019). Likevel fremkommer det i min studie at målsetting blir utført i ulik grad og med varierende hensikt. Jeg har derfor valgt å redegjøre for begrepet *målsetting*, for så å komme tilbake til det i drøftingsdelen.

Til slutt i dette kapittelet begrunner jeg mitt valg av sykepleieteori. Jeg redegjør for Dorothea Orems relevans for min masteroppgave, og forklarer hennes *egenomsorgsteori* i lys av rehabiliteringsfaget.

3.1 REHABILITERING

Rehabilitering er et begrep som brukes av mange yrkesgrupper, men i helsetjenesten snakkes det om innsatsen som skal til for å bidra til at en pasient gjenoppnår eller bevarer en eller flere funksjoner. I St. Meld. Nr. 21 (1998-99) trekkes *brukermedvirkning* frem som sentralt i rehabiliteringen. Pasientens egne mål og ønsker skal legges til grunn for rehabiliteringsarbeidet. Meldingen legger også vekt på det *tverrfaglige samarbeidet* som viktig for en god prosess, ikke bare tett innpå pasienten, men et godt resultat fordrer også et godt samarbeid mellom instanser. I praksis innebærer dette eksempelvis alt fra informasjonsoverføring gjennom elektronisk meldingsutveksling mellom sykepleieren på sykehuset og saksbehandler i kommunen, til det nære sykepleier/fysioterapeut-samarbeidet for å bidra til at en pasient oppnår sitt mål om å ta på sokkene selv.

I 2018 kom det en ny definisjon på rehabilitering. Den er tatt med i Veileder om rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator (2018), men ikke gjort rede for enda:

Habilitering og rehabilitering skal ta utgangspunkt i den enkelte pasients og brukers livssituasjon og mål.

Habilitering og rehabilitering er målrettede samarbeidsprosesser på ulike arenaer mellom pasient, bruker, pårørende og tjenesteytere. Prosessene kjennetegnes ved koordinerte, sammenhengende og kunnskapsbaserte tiltak.

Formålet er at den enkelte pasient og bruker, som har eller står i fare for å få begrensninger i sin fysiske, psykiske, kognitive eller sosiale funksjonsevne, skal gis mulighet til å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltagelse i utdanning og arbeidsliv, sosialt og i samfunnet. (Helsedirektoratet, 2018, unum.)

Den nye definisjonen tydeliggjør viktigheten av brukermedvirkning ved å innlede med det. I tillegg åpner den for både pasient og bruker. Den forrige definisjonen ble kritisert for å se på rehabilitering som en tidsavgrenset prosess, ettersom mennesker som opplever funksjonsnedsettelse kan ha behov for tiltak over lengre perioder, kanskje livet ut (Romsland, 2015). Det har de tatt til følge i den nye definisjonen. I tillegg har de gått fra at "flere aktører samarbeider om å gi nødvendig bistand til brukerens egen innsats" (Romsland, 2015, s.24) til at rehabilitering er en *målrettet samarbeidsprosess*. At det er flere aktører som samarbeider, har også blitt kritisert i den gamle definisjonen. Ikke alle er i behov av bistand fra flere faggrupper i en rehabiliteringsprosess, selv om tverrfaglig samarbeid om felles mål og planlegging, sammen med pasienten, som regel kjennetegner rehabiliteringsarbeidet (Romsland, 2015). Den nye versjonen kan tolkes som at det er åpent for at også samarbeid mellom én yrkesgruppe og pasienten også kan defineres som rehabiliteringsarbeid.

3.1.1 SYKEPLEIERENS ROLLE I REHABILITERINGEN

Ifølge Solvang (2019), er sykepleiere sentrale i rehabiliteringen på en annen måte enn de andre faggruppene. Eksempelvis er de til stede for pasienten i mer helhetlig grad enn de andre faggruppene, eksempelvis fysioterapeuten, hvor fokuset først og fremst er knyttet til fysisk aktivitet og bevegelse. Sykepleierne følger opp pasienten til alle døgnetts tider, og kan observere han/henne i de ulike daglige aktivitetene. Således blir sykepleierne godt kjent med pasienten, og de blir derfor ofte utpekt som koordinatorene. Dette er for eksempel de som planlegger utskrivelsesprosessen, slik at den blir så smidig som mulig. Det innebærer å forberede pasienten, innkalle til pårørendemøter, snakke med hjemmesykepleien, bestille medisiner og så videre.

Marit Kirkevold, en norsk sykepleier og professor, deler sykepleierens rolle i rehabiliteringen inn i fire:

1. *Den bevarende funksjon* går ut på å begrense skaden og forhindre ytterligere funksjonsfall. Dette kan for eksempel gjøres ved riktig dosering av medisiner eller å legge til rette for at pasienten klarer mest mulig selv.
2. *Den fortolkende funksjonen betyr* at sykepleieren bidrar til at pasient og pårørende forstår hva som har skjedd, og hvilken betydning det har for deres videre liv.
3. *Den trøstende funksjonen* vil si å støtte pasienten og hans/hennes pårørende i den vanskelige situasjonen de står i.
4. *Den integrerende funksjonen* går ut på at sykepleieren legger til rette for at pasienten lærer nye måter å gjøre ting på, og at han på den måten utvikler nye vaner med tanke på dagliglivets aktiviteter. Beskrivelsen av hva som skiller rehabiliteringssykepleie og sykepleierens generelle ivaretagelse av pasientens funksjoner er ikke helt klar. Vi kan si at når hovedmålsettingen for sykepleien som utøves er å bedre eller bevare pasientens funksjon, er det rehabiliteringssykepleie (Romsland, 2015).

3.1.2 SYKEPLEIERENS ARBEIDSMETODE I REHABILITERING

Rehabiliteringssykepleie kjennetegnes ved at pasientens funksjonsevne vektlegges. Målet er at pasientene skal gjenvinne de funksjonene som er redusert etter skade eller sykdom (Romsland 2015). Ved hjelp av sykepleieren og andre aktører, kan pasienten klare oppgavene selvstendig etter hvert.

For å oppnå dette, er det nødvendig at sykepleieren ikke tar over oppgavene som pasienten kan klare selv, men venter og lar han/henne forsøke flere ganger. Det kalles "å jobbe med hendene på ryggen". Sykepleieren kan veilede til alternative teknikker, dersom pasienten ikke får det til (Romsland, 2015). Dersom pasienten ikke klarer oppgaven, kan sykepleieren ta over (Tuntland & Ness 2014).

Det er viktig med balanse mellom *å hjelpe* eller *å gjøre for*, slik at pasienten ikke mister motet, med føler mestring. Sykepleieren må bruke alle sine funksjoner (ref. 3.1.1), også når det trenes på å mestre ADL-funksjoner (Romsland, 2015).

3.1.3 MÅLSETTING

Å sette mål, og jobbe for å oppnå dem, er en stor del av rehabiliteringen (Solvang, 2019). Det bekreftes av at definisjonen på rehabilitering (Helsedirektoratet, 2018) innleder med at “habilitering og rehabilitering skal ta utgangspunkt i den enkelte pasient og brukers livssituasjon og mål”.

Målsetting defineres som *en ønsket fremtidig situasjon som skal oppnås av en person med funksjonsnedsettelse som resultat av rehabiliteringsinnsatser* (Solvang 2019, s.50). For å sette mål, kan man bruke forskjellige verktøy, avhengig av hva som er hensikten med målet (Siegert & Levack, 2014). SMART-mål (Specific, Measurable, Achievable, Realistic, Time-based) er et velegnet verktøy i rehabiliteringen, fordi det legger til rette for at pasient og ansatte kan samarbeide om å lage tiltak og jobbe sammen for å nå målet. Det er også mulig for andre enn pasienten å vurdere om målet er nådd, til forskjell fra andre måleverktøy, som tar utgangspunkt i pasientens opplevelse av måloppnåelsen, som for eksempel COPM (Canadian Occupational Performance Measure) (Siegert og Levack, 2014).

Romsland (2015) bekrefter viktigheten av målsetting i rehabiliteringen. Hun beskriver pasientens mål som utgangspunkt å lage rehabiliteringsplan for pasienten, som inneholder tiltak og plan for hvordan målene skal oppnås.

3.2 VURDERING AV TEORIVALG

Jeg har valgt å bruke Dorothea Orem's (1914-2007) teori for å belyse sykepleierens erfaringer med rehabiliteringsarbeidet. Den er relevant fordi den handler om hvordan sykepleieren skal bidra når pasientens egenomsorg er redusert. Målet, både i rehabilitering og i Orem's teori, er at pasienten skal gjenvinne størst mulig grad av egenomsorg. Teorien er av eldre dato, men kanskje var hun forut for sin tid? Teorien om egenomsorg er mer aktuelt enn noen gang etter at samhandlingsreformen (Helsedirektoratet, 2008) trådte i kraft. Pasientene sendes nå mye tidligere hjem fra sykehus. Antall eldre har også økt betraktelig, og for å kunne gi gode helsetjenester til de sykeste, er vi avhengige av at de som kan klare seg selv, gjør nettopp det (Gabrielsen, 2013).

Orem har blitt kritisert for å fokusere for mye på de pasientene som har potensiale til bedring. Kari Martinsen er en av disse kritikerne. Hun mener at ved å ha fokus på “vekstomsorg” (hennes begrep for sykepleie med mål om egenomsorg for pasienten), er det en risiko for at de pasientene som har

best potensiale blir favorisert i sykepleierens øyne. Det vil føre til at de sykeste pasientene ikke får den omsorgen de har behov for (Martinsen, 2003). Martinsen er opptatt av at pleien sykepleierne skal utføre er av god kvalitet. "Jeg ser sykepleie først og fremst som pleie av syke" (Fonn, 2019), uttaler hun i et intervju i Tidsskriftet Sykepleien nylig. Ifølge Martinsen bør ikke forebygging være sykepleierens fokus. - Jeg blir så lei, alle skal opp og gå, helst opp på en fjelltopp. Mange får ikke tid til å dø på en verdig måte. Det er bygget en ideologi om at vi skal klare oss selv, sier hun (kilde sjekk APA). Dette står i sterk kontrast til Orem's teori. Vi kan si at begge har omsorg i fokus, men at de ser på omsorgsbegrepet med svært forskjellige øyne. Martinsens syn på omsorg kan relateres til de ofte omtalte "varme hendene", et begrep som gjerne tas frem når sykepleiere skal beskrives som omsorgspersoner. Orem's teori kan derimot tolkes dit at det er omsorg i å hjelpe en pasient til å oppnå størst mulig grad av selvstendighet.

Her er det relevant å merke seg betydningen av å trekke inn elementer fra ulike sykepleieteorier som grunnlag for å utøve god sykepleie. Eksempelvis argumenterer Kirkevold (2019) for at man ikke kan ta én sykepleieteori og forkaste resten. Likevel, sett i lys av Orem's fokus på egenomsorg og å gjenvinne funksjon, er hennes teori relevant når man søker å forstå sykepleierens rolle i rehabiliteringen. Det er også denne teorien jeg har valgt å legge til grunn i oppgaven med å finne frem til hvordan sykepleierne ser på rehabiliteringsarbeidet. Her støtter jeg meg til egne erfaringer som sykepleier, samt Romsland (2015, s.165) som trekker frem Orem's teori som relevant for rehabiliteringsarbeidet, blant annet fordi den veileder sykepleiere i å yte omsorgsfull sykepleie, uten at dette går på bekostning av fokus på mestring og fremgang for rehabiliteringspasienten.

3.2.1 DOROTHEA OREMS EGENOMSORGSTEORI

Dorothea Elizabeth Orem ble født i USA i 1914. Hun fullførte sykepleierutdanningen i 1939 og sin master i sykepleievitenskap i 1945. I sitt arbeid som leder for både sykepleierutdanningen og på sykehus så hun at det manglet en felles tilnærming til pasientene (Cavanagh, 2010, s.11). Hun mente at sykepleierutdanningen i for stor grad bygget på andre forståelser, som psykiatri, medisin og sosiologi (Biermann, 1995, s.1). Hun begynte å utvikle et utdanningsprogram, som senere førte til teorien om egenomsorg. Den ble for første gang presentert i 1971 i boka hennes "Nursing; concepts of practice", og siden redigert flere ganger, senest i 1995 (Cavanagh, 2010).

Når Orem utformet sin teori, tok hun utgangspunkt i tre spørsmål:

1. Hva gjør sykepleiere og hva *bør* sykepleiere gjøre, når de utøver sykepleie?
2. Hvorfor gjør sykepleiere som de gjør?
3. Hva er resultatet av sykepleieintervensjoner? (Cavanagh, 2010)

Orem er altså svært praksisrelatert og intensjonen med teorien ser ut til å være å øke kvaliteten på sykepleien som utøves. Teorien kalles i Norge for *egenomsorgsteorien*, men selv omtaler hun den som *egenomsorgssvikts-teorien* (*The self-care deficit theory of nursing*). Grunnen til dette er sannsynligvis at det er svikt i egenomsorg som utløser behovet for sykepleie (Biermann, 1995).

Teorien består av tre deler; teorien om egenomsorg (*The theory of self-care*), teorien om egenomsorgssvikt (*The theory of self-care deficit*) og teorien om sykepleiesystem (*The theory of nursing system*).

Teorien om egenomsorg: Orem definerer ordet egenomsorg som “utførelsen av de aktivitetene individet tar initiativ til og utøver på egenhånd, for å opprettholde liv, helse og trivsel” (Orem, 2001, s. 43). Egenomsorg har en hensikt eller mål, og innebærer at man gjør aktiviteten for seg selv og på egenhånd. Med *tar initiativ til* menes at individet har egenomsorg også dersom det ikke har evne til å gjøre aktiviteten på egenhånd, hvis de ser behovet og ber om assistanse til å utføre aktiviteten med hjelp eller støtte. (Biermann 2015, Orem 2001). Orem (2001, s.43) hevder at voksne normalt vil ha et ønske om å ha omsorg for seg selv, og at dette er en bevisst og ofte målrettet adferd som er lært gjennom miljø og kultur. Spebarn, barn, eldre, syke og mennesker med funksjonsnedsettelse har behov for hjelp til egenomsorgsoppgaver, i ulik grad.

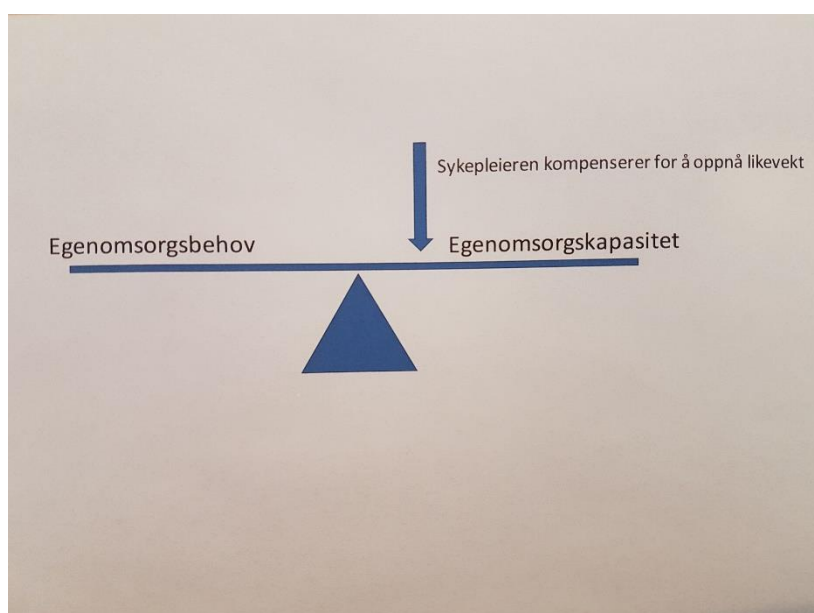
Teorien om egenomsorgssvikt: For å forklare teorien, må vi først avklare et par begreper. Med *egenomsorgsbehov* menes de mål eller resultater som en vil oppnå gjennom å utøve egenomsorgshandlinger (Biermann, 1995, s.9). Orem beskriver åtte egenomsorgsbehov, som hun omtaler som universelle:

1. Opprettholdelse av tilstrekkelig tilførsel av luft
2. Opprettholdelse av tilstrekkelig tilførsel av vann
3. Opprettholdelse av tilstrekkelig tilførsel av mat
4. Omsorg i forbindelse med eliminasjonsprosesser og avfallsstoffer
5. Opprettholdelse av balanse mellom aktivitet og hvile
6. Opprettholdelse av balanse mellom det å være alene og sosialt samvær
7. Forebygging av farer mot liv, funksjon og velvære

8. Å fremme av menneskelig funksjon og utvikling innen sosiale grupper i tråd med kjente menneskelige begrensninger og menneskets ønske om å være normal (Orem 2001, s.225)

Terapeutisk egenomsorgskrav vil si summen av handlingene som må til for å møte egenomsorgsbehovene, altså planen og tiltakene som må gjennomføres for å komme i mål (Biermann 1995, s.9, Kristoffersen 1996 s. 397).

Med *egenomsorgskapasitet* menes personens evne til å ivareta egenomsorgsbehovene sine (Cavanagh 2010). Ved redusert egenomsorgskapasitet, oppstår det *egenomsorgssvikt*, som denne teorien handler om. Egenomsorgssvikten kan være delvis eller total, og vil utløse behov for sykepleie i ulik grad (Biermann 1995, s.17). For å relatere det til rehabilitering, kan vi tenke oss at det oppstår en skade, for eksempel et komplisert lårhalsbrudd. Hvis vi antar at personen er tidligere frisk og har god egenomsorgsevne, er det lårhalsbruddet som skaper en ubalanse mellom egenomsorgsbehov og egenomsorgskapasitet, altså en egenomsorgssvikt.



Figur1: Egen tolkning av Orem's teori:

I timene etter operasjonen vil han være helt avhengig av medisinsk hjelp og overvåking. De neste dagene har han sannsynligvis behov for assistanse til å klare daglige gjøremål. I tiden etterpå vil han ha behov for hjelpemidler og opptrening slik at han igjen vil oppnå full egenomsorgsevne. I neste avsnitt skal vi se nærmere på hvordan Orem graderer behovet for sykepleie i tre systemer, som utgjør den siste delen av hennes teori.

Teorien om sykepleiesystem trer i kraft når det er behov for sykepleie. Hvilket system som anvendes er avhengig av om det er sykepleieren eller pasienten som skal utføre oppgavene. Dersom det er

behov for at sykepleieren tar over alle oppgavene, er *det helt kompensierende system* som gjelder (Biermann, 1995). Det kan være de første timene etter operasjonen til pasienten i vårt eksempel. Sykepleieren sørger da for å overvåke verdier, gi væske intravenøst, samt for eksempel servere mat og tømme kateterposen. Pasienten er sengeliggende og klarer ikke sørge for egenomsorgsbehovene selv.

Etter noen timer vil pasienten prøve å komme seg opp på bena. Han vil ha behov for støtte og veiledning ved sine første skritt ut av sengen. Det vil også være behov for tilrettelegging i stell og matsituasjoner noen dager frem over, for å nevne noe. Dersom boligen hans ikke er tilrettelagt for å kunne gå med prekestol, kan vi se for oss at dette vil fortsette på en rehabiliteringsavdeling i kommunen. Sannsynligvis vil pasienten ha mange spørsmål rundt for eksempel smerter og belastning, og behov for at sykepleieren administrerer smertestillende for å finne riktig dosering. Sammen med ergo- og fysioterapeut vil sykepleieren trene med pasienten på ulike situasjoner, slik at han gradvis vinner tilbake funksjon og egenomsorg. Pasient- og sykepleierforholdet er nå over i *det delvis kompensierende system*, hvor det varierer om det er pasienten eller sykepleieren som utfører oppgavene (Biermann, 1995).

Når pasienten kommer hjem, vil han få besøk av hjemmesykepleien dersom det er behov for det. Pasienten i vårt eksempel var i utgangspunktet frisk og hadde god egenomsorgskapasitet. Det er derfor sannsynlig å anta at han kun vil ha behov for tilrettelegging med hjelpemidler, litt veiledning i medisiner, og råd om hvordan han best kan klare de dagligdagse oppgavene på egenhånd. Sykepleieren vil da benytte seg av *det støttende og undervisende system* (Biermann, 1995). Pasienten er nå på god vei til å gjenvinne egenomsorg, og ifølge Orem er dette samspillet, hvor sykepleieren varierer mellom å hjelpe og å utfordre pasienten, avgjørende for å nå målet (Orem, 2001).

Orem beskriver også de fem hjelpemetodene. De består av:

1. Handle eller gjøre noe for pasienten
2. Veilede pasienten
3. Støtte pasienten fysisk eller psykisk
4. Bidra til utvikling og et støttende miljø
5. Undervise pasienten

Sykepleiesystemene hjelper pasienten og sykepleieren til å klarere roller og forventninger, samt hvilke hjelpemetoder som bør brukes. Systemene vil også, sammen med hjelpemetodene,

tydeliggjøre behovet for sykepleie og sykepleierens oppgaver i rehabiliteringsarbeidet (Romsland, 2015).

4.0 FORSKNINGSMETODE

I denne delen redegjøres det for forskningsmetoden jeg har brukt for å komme frem til funnene. Jeg har valgt å presentere kapittelet i samme rekkefølge som jeg utførte oppgavene. Jeg vil gjøre rede for litteraturen som har inspirert meg, og begrunne relevansen i forhold til mitt prosjekt. Samtidig vil jeg reflektere over valg og erfaringer jeg har gjort underveis i prosessen.

Kapittelet begynner med en beskrivelse av kvalitativ metode, før jeg går mer spesifikt inn på hvordan jeg gikk frem for å finne informanter, hvordan jeg utførte intervjuene og transkripsjonen.

I analysen er jeg inspirert av Brown og Clarkes (2006, 2018) tematiske analyse, som jeg fant velegnet for å tolke materialet og belyse aktuelle temaer. Selv om metoden åpner for fleksibilitet, presenterer de en slags "oppskrift", noe som var trygt for meg som uerfaren forsker, i frykt for å tilegne sykepleierne andre meninger enn det de selv stod inne for.

Jeg vil også presentere begrepene reliabilitet og validitet, som sier noe om kvaliteten på forskningen.

Det er mange etiske hensyn å ta i en slik prosess. Noen av de etiske dilemmaene har jeg valgt å ta for meg underveis i kapittelet, der det naturlig passet inn. I tillegg har jeg valgt å ha et eget punkt om etikk til slutt i kapittelet, for å belyse andre etiske overveielser.

4.1 KVALITATIV METODE

I tråd med intensjonen om å utforske hvordan sykepleierne ser på sin rolle i rehabiliteringen, valgte jeg kvalitativ tilnærming i denne masteroppgaven. Kvalitativ tilnærming er relevant når forskeren ønsker å forstå forskningsdeltakerens perspektiv (Postholm, 2005).

I følge Thagaard (2018) er kvalitative metoder basert på en fin balanse mellom innlevelse og systematikk. Det vil si at det var viktig at jeg utviklet forståelse for sykepleiernes situasjon og deres opplevelser, og at jeg var nysgjerrig og åpen for inntrykk. På den måten kunne jeg skape en relasjon til dem, som gjorde at de åpnet seg og kunne fortelle ærlig hvordan de opplevde sin hverdag. Men for at den kvalitative forskningen skal tas på alvor, må den også inneholde systematikk (Thagaard, 2018). Jeg måtte derfor ha et reflektert forhold til de ulike valgene jeg tok underveis, og begrunne disse utfra grundige vurderinger. Jeg kommer tilbake til dette i underkapitlene. Kun på den måten kan andre vurdere kvaliteten på forskningen i etterkant (Thagaard, 2018).

4.2 UTVALG OG REKRUTTERING

Jeg vurderte relevante utvalget for prosjektet til å gjelde sykepleiere som har jobbet et par år. De jobber med rehabilitering på sykehjem nå, men kunne gjerne ha andre tidligere erfaringer i tillegg. Valget ble tatt med bakgrunn i at jeg ønsket at de hadde nok erfaring som sykepleiere til å kunne reflektere over ulike situasjoner og episoder de hadde vært involvert i. Samtidig ønsket jeg at det ikke var lengre siden de tok utdannelsen enn at de husket hva som var fokus på skolen, og at opplysningene de kom med om utdanningen ikke var utdaterte.

Følgende utvalgskriterier ble valgt:

- Vært ferdig utdannet sykepleier i mellom 2-4 år
- Jobber på kommunal rehabiliteringsavdeling
- Har mulighet for å jobbe tverrfaglig

For å rekruttere aktuelle sykepleiere tok jeg først kontakt, via epost, med avdelingsledere og fagutviklingssykepleiere på korttids- og rehabiliteringsavdelinger i kommunene i nærheten av min arbeidsplass. Jeg bestemte meg tidlig for å ikke inkludere sykepleiere i egen kommune. Grunnen til dette var at jeg var usikker på om de ville følt seg komfortable i situasjonen, og kanskje i etterkant angre på noe av det de hadde sagt. I tillegg syntes jeg det var interessant å lære om hvordan andre kommuner var bygget opp og fungerte med tanke på rehabilitering, og dette visste jeg fra før om min egen arbeidsplass. Jeg valgte nærkommuner fordi jeg skulle utføre intervjuene i arbeidstiden, og ønsket å være minst mulig borte fra jobb. Det viste seg imidlertid å ikke være enkelt, på grunn av manglende tilbakemeldinger på epostene, men også at de ikke hadde ansatte som passet kriteriene. Noen hadde ansatte som kunne deltatt, men som ikke ønsket. Jeg utvidet derfor etter hvert horisonten, men dro maksimalt 40 minutters kjøring unna arbeidsplassen min.

Jeg avtalte først intervju med tre sykepleiere som jobber på samme avdeling, men som hadde nokså ulik bakgrunn og interesseområdet innenfor feltet. Kommunen de jobbet i er stor, og avdelingen har rehabiliteringspasienter fra hele kommunen. På bakgrunn av dette vurderte jeg det til å være greit at de jobbet på samme avdeling. Så gikk det noen uker før jeg fikk avtalt nye intervju, denne gangen med en sykepleier som jobbet på en korttidsavdeling. Videre over sommeren, fikk jeg rekruttert to sykepleiere fra samme kommune, én på rehabiliteringsavdeling og én på korttidsavdeling. Jeg

opplevde at mye av det samme gikk igjen under intervjuene, men ønsket likevel å snakke med en siste sykepleier, ettersom jeg opplevde at noen av temaene ikke var tilstrekkelig utdypet for å kunne dra slutninger. Jeg åpnet opp kriteriene noe, og fikk til slutt intervjuet en relativt nyutdannet sykepleier, som jobbet på rehabiliteringsavdeling. Det er ingen fasit for hvor mange man skal intervju. Likevel- antallet må være stort nok til at man kan se forskjeller og likheter, men lavt nok til å kunne foreta en grundig analyse (Kvale og Brinkmann 2015, Thagaard 2018).

Jeg endte altså opp med et utvalg på syv sykepleiere, i alderen 23-40 år. Alle var kvinner, det var utfra mitt ståsted tilfeldig. Sannsynligvis var grunnen at det er flest kvinner som jobber på rehabiliterings- og korttidsavdelinger, derfor er nok dette utvalget representativt for den gruppen jeg ville undersøke. Selv om jeg hadde sendt med kriteriene i forespørselen, var det avvik i antall år de hadde vært ferdig utdannet sykepleiere. Deltakerne hadde hatt en arbeidsperiode etter utdanningen fra et halvt til åtte år siden. Ettersom det var såpass vanskelig å skaffe informanter, valgte jeg å intervju dem likevel. Det viste seg å være et bra valg, ettersom ikke kom til å legge så stor vekt på utdanningens fokus på rehabilitering i selve oppgaven.

For å gjøre resultatdelen mest mulig oversiktlig, har jeg utarbeidet en tabell over sykepleierne, og om de jobber i rehabiliterings- eller korttidsavdeling. Sykepleierne anonymiseres i presentasjonen, og de er gitt fiktive navn. For å gjøre det mest mulig tilfeldig, ba jeg barna mine om å si syv navn, som jeg tildelte informantene i rekkefølgen intervjuene ble gjort. Her gjengis de i tilfeldig rekkefølge.

Amelia	Rehabiliteringsavdeling
Gro	Korttidsavdeling
Anna	Rehabiliteringsavdeling
Kari	Rehabiliteringsavdeling
Tilde	Rehabiliteringsavdeling
Ida	Korttidsavdeling
Josefine	Rehabiliteringsavdeling

4.3 INTERVJUPROSESS

I det følgende vil jeg gjøre rede for intervjuprosessen, fra utformingen av spørsmålene til ferdig transkriberte intervjuer.

4.3.1 INTERVJUGUIDE

Jeg hadde på forhånd gjort meg opp en mening om hvilke temaer jeg ønsket å snakke med sykepleierne om for å belyse problemstillingen. Jeg forholdt meg til en struktur som bestod av hovedtemaer jeg ønsket å undersøke, og jeg hadde som mål å sammenligne det sykepleierne fortalte om hvert tema. Det var da viktig å formulere åpne spørsmål som ville føre til utfyllende og konkrete svar, men også gi rom for refleksjon (Thagaard, 2018).

Intervjuene startet med at de fortalte litt om seg selv, om bakgrunnen sin, hvorfor de valgte å bli sykepleiere og hvorfor de valgte å jobbe med rehabilitering. Videre ble de spurt om erfaringer med rehabiliteringsarbeidet og hvordan de forholdt seg til endringer etter samhandlingsreformen. Vi snakket videre om forventninger pasientene og samarbeidende faggrupper har til dem som sykepleiere, samt hvordan de opplever det tverrfaglige samarbeidet. De fikk også spørsmål om hva de husket om rehabiliteringsfaget fra sykepleierutdanningen, inkludert aktuelle sykepleierteoretikere som Dorothea Orem.

Jeg syntes jeg hadde forberedt intervjuguiden godt, men måtte likevel gjøre en del tilpasninger underveis. I lys av egne erfaringer, antok jeg at "hendene på ryggen" var et begrep som er mye brukt blant sykepleiere som jobber med rehabilitering. Dette er også, som sagt, et begrep som omtales i teorien (Romsland, 2015). For å ikke "legge ordene i munnen" på sykepleierne, brukte jeg begreper som hands-on og hands-off. Det viste seg raskt at sykepleierne selv oversatte disse til å handle om å "jobbe med hendene på ryggen" eller ikke. Det var også andre mer akademiske begreper jeg etter hvert oversatte til et mer praktisk språk, både fordi jeg opplevde å måtte omformulere spørsmålene flere ganger og fordi jeg selv var mer komfortabel med å prate med sykepleierne på "et språk" vi normalt ville pratet sammen. Jeg opplevde å få bedre kontakt med sykepleierne på denne måten og vil hevde at det førte til at de følte seg tryggere og åpnet seg mer.

4.3.2 SEMI-STRUKTURERT INTERVJU

For å innhente kunnskap om hvordan sykepleierne opplever sin rolle i rehabiliteringen, fant jeg det hensiktsmessig å benytte meg av semi-strukturert intervju.

Hvis du vil vite hvordan folk oppfatter verden og livet sitt, hvorfor ikke spørre dem?

(Kvale & Brinkmann 2015, s.18)

Et slikt intervju ligner på en samtale, men er likevel profesjonelt. Det er strukturert i form av spørsmål knyttet til temaet som skal undersøkes, men forskeren stiller oppfølgingsspørsmål og er mer åpen enn ved for eksempel en spørreundersøkelse (Kvale & Brinkmann, 2015).

Som uerfaren forsker med lite intervjuerfaring, fant jeg det nødvendig å gjøre et pilotintervju med en kollega. Da fikk jeg både testet opptaksutstyret, og justert spørsmålene noe. I tillegg førte det til at jeg følte meg tryggere da jeg skulle i gang med det første intervjuet.

Intervjuene fant sted på arbeidsplassen til sykepleierne, hvor de hadde funnet et egnet rom. De hadde fått tilsendt informasjonsskriv om prosjektet sammen med forespørselen om deltakelse, som var lest i varierende grad. Jeg startet intervjuene med å fortelle litt om meg selv og om prosjektet. Jeg gjentok det som stod i informasjonsskrivet om temaet, taushetsplikt og anonymisering av deltakerne, samt hvordan materialet ville bli håndtert. Jeg ba også om tillatelse til å bruke båndopptaker for å kunne konsentrere meg bedre om hva de sa. Jeg er klar over at noen kan reagere negativt på at det de sier blir tatt opp på bånd. Likevel valgte jeg å bruke båndopptaker, da det er anbefalt (Kvale & Brinkmann, 2015) Ingen av sykepleierne hadde noen innvendinger.

Noen av deltakerne var nervøse, og jeg forsikret dem om at jeg ikke skulle teste kunnskapen deres på noe vis. Jeg fortalte at det var *deres* erfaringer og opplevelser jeg var interessert i. I en intervjusituasjon kan det oppstå ubalanse i maktforholdet (Kvale og Brinkmann, 2015), og jeg ønsket ikke at de ville gi svar de trodde jeg ville ha. Jeg var derfor åpen om min uerfarenhet som forsker, og følte at vi fikk en felles forståelse som gav rom for tillit og åpenhet.

Rekkefølgen på intervjuguiden ble fulgt under alle intervjuene, men selv om de av og til kom inn på temaer som jeg visste kom senere, så lot jeg dem prate ferdig. Jeg vurderte fra gang til gang om jeg skulle stille oppfølgingsspørsmål da, eller om jeg ønsket å komme tilbake til temaet. Da var det viktig for meg å notere ned stikkord, slik at jeg ikke glemte det. Da jeg hadde flere intervjuer på samme dag, fant jeg det nødvendig å holde meg fast til intervjuguiden, for ikke å gå glipp av viktig informasjon. Under de første intervjuene kom det opp emner som jeg ikke hadde med i intervjuguiden, men som jeg ønsket å høre mer om. Jeg formulerte derfor for eksempel noen nye spørsmål som omhandlet omsorg, i tillegg til de jeg allerede hadde med.

Det var stor forskjell på hvor mye sykepleierne fortalte. Noen var veldig åpne, mens andre ga uttrykk for at det var vanskelig å svare på spørsmålene. Dette gjaldt spesielt dersom jeg ba dem komme med eksempler på situasjoner eller hendelser som berørte temaet vi snakket om. Da var det vanskelig å ikke hjelpe dem på vei. Jeg var bevisst på min forforståelse, og forsøkte å ikke påvirke sykepleierne i en bestemt retning. Når det oppstod lange pauser i samtalen, forsøkte jeg å ikke være den som brøt

tausheten. Jeg fulgte også opp med oppmuntrende ord som *ja*, *mhm*, *spennende*, i tillegg til oppfølgings spørsmål.

Jeg avsluttet intervjuene med å spørre dem om de hadde andre erfaringer å dele fra rehabiliteringsarbeidet. De fleste svarte nei, mens andre uthevet det de så på som viktigst av temaene vi hadde pratet om.

4.3.3 TRANSKRIPSJON

Å transkribere betyr å transformere, skifte fra en form til en annen (Kvale og Brinkmann, 2015, s.205). I denne sammenhengen betyr det at vi oversetter det muntlige språket til et skriftlig språk. Det er ikke et ukomplisert prosedyre, og det er mange feller en mastergradstudent kan gå i. For eksempel kan man miste verdifull informasjon dersom man velger å kun gjengi ordene som blir sagt, og ikke ta med det mer billedlige språket, som inneholder noter som *ehh* og *mhm* (Kvale og Brinkmann, 2015).

Jeg lyttet igjennom intervjuene før jeg begynte å skrive. På den måten husket jeg tilbake til intervjuene og hvordan sykepleierne uttrykte sitt kroppsspråk. Jeg hadde også notert meg noe under intervjuene som jeg la til i transkripsjonen, for eksempel da en av sykepleierne skar en grimase. Jeg noterte tenkepauser med verbale lyder som nevnt ovenfor. Latter ble også dokumentert.

Transkriberingen var en tidskrevende og, for å være ærlig, langtekkelig prosess. Men det var også svært lærerikt, spesielt med tanke på å bli oppmerksom på hvordan jeg fremstod som intervjuer. Jeg ble bevisst på hvor mange unødvendige ord jeg brukte når jeg snakket, og at jeg med fordel kunne være litt tydeligere i ordspråket. Jeg transkriberte mellom intervjuene, og tok denne lærdommen med meg videre. Jeg ble også svært fasinert over hvor ulike sykepleierne var når det gjaldt dette. Noen brukte svært mange ord på å si lite, men andre var veldig presise i talen. En studie i seg selv!

4.4 TEMATISK ANALYSE

Å analysere vil si at man deler opp materialet, studerer det og setter det sammen igjen, for så å konkludere (Thagaard, 2018). Brown og Clarke hevdet i 2006 at tematisk analyse er en metode som var mye brukt, men lite anerkjent. I den samme artikkelen ble det gjort rede for hvordan metoden burde utføres for å øke troverdigheten. Det var viktig at forskeren var tydelig på de valgene han hadde gjort underveis, slik at de kunne diskuteres og kritisk gjennomgås av leseren. Dersom man fulgte retningslinjene de la frem, ville det være med på å hindre oppfatningen om at "alt var lov" i tematisk analyse og føre til at det ble en mer anerkjent metode (Brown og Clarke 2006). I følge en forelesning av de to forfatterne fra juni 2018 (<https://www.youtube.com/watch?v=5zFcC10vOVY>) har det skjedd en endring. Artikkelen deres er svært mye brukt og metoden stadig mer anerkjent (Brown & Clarke, 2018).

Brown og Clarke (2018) forteller i foredraget at forskeren har relativt frie tøyler til å være kreativ under tematisk analyse. Det er likevel nødvendig å tydeliggjøre betydningen av teori i analyseprosessen. De skisserer en skala fra induktiv analyse, som tar utgangspunkt i det empiriske materiale før relevant teori trekkes inn – til deduktiv metode, hvor man analyserer materialet med teoretiske briller. Det er ikke nødvendig å være helt det ene eller det andre, men naturlig nok lener man seg mest den ene veien. I min analyseprosess, fokuserer jeg i de første gjennomlesningene av materialet på det sykepleierne forteller meg og posisjonerer meg dermed mot en induktiv analyse.

Videre forholder forskeren seg enten eksperimentelt eller kritisk til datamaterialet, eller noe midt imellom. Jeg var mer nysgjerrig og undrende enn kritisk da jeg snakket med sykepleierne. Ifølge Brown og Clarke (2018) bør forskeren posisjonere seg i forhold til om han ser på materialet for å finne en realistisk sannhet eller om han velger et mer konstruktivistisk teoretisk perspektiv. Ettersom jeg var ute etter å finne sykepleiernes opplevelser og skape et bilde av deres virkelighet, beveger jeg meg mest mot førstnevnte.

Jeg har altså valgt å benytte meg av Brown og Clarkes (2006) metode, og vil i det følgende forklare hvordan analyseprosessen foregikk og ledet til fire relevante tema. Det må nevnes at tematisk analyse ikke er en lineær prosess, og det har det heller ikke vært for meg. Jeg har gått frem og tilbake i prosessen, og vurdert og revurdert de mange valgene underveis.

1) Bli kjent med datamaterialet

Allerede under utarbeidelsen av intervjuguiden begynte analysen. Jeg valgte da ut hvilke spørsmål jeg ønsket å få svar på, og rangerte dem i ulike temaer. Jeg hadde ikke da satt meg inn i Brown og

Clarkes (2006) metode, og visste ikke at temaene måtte “bli knadd frem” gjennom mange runder. Under intervjuene hørte jeg etter hva sykepleierne fortalte meg, samtidig som jeg noterte punkter som utmerket seg. Bevisst og ubevisst sammenlignet jeg det sykepleierne fortalte meg. Det samme gjorde jeg under transkripsjonen. Jeg transkriberte mellom hvert intervju, og etter de tre første, som jeg utførte samme dag, kom det frem flere interessante refleksjoner som jeg ønsket å høre mer om fra de andre sykepleierne. Da jeg hadde skrevet ut alle intervjuene, leste jeg aktivt, analyserende og kritisk gjennom dem.

2) Kode materialet

Ifølge Brown og Clarke (2018) er det viktig å ikke hoppe rett til temaene, men kode “småting”, som senere settes sammen til temaer. Jeg gjorde dette ved å bruke markeringstusjer i ulike farger, som representerte forskjellige koder. For eksempel var “forventninger til at man hjelper til” noe som gikk igjen i alle intervjuene, og som jeg markerte som egen kode. Noen av sitatene kunne få flere farger, da de passet inn under flere koder. Det er viktig med koder som gir mening uten datamaterialet, det holder ikke med ettords-koder. Det er viktig å få tak i både det som blir sagt direkte og indirekte (Brown & Clarke, 2018). Da jeg hadde markert alle aktuelle sitater med tusj, gjennomgikk jeg dem igjen og lagde et Word-dokument hvor jeg hadde kodene som overskrifter og kopierte inn sitatene som passet innunder hver overskrift. Således fikk jeg god oversikt over materialet. Jeg måtte være varsom, fordi tematisk analyse kritiseres for dele opp helheten i småbiter. På den måten kan utsagnene tas ut og settes inn igjen i en annen sammenheng (Brown & Clarke, 2006). Dette ville jeg unngå, og var spesielt oppmerksom på det underveis i prosessen.

3) Generere temaer

I artikkelen sier Brown og Clarke (2006) at forskeren skal lete etter temaer. De sier nå at de har ordlagt seg uklart, i og med at temaene finnes der allerede, de dukker ikke bare opp. Det forskeren gjør er å slå sammen lignende koder og organisere dem til potensielle temaer, som kan besvare problemstillingen. I denne prosessen kan det være lurt å bruke tankekart, eller andre former for visualisering (Brown & Clarke 2018). Jeg hadde god nytte av tankekart, hvor jeg hadde problemstillingen i midten og koder rundt, hvor jeg forsøkte å samle de som lignet på hverandre og kunne utgjøre potensielle temaer. Temaene jeg kom frem til i denne fasen var *tverrfaglig samarbeid, metode (hendene på ryggen), forventninger til sykepleierrollen kontra andre yrkesgrupper, rehabiliteringsfokus i utdanningen.*

4) Gjennomgå potensielle temaer

I denne fasen må forskeren gå over det originale datamaterialet på nytt, både for å se om han har utelatt viktige poenger og å sjekke om temaene han har kommet frem til reflekterer det originale materialet (Brown & Clarke 2018). Jeg leste gjennom materialet gjentatte ganger, både transkripsjonene, dokumentet med sitatene og temaene jeg hadde valgt. Jeg var dermed klar til neste skritt.

Videre anbefaler Brown og Clarke (2006) at temaene som velges må være sentrale i forhold til problemstillingen. I tillegg er det viktig å se på temaenes kvalitet, er det nok meningsfull data til å støtte dem? Når forskeren har kommet så langt i prosessen, er han godt knyttet til materialet. Han må likevel være forberedt på å la noen av temaene gå. Selv om han ser på dem som relevante, er det ikke sikkert at det er tilfelle (Brown & Clarke 2018). Jeg kjente selv på fortvilelse da jeg syntes jeg hadde temaer som både var godt støttet gjennom datamaterialet og var viktige å få frem, men hvor det på et masterseminar ble påpekt at ikke var relevant i forhold til problemstillingen. Etter det nevnte seminaret gjennomgikk jeg systematisk alle tema med et mer kritisk blikk. Jeg fikk da ryddet i temaene med særlig fokus på hva som fremstod som mest relevant sett i lys av problemstillingen. Det ble da relevant å ta utgangspunkt i noen av de dilemmaene sykepleierne står i. Dette førte til noen endringer, spesielt knyttet til spissing av tema, og temaene ble nå *målsetting, tid, omsorg, forventinger til sykepleierne og tverrfaglig samarbeid*.

5) Definer og gi navn til temaene

Det er viktig at temanavnet reflekterer innholdet, og at temaet blir definert (Brown og Clarke 2018). Det kan være utfordrende å finne et navn som er dekkende for hele temaet. Jeg har for eksempel et tema som jeg først kalte "Tid", men som ble omdøpt til det mer dekkende "Når tiden ikke strekker til". Det omhandler hvordan sykepleierne opplever det når de ikke har tid til å utføre sykepleie på rehabiliterings vis. De andre teamene ble omdøpt til *Pasientene skal jo hjem, de må greie det sjøl, Omsorg på nye måter, Når den tradisjonelle sykepleierrollen kommer i veien og Å finne sin rolle i et tverrfaglig samarbeid*.

Det er også et spørsmål om hvor mange temaer som er nok, eller for mange. Det er ingen fasit, men temaene bør være fyldige og inneholde nok materiale til at det er representativt (Brown og Clarke 2018).

6) Analyserapporten

Rapporten skal inneholde analysekommentarer, temaer og utdrag fra data. Forskeren må legge opp rekkefølgen av presentasjonen på en konstruktiv måte, og velge levende og overbevisende utsagn

fra informantene for å belyse temaene (Brown & Clarke 2018). Det var mye informasjon fra sykepleierne som jeg opplevde som interessant og relevant å ha med i resultatdelen. Jeg har forsøkt å lage struktur på det og skape en tråd gjennom det, slik at det er relatert til problemstillingen, litteraturen og konteksten. Når det gjelder sistnevnte, var “Den samfunnsmessige utviklingen” et tema jeg helt til det siste hadde problemer med å forkaste, fordi blant annet samhandlingsreformen og eldrebølgen var emner sykepleierne trakk frem som påvirkningsfaktorer for hvordan det er å jobbe som sykepleier i kommunal sektor. Selv om det ikke er nært knyttet til problemstillingen, og derfor ikke med i resultatdelen, har jeg valgt å ha med noen av funnene derfra i diskusjonsdelen.

4.5 RELIABILITET OG VALIDITET

Reliabilitet handler om mulighetene en annen forsker har til å finne frem til de samme svarene ved å benytte samme metode, *repliserbarhet* (Thagaard, 2018, s.187). Metoden for dette er innarbeidet hos de kvantitative forskerne, men mer komplisert innen kvalitativ forskning. Det er heller ikke like relevant å replisere de kvalitative dataene, ettersom de kommer frem i interaksjonen mellom forsker og deltaker. Den kvalitative forskeren må likevel argumentere for at forskningen er gjort på en troverdig og tillitsvekkende måte (Thagaard, 2018). Dette har jeg forsøkt å gjøre ved å beskrive prosessen så detaljert som mulig, fra arbeidet med intervjuguiden til ferdig resultat, slik at leseren kan vurdere den trinn for trinn.

Validitet sier noe om gyldigheten av de resultatene forskeren får frem under analysen (Thagaard, 2018, s. 189). For å argumentere for gyldighet er det nødvendig å gå kritisk gjennom analysen. Som anbefalt, fikk jeg en kollega til å kritisk gjennomgå analysen. Hun kom med tilbakemeldinger, som førte til at jeg kunne argumentere for at mine tolkninger var mer relevante, ved å sammenligne med innspillene. Det styrker validiteten i forskningen (Thagaard 2018). Validiteten avhenger også av om forskeren evner å synliggjøre sitt teoretiske ståsted og bakgrunn. Det er stor sannsynlighet for at forskningen vil påvirkes av dette, på tross av at forskeren forsøker å se deltakeren i hans naturlige kontekst (Postholm, 2005).

4.6 ETIKK

Prosjektet er innsendt til vurdering, og godkjent, av NSD personvernombudet for forskning. Dersom målet var å fremskaffe nye opplysninger om sykdom og helse, måtte det også meldes til REK (Regionale komitéer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk) (www.nsd.uib.no). Det er ikke nødvendig for dette studiet.

Som sagt, ble deltakerne informert om prosjektet på forhånd ved hjelp av et informasjonsskriv, som beskriver hva studien handlet om, studiens varighet, hva det innebar å delta og hvordan opplysningene om dem behandles. De må så skrive under på et samtykkeskjema. Opplysningene om dem ble behandlet konfidensielt og de vil ikke bli gjenkjent når studien blir publisert. Når studien er ferdig, blir personopplysningene makulert. De fikk beskjed om at de når som helst kunne trekke seg fra studien.

I selve intervjuprosessen behandlet jeg deltakerne med respekt, og forsøkte å sørge for at de satt igjen med en følelse av anerkjennelse og likeverd ved intervjuets slutt.

I det neste kapitlet vil jeg vise resultatene fra undersøkelsen, ved å ta utgangspunkt i de temaene jeg kom frem til under analysen. Jeg vil så sammenligne sitater fra de ulike informantene, og på den måten legge frem informantenes subjektive opplevelse av deres arbeidssituasjon og –metode.

5.0 PRESENTASJON AV RESULTATER

Utgangspunktet for studien var å se på hvordan sykepleieren erfarer å jobbe med rehabiliteringspasienter. I intervjuene kom begrepet “å jobbe med hendene på ryggen” frem som et uttrykk sykepleierne bruker for å beskrive hvordan de lar pasientene trene på å gjøre dagligdagse oppgaver selv, og hvordan de veileder istedenfor å hjelpe til. Til tross for at det etter hvert har blitt et velkjent begrep for sykepleiere som jobber med rehabilitering, er det en relativt ny og uvant arbeidsmetode. Sykepleierne jeg har intervjuet forteller at de ikke lærte metoden på sykepleierhøgskolen, men at de har lært av veiledere i praksis, kollegaer og av erfaring. Når man jobber “med hendene på ryggen” må man være tålmodig, det gir alle sykepleierne i studien uttrykk for. De er usikre på hva som gjør at man blir utålmodig mens man ser på at pasienten prøver og prøver uten å få det til, men flere setter ord på at det kommer til et punkt der de “kjenner” at de *må* hjelpe til. De klarer ikke å sette ord på hva som gir den denne følelsen, om det er at klokken går, dårlig samvittighet eller redsel for at pasienten ikke synes de gjør en god jobb. “...hvis de har prøvd et par ganger, så gjør jeg det (tar over, red. Anm.) (...) Man kjenner at man skal hjelpe til. Det kan hende de hadde greid det hvis de hadde sittet der enda en stund da”.

Å jobbe med hendene på ryggen er å yte omsorg på nye måter, og skaper både utfordringer og stolthet for sykepleierne. Disse opplevelsene vil jeg se nærmere på i det kommende kapittelet, og knytte det opp dilemmaene de støter på i arbeidshverdagen.

Som beskrevet under punktet *Tematisk analyse*, var det fem temaer som utpekte seg. Det var temaer som omhandlet ulike dilemmaer, som sykepleierne møter nesten daglig:

- *Pasientene skal jo hjem, de må greie det sjøl* handler om hvordan sykepleieren forholder seg til avdelingens mål om raskest mulig hjemreise, kontra pasientens egne mål
- I *Når tiden ikke strekker til* forteller sykepleierne om hvordan de opplever å ikke ha tid til “å jobbe med hendene på ryggen”
- *Omsorg på nye måter* handler om hvordan de ser på omsorgsbegrepet relatert til rehabilitering.
- I *Når den tradisjonelle sykepleierrollen kommer i veien* forteller sykepleierne om hvordan pasientene og de pårørendes forventninger om pleie og stell ikke samsvarer med hvordan rehabiliteringsarbeidet foregår, og hvordan det påvirker relasjonen.
- Til slutt, i *Å finne sin rolle i et tverrfaglig samarbeid*, reflekterer sykepleierne over hvordan de forholder seg til det stadige skiftet mellom pleierrollen og trenerrollen. De forteller også om hvordan de opplever det tverrfaglige samarbeidet.

5.1 “PASIENTENE SKAL JO HJEM, DE MÅ GREIE DET SJØL” (AVDELINGENS/PASIENTENS MÅL)

I rehabiliteringsarbeidet er målsetting sentralt. Det ideelle er at pasienten selv setter de målene han ønsker å nå. Ved at målene er viktige for han, øker motivasjonen for trening. Når pasientens og avdelingens mål ikke samsvarer, oppstår det et dilemma.

Sykepleierne jeg har intervjuet, jobber alle med rehabiliteringspasienter, men avdelingene er lagt opp forskjellig fra kommune til kommune. Noen jobber kun med rehabilitering, mens andre jobber på korttidsavdelinger, hvor det også er pasienter som ikke er i målgruppen for rehabilitering, for eksempel KOLS- og kreftpasienter. Felles for alle er at når de snakker om rehabiliteringspasientene, så er avdelingens mål at de skal hjem. Pasientene kan ha litt ulik innstilling til det å reise hjem igjen, men sykepleiernes oppfatning er at de aller fleste ønsker å komme hjem igjen.

På Amelia sin avdeling er det fokus på utreise fra første stund. Der får pasientene først et tre dagers vurderingsopphold, der det tas stilling til hvor langt oppholdet bør være. De ansatte ønsker at det skal være tydelig for pasienten at målet er å reise hjem.

(...)ting skal skje så fort, nå er det sånn at vi skal begynne å planlegge utdato når de kommer, fordi vi vil at flere og flere skal bo hjemme så lenge som mulig. Og for at det ikke skal komme som en sånn brå beslutning at «nå skal du hjem», det skal være planlagt hele tiden. (...) Vi vil jo at de skal komme seg hjem.

For at avdelingene og pasientene skal nå målet om raskest mulig hjemreise, må pasientene lære seg å gjøre hverdagslige aktiviteter mest mulig selvstendig. Da må sykepleierne jobbe med hendene på ryggen, og ikke gripe inn og hjelpe til før de virkelig må. Alle sykepleierne forteller at det er viktig å ikke ta over aktivitetene for pasientene, men at den enkelte får bistand hvis det er behov for det.

(...) Jeg bare pleier å si at jeg vil at de skal prøve sjøl først (...) Og greier de ikke det, så kan jeg hjelpe til. (...) Og så ser man jo det at utover i løpet, så greier de det jo sjøl etter hvert. (...) Man tenker jo hele tiden på at de skal hjem ikke sant, at de må greie det hjemme.

Det er givende for sykepleierne å jobbe med disse pasientene, særlig fordi de opplever at måten å jobbe på fører til raskere fremgang for pasientene.

Det er ikke alltid selvsagt at pasienten skal hjem. Det har de siste årene skjedd en endring av pasientens grad av funksjon, forteller sykepleierne. Pasientene kan nå være veldig dårlige når de

kommer fra sykehuset til avdelingene, og sykepleierne forteller at flere av pasientene er så dårlige at det er vanskelig å se for seg at pasientene kan komme hjem igjen. Men sykepleierne forteller at det likevel er fokus på å finne pasientens ressurser. Kanskje klarer han å vaske seg i ansiktet selv, da er det en begynnelse. Josefine forteller at hun har endret tankesettet sitt etter at hun begynte å jobbe på avdelingen. Der det før var vanskelig for henne å se for seg pasientens hjemreise, har hun nå fullt fokus på pasientens ressurser og hva de klarer, fremfor hva de ikke klarer. Anna er inne på det samme, og forteller om at rehabiliteringsarbeidet er prioritert på avdelingen, og er like viktig som annen behandling:

Men her så skal du på en måte gjøre mest mulig sjøl og det tar jo, skal egentlig ta den tida det tar. Bruker du en time på maten, så er det kanskje det som er viktigst da, for du skal klare å mestre å spise. Eller om du bruker en halvtime på å vaske deg liksom. Ja, det går utover min tid, og jeg har flere pasienter. Men ofte da så kan dem på en måte sitte og pusle litt for seg sjøl. Vi må ikke stå opp og se på at du, jeg veit at du kan det. Men at da er det heller bedre at du klarer å gjøre det sjøl enn at jeg skal gjøre ting for deg.

Selv om avdelingens mål er at pasientene skal hjem, er det pasientens egne mål som bør bære i fokus i rehabiliteringen. Sykepleierne uttrykker at å la pasientene sette mål ikke alltid blir prioritert i hverdagen. Sykepleierne ble ikke spurt direkte om metoden de eventuelt brukte for å hjelpe pasienten med å sette mål. På den ene avdelingen ble det gitt *rehabiliteringsvedtak* til de pasientene med størst rehabiliteringspotensiale, for eksempel unge slagpasienter. Da var det egne, tverrfaglige målmøter, hvor pasienten satt egne mål. Det var likevel ikke alltid at de målene ble fokus i en travel hverdag, men de var ifølge sykepleierne med på å gi pasienten motivasjon.

Det kan virke som at det er avdelingens mål om hjemreise som styrer rehabiliteringsprosessen, men at sykepleierne jobber med pasientene for å finne motivasjonsfaktorer for å komme dit. Det blir ofte satt delmål, for eksempel å kunne gå i trapp.

Det er ikke alltid pasientens mål stemmer overens med hva sykepleierne mener det burde være, som ofte er knyttet til funksjon. Det ser ut til å være en forskjell på de rene rehabiliteringsavdelingene og korttidsavdelingene med tanke på dette. Ida trekker frem et eksempel:

KOLS pasienter som kanskje ikke akkurat skal bruke all energien sin til morgenstell ikke sant. Men igjen så blir det jo hva som er viktig. Er det veldig, veldig viktig å få lov til å kunne ivareta personlig hygiene selv ikke sant. Ja, så det er jo litt varierende det og' da.

Sykepleierne gir uttrykk for å være i en klemme mellom avdelingens mål om å få de raskest mulig hjem og pasientens egne mål, især om disse ikke samsvarer. Avdelingen blir presset fra sykehuset, fordi det ligger andre pasienter der og venter på plass. Etter at samhandlingsreformen trådte i kraft må kommunen betale for hvert døgn pasientene ligger ferdigbehandlet på sykehuset, når kommunen vurderer det til at pasienten trenger institusjonsplass, men ikke har ledig kapasitet. Det er saksbehandlerne som tar disse avgjørelsene, men de er avhengige av at de ansatte på sykehjemmene jobber for å få pasientene klare for hjemreise. Sykepleierne uttrykker at de ønsker å hjelpe pasienten med å sette egne, personlige mål, men at det er vanskelig når de samtidig vet at pasienten kanskje må hjem før målet er nådd. To av sykepleierne fortalte at de ville føle et ansvar for at pasienten skulle nå målet før hjemreise, og den ene sa at det ville være negativt for tillitsforholdet mellom henne og pasienten om det ikke ble slik.

5.2 NÅR TIDEN IKKE STREKKER TIL

Alle sykepleierne trekker frem dårlig tid, i varierende grad, som en mulig årsak til at det er vanskelig å jobbe med hendene på ryggen. En av grunnene til at jeg ønsket å intervju sykepleiere som jobber med rehabiliteringspasienter i kommunen, var at jeg antok at det der var prioritert nok midler til å jobbe med rehabilitering "etter boka". Sykepleierne gir uttrykk for at det til tross for ledelsens velvilje til å legge til rette, er vanskelig å planlegge ansattdekning i forhold til pleietyngde. Noen pasienter krever mye tettere oppfølging enn andre. Hvis det er mange hjelpetrengende pasienter på avdelingen samtidig, blir det liten tid til å jobbe "med hendene på ryggen". Amelia er en av de som opplever det slik, selv om avdelingen hennes sannsynligvis er den som er best tilrettelagt for rehabilitering, av de avdelingene jeg har besøkt. Her tar de ikke inn pasienter med andre problemstillinger i påvente av flere rehabiliteringspasienter- det vil si at det kan være ledige plasser og likevel ordinært antall ansatte. Selv om sykepleierne vurderer seg selv som gode på prioriteringer, opplever de det som utfordrende når tiden ikke strekker til. Anna bekrefter at det er varierende hvor hektiske dagene er, men at de siste månedene har vært spesielt utfordrende.

For vi har vært altfor lite folk og veldig tunge pasienter. Og hvert fall når vi har tre rehabiliterings, altså rene rehabiliteringspasienters så skal du bruke mye tid, og vi har ikke nok tid og vi har ikke nok ressurser på jobb. (...) Så jeg føler at jeg får ikke gjort det jeg skal, og så går det ut over alle andre, fordi at du må prioritere hvem du faktisk må være med mest da.

Grunntanken om rehabilitering er absolutt er tilstede i avdelingene, men også flere av sykepleierne beskriver en hverdag som gjør det vanskelig å leve opp til hvordan man ideelt sett ønsker å jobbe. Innimellom går ikke arbeidsdagen opp hvis pasientene skal gjøre alt selv. Da blir det til at sykepleierne hjelper til med mer enn de egentlig ønsker, med tanke på rehabilitering. Tross dårlig tid og til tider lav bemanning, gir sykepleierne uttrykk for at å jobbe med hendene på ryggen er en arbeidsmetode som gir mening, og som de prioriterer. Kari forteller:

kneppe en knapp, det tar jo kanskje fem minutter ikke sant. Det klør veldig på at; jammen jeg kan gjøre det, det går greit, for du veit at du egentlig må haste videre, likevel så kan du ikke vise at du skal det. Ikke sant? Den synes jeg er litt vanskelig, men jeg prøver så godt jeg kan å jobbe med henda på ryggen der vi skal jobbe med henda på ryggen.

Flere av sykepleierne gir uttrykk for at mangel på tid fører til at arbeidsdagen blir litt “ad hock” og lite planlagt. Dersom de får ro sammen med pasienten til å se på hva som er viktig for at han skal kunne klare seg selv, blir rehabiliteringen mer strukturert. Det gjør også prioriteringene enklere for sykepleierne hvis de har en felles plan, og sykepleierne på avdelingen er enige om hvordan det kan gjøres. Ved at alle følger samme plan, blir det forutsigbart for både sykepleier og pasient. Det er nok imidlertid ikke så enkelt gjennomførbart som det høres ut som. Sykepleierne er nokså ulike i sin oppfatning av hvor godt pasientene klarer seg alene. Noen av dem synes det er helt greit å la de teste ut aktiviteter selv, mens andre er skeptiske til å la de prøve for mye på egenhånd, særlig i tilfeller der de for eksempel skulle falle.

5.3 OMSORG PÅ NYE MÅTER

Sykepleie assosieres med omsorg. Sykepleierne i studien har ulik bakgrunn, og for de fleste var det tilfeldigheter som gjorde at de valgte å bli sykepleiere. Noen beskriver seg som omsorgsfulle fra barndommen av, andre forteller at de er glad i mennesker og derfor likte beskrivelsen av sykepleieryrket. Noen beskriver også ansvaret til sykepleiere som positivt. Det er også tilfeldig for de fleste at de jobber akkurat med rehabilitering, noen fikk jobb rett etter praksis, andre ønsker å jobbe nær hjemstedet sitt og flere ser på jobben som spennende, litt som “mini-sykehus”, men uten tredelt turnus.

Flere beskriver at de her, i større grad enn på sykehus, har mulighet til å se helheten til pasienten. Noen av de forteller at de har endret synet sitt på omsorg, fra å ha en mer hjelpende funksjon til å se

hva som skal til for at pasienten skal kunne oppnå høyere grad av egenomsorg. Sannsynligvis er dette noe de har lært av egne erfaringer eller av kulturen på arbeidsplassen. Ingen av sykepleierne kunne huske å ha hatt rehabilitering som et eget fag i studiet. Det var derimot stort fokus på “det gode stedet” og den tradisjonelle måten å utøve omsorg på. Dette tok de med seg inn i arbeidslivet. Josefine forteller om dette:

Jeg tror nok at jeg var mye ‘flinkere’ til å hjelpe til pasientene før og hjelpe de med å stelle seg og, og sånn, og at nå prøver jeg å ta meg litt mere tid til at de faktisk, om de bruker et kvarter på å vaske seg i ansiktet, at de faktisk får lov til å prøve på det. Og prøver og å se mere helheten, og velge ut ting som de faktisk kan klare selv, mens andre så, ja det trenger vi kanskje ikke å trene på nå. Fokusere på små ting. Og jeg tror nok og’ jeg har blitt flinkere til å høre på pasienten da, hva som er viktig for dem.

Relatert til at sykepleiere ofte blir forbundet med omsorg og varme hender, fikk sykepleierne spørsmål om de opplever å gi like mye omsorg når de jobber med hendene på ryggen. Sykepleierne selv synes det, men de er usikre på om pasienten opplever det slik. De uttrykker at reaksjonene til pasientene har noe å si for hvordan de selv opplever det. De tror at hvis de forklarer godt og pasientene ser resultater, vil pasientene også forstå at det ligger omsorg bak. Gro oppsummerer:

Jeg veit ikke om den personen sjøl kanskje synes at jeg hadde vært omsorgsfull når jeg på en måte ikke fysisk gjør noe, men jeg sjøl synes jo egentlig det. For en ting er liksom å «hei, hei, god morgen, nå skal du stå opp» og så bare gå derfra, men at man på en måte står der og «nå skal du få lov til lå gjøre alt selv og så kan jeg stå her og veilede deg og ja, hvis det trengs.

Amelia forteller at hun liker begge arbeidsformer, både å pleie og vise omsorg på den tradisjonelle måten, i tillegg til å jobbe med hendene på ryggen når det trengs. Hun forklarer at det hele tiden er en balanse, og at må tilpasse arbeidsmetoden til den enkelte pasient, så vel som situasjon.

Det kommer også helt an på situasjonen. Hvis du kan tenke deg en pasient som akkurat har lært seg å stå etter et brudd og er superengstelig, og står og holder seg fast for harde livet, mens du drar på bleia, men så skal hun egentlig klare det selv, men du ser på hele henne at det her går ikke, så er jeg litt hands-on.

Videre forteller hun om en episode der hun tålmodig instruerte en pasient i å ta såpe fra en dispenser. “Da gjorde jeg faktisk en bra jobb, for hun må faktisk lære seg hvordan hun skal bruke såpa, for det har hun gjort i alle år”

Her snakker Amelia om hvordan hun tilstreber å tilpasse pleien, slik at balansen mellom ulike former for omsorg passer den enkelte pasient. Hun gir uttrykk for at det å føle seg omsorgsfull på ulike måter, enten ved å lytte til en som har det vanskelig, gi god pleie til en som trenger det eller ved å bidra til at en pasient oppnår et mål, gir en følelse av å gjøre en god jobb. Og nettopp det Amelia forteller om her går igjen i de andre intervjuene- ønsket om å gjøre en god jobb. Josefine beskriver følelsen:

Jeg synes jo det er veldig gøy når vi har, om ikke en spesiell situasjon, men et helt forløp, hvor man da ser at pasienten kommer og kan ikke stå på beina og vi starter med å bruke heis og, og plutselig nå så går de med rullator, spiser selv, steller seg selv. Det gjør det veldig sånn meningsfullt, selv om det har vært mange opp og nedturer frem til der vi er i dag, men. Men de pasientene som virkelig viser at de vil da og vil tilbake igjen til der de var, det gir en veldig sånn tilfredsstillende følelse som sykepleier. Og se at det, det er faktisk mulig.

5.4 NÅR DEN TRADISJONELLE SYKEPLEIERROLLEN KOMMER I VEIEN

Som nevnt har sykepleiere tradisjonelt sett hatt en hjelperrolle. Til rehabiliteringsinstitusjoner og korttidsavdelinger i kommunene kommer det ofte eldre som fortsatt har dette synet på sykepleie, forteller sykepleierne i studiet. De forteller om svært varierende grad av motivasjon for å gjøre noe selv hos pasientene. Noen pasienter er svært motiverte for fremgang og tar initiativ til å trene på egenhånd. Andre er kanskje motløse etter å ha fått en alvorlig diagnose eller vært igjennom et tøft sykehusopphold. Noen av disse ønsker å gjøre lite selv og reagerer negativt hvis de ikke får den hjelpen de forventer. Når sykepleierne møter motstand fra pasientene, påvirker det dem. Amelia forteller:

Noen er veldig tiltaksløse og ikke motiverte for trening i det hele tatt og andre er kjempemotiverte og kommer seg kjempebra. Så det er litt, noen ja, jeg synes det er morsommere å ha de som faktisk er motiverte for oppholdet enn de som ikke er motiverte. Og som ikke tar noen initiativ selv. Vi har jo pasienter som spør om vi kan trene, som virkelig prøver selv og så er det andre som sitter helt maniske på rommet sitt og ikke gjør noen ting.

Sykepleierne opplever at de pasientene som er negative til å øve på å få til ting selv, tar mye energi fra dem. Noen sykepleiere har opplevd å få kommentarer på at de er strenge og at de ikke vil hjelpe til. Da vet sykepleierne at de har en krevende motivasjonsjobb foran seg. Sannsynligvis er det et

misforhold mellom pasientens forventning til et sykehjemsopphold og hva som har møtt han. Sykepleierne reflekterer nemlig over at når de forklarer pasienten grunnen til at det er viktig at de gjør litt selv og hvorfor sykepleierne venter til han har forsøkt noen ganger selv før de tar over, så endres ofte pasientens holdninger. Sykepleierne har ulike metoder for å nå inn til disse pasientene. Noen bruker humor, mens andre er mer lyttende. Når de har nådd inn til pasienten, kan de begynne med motivasjonsarbeidet. Hva han må kunne for å være hjemme synes å være et godt utgangspunkt for samtalen. Anna forteller at hun ofte må realitetsorientere litt i forhold til hvordan det blir hjemme:

Det er mange som ikke skjønner hvordan dem skal, på en måte, gå på do da, for eksempel; «nei, men det blir så bra når hjemmesykepleien kommer», «jammen du, hvis du må tisse og hjemmesykepleien ikke kan komme der på ti minutter. Hva skal du gjøre da? Da må du prøve å gå på do sjøl, her. Vi er jo her for å på en måte trygge deg, for at du skal klare det.

Sykepleierne forteller at det ikke er alltid de når inn til pasientene, uansett hvilke metoder de bruker. Noen ganger er det kognitive problemer som gjør det vanskelig å forstå hensikten med å trene, andre ganger er bare ikke motivasjonen på plass. Noen av sykepleierne i studien forteller at de opplever en slags ambivalens i møtet med enkelte pasienter, hvor de må gå på akkord med seg selv og sine verdier, for å følge opp avdelingens mål om hjemreise.

Pårørendes holdninger til hjemreisen spiller også en rolle for hvordan sykepleierne opplever situasjonen. Dersom de pårørende er positive, og gir uttrykk for at de vil stille opp når pasienten kommer hjem, opplever sykepleierne det tryggere å sende hjem pasienten. To av sykepleierne sier at de da føler at de pårørende tar noe av ansvaret bort fra deres skuldre, selv om pasienten er mer redusert enn hva de egentlig synes er forsvarlig ved utreise. Dersom de pårørende derimot er negative til utreise, kan sykepleierne bli usikre. Flere har opplevd å bli konfrontert av frustrerte pårørende, og to sykepleiere sier at det påvirker hvordan de ser på pasienten. Selv om pasienten er oppegående og klarer det meste selv, og sykepleierne tror kan klare seg fint hjemme med hjemmesykepleie, kan de bli usikre og grue seg for å sende pasienten hjem. En av sykepleierne har opplevd å at det ikke gikk så bra med en pasient hjemme, og pårørende ringte til avdelingen: *hva sa jeg?* Det satte spor, forteller hun.

Sykepleierne befinner seg i et etisk dilemma når de ser pasientens fortvilelse, samtidig som tiden for oppholdet på sykehjemmet renner ut. Noen av sykepleierne sier at de har opplevd å tråkke over en grense og presset pasienten til å gjøre mer enn han var komfortabel med. Noen har også opplevd det motsatte, å kjenne på at pasienten selv tar sjanser med fare for å falle, i sin iver etter å bli bedre. De føler sterkt på at de har omsorg for, og ansvar for å passe på pasienten.

5.5 Å FINNE SIN ROLLE I ET TVERRFAGLIG SAMARBEID

I avdelingene til alle sykepleierne jeg har snakket med er det fokus på tverrfaglig samarbeid. I selve avdelingene jobber sykepleiere og helsefagarbeidere/ hjelpepleiere. Noen steder jobber det i tillegg, på deltid, ufaglærte assistenter og sykepleiestudenter. På alle avdelingene er det tilknyttet fysio- og ergoterapeut, men det er stor forskjell på hvordan og hvor mye de trener med pasientene. På den ene avdelingen er det forskjell på om pasientene har fått rehabiliteringsvedtak eller ikke. Har de det, så utløser det mer fysio- og ergoterapiressurser. Det vil for eksempel si at ergoterapeutene går inn i ADL- aktiviteter og kartlegger grundig hva pasienten klarer selv. Dette gjøres bare unntaksvis på de andre avdelingene, det vil si dersom sykepleierne etterspør råd fra ergoterapeutene. En av sykepleierne forteller at det er nyttig for kartleggingsdelen at ergoterapeuten gjør dette, men gir uttrykk for at det også kan skape forskjeller:

(...) de bruker jo ofte en time på morgenstellet. Det har jo ikke vi tid til. Så de er nok kjempeflinke til det å ta seg tid og da tror jeg nok pasientene og' klarer mer. Men, vi har kanskje en halvtime da. Bør ha det som maks hos pasienten, og da blir det fortere til at de kanskje gir opp eller at vi bare, ja men nå har du gjort det, så da bare hjelper vi deg med resten. At det blir litt sånn.

Selv om "å jobbe med hendene på ryggen" er en relativt ny arbeidsmetode for sykepleierne, er det altså ergoterapeutenes standardmetode. Sykepleierne kan oppleve samarbeidet med dem som inspirerende, men også bli frustrert over å ikke ha like god tid som dem.

Det er ulikt hvilke arenaer faggruppene har for å snakke sammen om pasientene. Alle sykepleierne forteller at de har tverrfaglige møter på avdelingen, hvor de diskuterer de ulike pasientene. Møtene er lagt opp ulikt fra avdeling til avdeling, men felles er at de har med aktuelle faggrupper som forteller hvordan de observerer pasienten, med sine spesifikke fagbriller på. De snakker om vedtakets varighet, og planlegger opphold og hjemreise. For å kunne legge disse planene må de vite hvordan det ser ut hjemme hos pasienten. Hos de fleste drar fysio- og ergoterapeut på hjemmebesøk sammen med pasienten for å finne ut av hva som må trenes på for å kunne bo hjemme og om det er behov for hjelpemidler:

(...) se om det er terskler, trenger de håndtak, trenger de rullestol, trenger de ja, møblere om, ta bort tepper, sånne ting. Så skriver de en rapport om det, og bestiller de hjelpemidlene som

trengs og bestiller det til en viss dato. Så kommer de hjem og monterer ting fra hjelpemiddelsentralen.

Dette er med på å danne grunnlaget for videre trening i avdelingen, hvor fysio- og ergoterapeutene jobber sammen med sykepleierne og helsefagarbeiderne/ hjelpepleierne for å oppnå best mulig resultat.

Sykepleierne ble ikke spurt direkte om samarbeidet med helsefagarbeiderne/hjelpepleierne, men de ble likevel trukket frem av en av sykepleierne som sentrale i rehabiliteringsarbeidet. Hun mener at hjelpepleierne er flinkere enn sykepleierne til å følge opp arbeidet mot målene. Grunnen til dette menes å være at sykepleierne har mange andre oppgaver ved siden av, som legevisitt og medisintil levering. Sykepleieren utdyper at hjelpepleierne tar seg tid til å se sammenhenger mellom hjemmets utforming og hva de må trene på, at pasienten må trene på å gå i trapp dersom det er trapper hjemme, for eksempel.

5.5.1 SYKEPLEIEREN I TRENERROLLEN

Sykepleiere på en rehabiliteringsavdeling, og kanskje i enda større grad på en korttidsavdeling, har mange roller. I løpet av en arbeidsdag sjonglerer sykepleieren sine mange hatter, tilpasser seg de rundt seg. På en korttidsavdeling kan hun oppleve å gå fra en terminal pasient omgitt av sørgende pårørende, til å veilede en slagpasient på bedringens vei, før legevisitt for å diskutere medisindoseringen til en pasient med sterke smerter. Jeg kommer ikke til å gå inn på hvordan sykepleierne opplever disse rollebyttene, annet enn det som er relatert til det tverrfaglige samarbeidet; de stadige skiftene mellom pleier og trener.

Tilbake til begrepet "med hendene på ryggen". I rehabiliteringsarbeidet består store deler av arbeidshverdagen i å veilede pasienter. Sykepleierne veileder i stell, men tilpasser veiledningen til hver enkelt pasient. Sykepleieren forklarer pasienten underveis at morgenstellet også er trening. Da er det viktig å forklare godt, og kanskje med eksempler, trekker en av sykepleierne frem. Ved å forklare at han trener balanse ved å stå foran vasken og vaske seg med klut, kan det være lettere å motivere til denne typen aktivitet. En annen sykepleier trekker frem at hun prøver å motivere pasientene til å reise seg fra toalettet uten å bruke armene, for å trene opp lårskulaturen.

Sykepleierne forteller at pasientene likevel ikke alltid ser at trening på dagligdagse aktiviteter er trening. Heller ikke i de tilfellene hvor ergoterapeuten har vært inne i stell og sannsynligvis også påpekt det. De beskriver at pasientens forventinger til dem er andre enn forventingene til for eksempel fysioterapeuten. De pasientene som er motiverte for trening anser fysioterapi som svært viktig, ifølge sykepleierne. Josefine beskriver det slik:

(...)fysio- og ergo det er livsnødvendig og de skulle helst vært der flere ganger om dagen. Og svært få pasienter synes jeg ofte ikke ser at vi også faktisk kan hjelpe til med trening. De venter bare på fysio- og ergo og eller, jammen vi kan faktisk gå en tur i trappa eller gå en tur i gangbanen og. Så det tar litt tid for pasientene å forstå at treninga deres er ikke bare er den halvtimen fysioene er der, det er hele døgnet.

I tillegg til ADL-trening, som pågår hele døgnet, hjelper flere av sykepleierne til med gåtrening, trappetrening og veiledning i øvelser. Til tross for dette, føler de ikke at pasientene ser det. Amelia forklarer:

(...)vi er jo veldig sykepleiere da. Føler kanskje at de tenker at fysioterapeuten er de som trener de, mens vi er de som pleier de. Men her er det faktisk sånn at det er sykepleierne som trener med de både på kveld og i helg. Da er jo ikke fysioterapeutene her. (...) Jeg tror de ser på oss sykepleierne som mer omsorgsfulle og hjelp til alt mulig rart, mens fysioterapeuten på en måte bare blir en trener, en personlig trener.

Noen av sykepleierne opplever at det kan være vanskelig å få med seg pasientene på å gjøre øvelser når fysioterapeuten ikke er tilstede. Det tverrfaglige samarbeidet er da viktig, for hvis pasienten opplever at de ansatte samarbeider godt og blir veiledet av hverandre, kan de lettere overtales til trening med andre enn fysioterapeuten. Kari forteller:

Det som vi pleier å gjøre sånn i begynnelsen, når ergo-/ fysio går inn første gangene, er at vi er med inn for å se litt deres teknikk, sånn at vi kan gjøre det samme, og vi får den samme beskjeden som pasienten får (...) da kan jeg si «jo, men det her har vi avtalt med ergo- fysio og det er sånn du skal gjøre det. Og da er det mye enklere å få de med på ting. (...) Men vi prøver å samarbeide med fysio- ergo på hva vi kan gjøre og hva vi ikke kan gjøre. Og bare det å få deres teknikk inn, så kan vi øve på det videre uten at de trenger å være tilstede bestandig. Og det aksepterer som regel pasientene veldig godt.

5.5.2 Å LÆRE AV HVERANDRE/ TVERRFAGLIG FORSTÅELSE

Sykepleierne ser på det tverrfaglige samarbeidet som viktig for at rehabiliteringen skal fungere. De fleste gir uttrykk for å være fornøyd med samarbeidet med fysio- og ergoterapeutene. De har også et tett samarbeid med legen. Det er ikke ansatt andre faggrupper, som logoped eller synspedagog, på avdelingene.

Sykepleierne gir uttrykk for at fysio- og ergoterapeutene er faggrupper de respekterer og lærer mye av. En av dem forteller at de for tiden implementerer et prosjekt for å få mer aktive pasienter, hvor de i samarbeid med fysio- og ergoterapeutene lager aktivitetsplan for pasientene, som skal gjennomføres uansett hvem som er på jobb. De planlegger en workshop med case sammen med fysio- og ergoterapeutene, hvor de kan diskutere hvordan aktivitetsnivået kan økes hos ulike pasientgrupper, ikke bare rehabiliteringspasientene.

Stort sett er sykepleierne fornøyd med det tverrfaglige samarbeidet, men noen uttrykker et ønske fysio- og ergoterapeutene hadde større forståelse for at sykepleierne har mange andre oppgaver enn å trene med pasientene, og at det i en travel hverdag kan være vanskelig å prioritere trening. *“...det er lettere for ergoterapeuter og fysioterapeuter å si ‘åh, har dere ikke gjort det, eller hvorfor har dere ikke gjort det’, og at de ikke ser den helheten fra vårt sted, hva annet ved siden av...”*.

De fleste setter likevel ord på at å bidra til økt aktivitet for pasienten er en positiv del av jobben, neon mer enn andre.

Josefine utpeker seg under intervjuene ved å fremme viktigheten av at faggruppene beholder sin egen identitet. Hun forteller at sykepleieren må dekke flere behov hos pasienten enn bare det fysiske, og at enkelte pasienter for eksempel blir deprimerte etter å ha fått en alvorlig diagnose. Hun sier at sykepleieren må se hele mennesket og se andre behov også, ikke bare det fysiske.

Flere av de andre sykepleierne sier også noe om at de savner at de andre faggruppene engasjerer seg i mer enn bare sitt eget fag. På flere av avdelingene handler de tverrfaglige møtene mest om det fysiske ved pasienten. Den ene avdelingen har derimot inkludert mer av det sykepleiefaglige, temaer som også er avgjørende for pasientens bedring, for eksempel ernæring eller sår. På denne måten lærer ikke bare sykepleieren av de andre faggruppene, men også omvendt.

Flere snakker om at det ikke bare er de ulike faggruppene som har forskjellige briller på, men at sykepleierne og hjelpepleierne har ulike måter å tilnærme seg pasientene på. *“...alle jobber veldig forskjellig, så det er litt det å utnytte kunnskapen til hverandre også”* .

Sykepleierne uttrykker alle glede over pasienthistorier som har vært vellykket. Kari trekker frem et eksempel hvor de samarbeidet spesielt godt med fysio- og ergoterapeutene, og hvor alle satt igjen med en følelse av å ha jobbet bra - sammen.

der inne var det fokus så det holdt. Det var liksom trening hver eneste dag, om det var helg, om det var kveld, om det var dag. Og fysio/ ergo var der inne hver dag, utenom i helgene da. (...) Da var det vi som tok over. Alle, mange fikk opplæring på den ståsenga (...) ikke stoppe opp de dagene det ikke var noe (...) Det var kjempegøy

5.6 OPPSUMMERING AV FUNN

Jeg har nå presentert resultatene av analysen. Det viser seg at sykepleierne opplever å ha mange ulike roller innen rehabiliteringen, som til sammen utgjør “rehabiliteringssykepleieren”. Pasienten står i fokus for arbeidet, men andre aktører påvirker hvordan sykepleierne ser på sin rolle.

Det går ikke an å presentere én del, uten å ta med påvirkningsfaktorene. Derfor gaper funnene nokså vidt, og noen av kategoriene går litt over i hverandre. Jeg skal nå forsøke å oppsummere, og trekke frem noen funn som er relevante å diskutere videre.

- Målsetting i form av personlige mål, for eksempel S.M.A.R.T-mål (ref. 3.1.3) ser ut til å være lite brukt. Når pasienten er negativ til avdelingens mål om raskest mulig hjemreise, opplever sykepleierne å være ambivalente. På den ene siden føler de lojalitet til avdelingen og ønsker å bidra til å klargjøre pasienten for hjemreise (og på den måten frigjøre plass til ny pasient), men på den andre siden har de fått en relasjon til pasienten og kjenner til hans bekymringer rundt hjemreisen.
- Sykepleierne trives med “å jobbe med hendene på ryggen” og opplever at metoden gir gode resultater. De synes metoden er tidkrevende til å begynne med, før pasienten tar over aktiviteten helt. Det kan være vanskelig å prioritere å jobbe slik i en travel hverdag.

- Pasientene ser ikke alltid hensikten, eller de mangler motivasjon for å øve på å gjøre aktiviteter selv. Sykepleierne har således erfart at motivasjons- og informasjonsarbeid er en stor del av rehabiliteringen.
- Sykepleierne påvirkes av holdningene fysio- og ergoterapeutene har til hvordan sykepleierne jobber, og hvordan det tverrfaglige samarbeidet på avdelingen fungerer.
- Relasjonen til pasientene og deres pårørende, samt deres tilbakemeldinger, synes å være viktig for om de synes de gjør en god jobb og om de yter god omsorg.

6.0 DISKUSJON

I denne delen skal jeg diskutere noen viktige funn fra min analyse, for å komme nærmere svaret på problemstillingen:

Hvordan erfarer sykepleieren rehabiliteringsarbeidet i kommunal institusjon?

Jeg tar utgangspunkt i hovedfunnene, som jeg har trukket frem i oppsummeringen av resultatdelen (5.6), men har nå samlet dem i to temaer som jeg ønsker å drøfte, *Når endringer i samfunnet skaper forvirring om omsorgsbegrepet* og *Hva er viktig for deg – eller oss?* Jeg vil diskutere funnene i lys av sykepleieteori, aktuell fagteori og tidligere forskning.

Først vil jeg diskutere betydningen av omsorg når sykepleierne jobber “med hendene på ryggen”. Jeg innleder med sykepleiernes oppfatning av endringene som har skjedd i helsevesenet de siste årene. Bakgrunnen for dette er at denne utviklingen har betydning for hvordan sykepleierne jobber, og som også får betydning for om pasientene opplever å bli møtt med like mye omsorg som før, eller ikke. Når sykepleierne trekker frem pasientenes tilbakemeldinger som indikator på om de yter god omsorg, er det relevant å se på om samfunnets holdninger og forventninger utvikler seg i takt med de politiske føringene. Videre vil jeg se på hvordan sykepleierne selv ser på omsorg, relatert til teori og tidligere forskning. Under analysen, gikk jeg, som tidligere nevnt, bort fra temaet utdanning, ettersom det ikke var direkte koblet til problemstillingen. Jeg vil likevel hevde, basert på uttalelser fra sykepleierne, at sykepleieutdanningen påvirker hvordan de ser på omsorg, og diskuterer dette mot slutten av kapittelet.

I *Hva er viktig for deg – eller oss?* vil jeg se på hvordan sykepleierne jobber med målsetting. Til tross for at brukermedvirkning og målsetting utgjør store deler av definisjonen på rehabilitering (Helsedirektoratet, 2018), sier flere av sykepleierne jeg har intervjuet at dette ikke alltid prioriteres i hverdagen. Grunnen er at det er en overordnet prioritering at pasientene skal raskest mulig hjem.

6.1 NÅR ENDRINGER I SAMFUNNET SKAPER FORVIRRING OM OMSORGSBEGREPET

Der pasientene før kom til rehabiliteringsavdelingen for optimalisering av funksjon, kommer de nå svært syke rett fra sykehus. Sykepleierne forteller at dersom pasienten har mulighet til å kunne klare

seg hjemme med hjemmesykepleie og tilrettelegging med nødvendige hjelpemidler, blir de ikke prioritert på rehabiliteringsavdelingen. Endringene begynte med innføringen av St. meld. nr. 47: Samhandlingsreformen (2008-2009) med økning de siste par årene, ifølge sykepleierne i min studie. Sannsynligvis kan vi se en sammenheng i de seneste årenes utvikling med at *eldrebølgen* har begynt å virke (Vedvik, 2017). Samhandlingsreformen har ført til kortere liggetid på sykehus. I tillegg har det vært en fordobling av antall døde i sykehjem etter reformen (Bruvik, Drageseth & Abrahamsen 2017), noe som bekrefter sykepleiernes erfaringer knyttet til at pasientene er gjennomgående dårligere på sykehjemmet nå, enn tidligere.

I tillegg til samhandlingsreformen har det kommet en rekke helsepolitiske dokumenter de siste årene. Fokuset i helsevesenet har dreid fra "hjelpende hender" til "hendene på ryggen", og målet er at flest mulig klarer seg selv, men med minst mulig hjelp. Sykepleiere og annet helsepersonell kjenner til disse endringene, men hva med resten av befolkningen? Det er kanskje ikke så enkelt å forstå, når politikerne samtidig har *økning av sykehjemsplasser* på listen av valglofter.

Når pasientene kommer svært syke til sykehjemmet etter et kort opphold på sykehus, kan de ha gjennomgått store omveltninger på noen få dager. Kanskje har de gjennomgått et slag, eller ligget flere timer på gulvet med lårhalsbrudd, før noen fant dem. For noen år siden ville de kanskje fått langtidsplass på sykehjemmet med én gang. Slik er det ikke lenger, men dersom de ikke har satt seg inn i endringene eller hatt pårørende med denne problematikken de siste årene, så forventer de kanskje at de nå skal ta det med ro. Kanskje kjenner de et behov for å få omsorg i form av hjelp til å vaske seg og kle på seg. Når sykepleieren oppfordrer dem til å stå opp og bli med ut i matsalen, har de mest lyst til å trekke dyna over hodet. Det oppleves som mas.

Kan det være slik at sykepleiere som jobber med rehabilitering har et for stort egenomsorgsfokus? Kari Martinsen (2003) hevder at egenomsorgsrettet sykepleie er ekskluderende og utelukker mange pleietrengende. Hun mener at sykepleierne må akseptere at pasientene ikke klarer alle gjøremål selv. Kanskje er det denne forståelsen av sykepleie noen av pasientene legger til grunn når de uttrykker at de *nå fortjener omsorg og pleie etter et langt liv som skattebetalere*, som flere av sykepleierne refererte til. Når sykepleierne da lener seg mer mot Orems (2001) forståelse av omsorg, og fokuserer på mestring og utvikling, er kanskje ikke utgangspunktet for samarbeid optimalt.

Men dersom sykepleieren på rehabiliteringsavdelingen ser potensiale for bedring, har hun vel en plikt til å forsøke vise pasienten at alt håp ikke er ute? Ifølge Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (2016) skal sykepleieren *understøtte håp, mestring og livsmot hos pasienten*.

Egenomsorgsprosessen i Orems teori begynner med at pasienten blir bevisst sin egen tilstand, noe som skjer gjennom personlige erfaringer og kulturelle forutsetninger (Cavanaugh, 2010). Det som da

skjer er at pasienten tar innover seg det som har skjedd, reflekterer rundt situasjonen og vurderer hvordan han skal komme seg videre. Sykepleieren tar da i bruk *den veiledende hjelpemetoden*, hvor hun gir informasjon og rådgivning til pasienten om tilstand, og muligheter. Det er imidlertid en forutsetning for videre rehabilitering at pasienten selv har eller oppnår et ønske om å dekke sine behov for egenomsorg (Cavanaugh, 2010).

Det står også i Yrkesetiske retningslinjer (2016) at pasientens valg skal respekteres. Selv om sykepleierne ønsker at pasienten skal bli bedre, så er det ikke alltid at det er oppnåelig. Eldre har ofte et sammensatt sykdomsbilde, slik at for eksempel et lårhalsbrudd kan lede til ytterligere belastning og i noen tilfeller død (Roche et al., 2005). Noen ganger må de som jobber med rehabiliteringspasienter innse at pasienten er for dårlig, og godta at annen behandling er bedre egnet for pasienten (Hasselkus et al., 1997).

Respekten sykepleierne i studien min har for pasientens sårbarhet kommer til syne ved at det har betydning for dem om pasienten synes de yter god omsorg eller ikke. For å kunne yte god omsorg, er relasjonen mellom sykepleier og pasient avgjørende. Dersom begge "byr litt på seg selv" og deler mer enn det som er høyst nødvendig, oppstår det en mellom-menneskelig kontakt. For pasientens del spiller det en rolle om sykepleieren får han til å føle seg ekstra viktig. Denne spesielle kontakten får han bare med en eller to sykepleiere, og sykepleierne har det på samme måte. Det blir for emosjonelt vanskelig å knytte sterke bånd til alle pasientene (Kvåle, 2005).

Sykepleierne i studien min gjenspeiler dette ved å fortelle at det er lettere å forholde seg til noen pasienter, enn andre. De sa at de umiddelbart fikk best kontakt med de pasientene som er positive og viser engasjement. I studien til Kvåle (2005) om hvordan pasientene ser på den omsorgsfulle sykepleieren, kom det frem at det, i tillegg til det medmenneskelige, opplevdes som en del av omsorgen å bli frisk, få rett behandling og god informasjon. Sett opp mot min studie, fortalte noen av deltakerne om å få en spesiell kontakt med "den vanskelige pasienten" etter hvert. De fortalte om episoder som tydelig viste at det betydde noe ekstra å oppnå god kontakt når de hadde måttet jobbe for det. Sannsynligvis har de da bevist ovenfor den skeptiske pasienten at de er til å stole på.

Sykepleierne i studien min gir uttrykk for at en stor del av arbeidsgleden kommer av å bidra til at andre har det bra. Nisja (2014) sier at motivasjonen for å velge utdanningen er ofte at de har et ønske om å hjelpe andre, men det er ikke nok for å trives i yrket når de er ferdig utdannet. Dette reflekteres i uttalelser fra sykepleierne. De forteller om andre motivasjonsfaktorer for å fortsette på arbeidsplassen, som gode kollegaer, videreutvikling og stolthet over gode resultater. Den gamle myten om at sykepleiere er engler i hvitt, er avkreftet, ifølge Nisja (2014). Sykepleierne jeg intervjuet

fremstod ikke som altoppførende engler, men som faglig sterke og reflekterte, med pasienten i fokus. Eksempelvis gjennom å henvise til teori og forskning når de reflekterte rundt pasientcase.

Sykepleierne forteller at de på sykepleierutdanningen lærte om omsorg på den tradisjonelle måten, som handler om god pleie spesielt i stellsituasjonen. Kari Martinsen vurderes av mange som en foregangskvinne for den tradisjonelle omsorgen. Hun er skeptisk til om pasientene opplever det som omsorg dersom de blir utfordret til å gjøre aktiviteter på egenhånd, i en sårbar situasjon (Martinsen, 2003). Andre hevder at omsorg skal utøves i tråd med helsepersonelloven, uansett om man jobber med palliasjon eller rehabilitering. Det vil si at rehabilitering også skal utøves med godhet, vennlighet og respekt (Birkeland 2014). Dette er i tråd med Orem's syn på omsorg, hvor hun fremmer arbeidet med å hjelpe pasienten til å gjenvinne egenomsorg. For å komme dit, er det viktig at sykepleieren har enkeltmennesket, altså pasienten, i fokus og ser *hans* behov (Orem, 2001).

Opplevs det omsorgsfullt å jobbe med hendene på ryggen? Svaret kan handle delvis om konteksten. Det synes vanskelig for sykepleierne å se at det er vel så mye omsorg i rehabilitering, som i annen sykepleie. Denne forståelsen, eller misforståelsen, kan skyldes at det er for lite fokus på temaet under utdanningen. Etter å ha finlest studieplanen til flere sykepleierutdanninger, finner jeg ikke rehabilitering som tema på noen av dem (Universitetet i Stavanger, 2018). Det kan likevel vise seg å ikke være helt riktig observert, da en spørreundersøkelse utført i 2018 (Brekklund et.al) viser at rehabilitering er et fag som bakes inn i ulike emner. Likevel er det ikke tilstrekkelig tyngde på faget til at sykepleierne er forberedt på utfordringene som møter dem når de er ferdig utdannet. Kun fem av ni utdanningsinstitusjoner hadde egen faglitteratur om rehabilitering på pensum (Brekklund et al., 2018). Når det nå er stadig økt fokus på rehabilitering og hverdagsmestring fra politikernes side, må man stille spørsmål ved om utdanningen henger etter. For selv om det er veldokumentert at å jobbe med hendene på ryggen har god effekt, er sykepleiere beskrevet som den yrkesgruppen som ikke klarer å omstille seg til å jobbe på den måten (ref. Hverdagsrehabilitering Birkeland, 2014). Kanskje har de med seg en vrangforestilling fra utdanningen om hva omsorg er, og derfor vegrer seg? Sykepleierne reflekterer faglig over arbeidet sitt under intervjuene, og er opptatt av det de lærte på sykepleierutdanningen. Ved å øke fokuset på rehabilitering i utdanningen, satt i sammenheng med omsorgsbegrepet, ville de hatt med seg en bedre forståelse av metoden. Det kunne ført til at de opplevde det omsorgsfullt å jobbe med hendene på ryggen.

6.2 HVA ER VIKTIG FOR DEG- ELLER OSS?

Sykepleiernes endrede syn på sykepleie, henger sammen med en dreining i helsepolitiske dokumenter; fra å se på pasienter som hjelpetrengende til mennesker med ressurser.

Brukermedvirkning er et begrep i vinden, som innebærer at pasienter eller brukere skal bidra inn i prosjekter og planer som er relevant for deres diagnose. På den måten skaffer de ansatte, enten det er prosjektledelsen i kommunen og/eller regjeringen, seg innsikt i hva som er viktig for pasientene (Helsedirektoratet, 2018).

I pasient- og brukerrettighetsloven §3-1 står det at pasienten skal medvirke i utformingen av tjenestetilbudet, slik at det blir så godt som mulig tilpasset hans behov. KS og folkehelseinstituttet har satt brukermedvirkning på dagsorden ved å opprette en egen "Hva er viktig for deg"-dag. Den arrangeres 6. juni hvert år og hensikten er å oppfordre helsepersonell til å spørre sine pasienter om hva som er viktig for at den enkelte skal oppleve et godt pasientforløp.

I tillegg til de helsepolitiske dokumentene, er det veldokumentert i teorien at målsetting er en viktig del av rehabiliteringen, som skaper motivasjon og fremgang (Solvang 2018, Siegert & Levack, 2014). SMART-mål trekkes frem som en metode som fungerer bra i rehabiliteringen (Siegert & Lewack, 2014).

Sykepleierne har altså klare retningslinjer å forholde seg til og teori å støtte seg til, som oppfordrer til å hjelpe pasienten med å sette egne mål for oppholdet. Sykepleierne i studien min ble ikke direkte spurt om hvilken metode de bruker for målsetting, da jeg ikke var forberedt på at det skulle bli et så stort tema i denne masteroppgaven. Det var ingen av sykepleierne som nevnte SMART-mål eller andre verktøy for målsetting. De av sykepleierne som sa noe om hvordan målsettingen ble utført, rent praktisk, fortalte at det ble gjort på tverrfaglige møter i begynnelsen av oppholdet.

Retningslinjene for hver avdeling varierer når det gjelder hvor tidlig de går inn og setter mål for pasientens opphold. Under intervjuene kom det frem at pasientene slett ikke alltid er delaktige i målsettingen. Som regel er det avdelingens mål om utreisetidspunkt som gjelder, og konkrete delmål lages heller ikke alltid.

Hva kan grunnen være til at sykepleierne ikke oppfordrer pasienten til å sette egne, personlige mål, når det så ettertrykkelig er anbefalt? (finder ikke forskning om hvorfor) Sykepleierne gir inntrykk av at de gjerne vil jobbe mer målrettet sammen med pasienten, men at det føles lite troverdig å sette mål som er viktig for pasienten hvis han må hjem før målet er oppnådd. Kanskje svaret ligger i at når sykehuset og saksbehandlerne presser på, og avdelingens mål blir å få pasienten raskest mulig hjem, så oppstår det en konflikt hvor sykepleierne blir dratt fra begge ender.

Vi kan se for oss en pasient som nylig har gjennomgått et hjerneslag, og som nå opplever at armen ikke fungerer. Dersom hun har hatt strikking som sin største glede og hobby, kan det være vanskelig for henne å se for seg at hun vil kunne gjenoppta denne aktiviteten. Når sykepleieren setter seg ned med henne for å motivere til å sette mål for rehabiliteringen, er det likevel “å kunne strikke gensere til barnebarna” som peker seg ut som det eneste målet. Pasienten tar til tårene når hun senere på dagen får vite at hun kun har fått innvilget et tre ukers opphold, og at det planlegges at hun da skal hjem. Situasjonen føles håpløs.

I Stortingsmelding nr.34: Verdier i pasientens helsetjeneste (2015-2016) sies det at helsevesenet har ansvar for tydelige prioriteringer for å sikre et rettferdig, likeverdig og godt helsetilbud. Det vil si at kommunene må tilstrebe et likeverdig tilbud til innbyggerne sine. Men er det så enkelt å for eksempel gi et like langt opphold på rehabiliteringsavdelingen til to pasienter med tilnærmet like utfall? I den samme meldingen står det ettertrykkelig at pasienten må få være delaktig i hvordan helsetilbudet legges opp. Pasienten vet nemlig best hva som fungerer for han/henne.

På den annen side hevder Anne-Stine Røberg i sin kronikk *Når helseministeren er syk, får han da rehabilitering?* (2019) at regjeringen, ved å legge så stor vekt på brukermedvirkning, krever mer av pasienten. Således handler rehabilitering mindre om hvordan vi har det og mer om hvordan vi tar det, tolker hun. Dersom pasienten bruker lang tid på å finne motivasjonen for opptrening, om hun da noen gang gjør det, bør hun da få et betydelig lengre opphold og tettere oppfølging enn naboen, som gleder seg til å komme hjem til familien? Dersom det er slik at forventningene til pasienten er han skal “ta det” slik naboen gjør det, takle sykdommen og sette i gang med livet igjen, så påvirker det kanskje hvordan sykepleierne jobber på rehabiliteringsavdelingene. De må hele tiden balansere på en etisk linje mellom å motivere til aktivitet eller å respektere pasientens valg om å ikke ønske å delta, ref. kapittel 6.1.

Målet om å “kunne strikke gensere til barnebarna” er ikke urealistisk, men det er en lang vei å gå. Det kan ikke karakteriseres som et SMART-mål, ettersom det ikke er tidsavgrenset. Det er likevel et aktuelt mål i rehabiliteringen til denne pasienten, fordi det er et mål som kan gi motivasjon til å trene. Ingen kan si noe om hvor lang tid rehabiliteringen vil ta, eller hvor bra hun vil bli, så kort tid etter slaget. Sykepleieren kan støtte pasienten i at det er et viktig mål (Orem, 2001). Samtidig må hun kanskje realitetsorientere henne i forhold til at det er et langsiktig mål, og at det krever hardt arbeid å komme dit.

Motivasjon er en stor del av rehabiliteringsprosessen, ofte kan veien fremover virke endeløs (Hasselkus et al. 1997). Dersom de kommer helt hjelpetrengende til sykehjemmet, er de i behov av *det helt kompensere system* (Orem, 2001). For en tidligere oppegående og relativt sprek person,

kan det oppleves som en håpløs situasjon. Sykepleieren må da bruke sin *trøstende funksjon*, og stå ved pasientens side i situasjonen (Romsland, 2015), eller sagt på en annen måte; bruke hjelpemetoden *støtte pasienten (fysisk og) psykisk* (Orem, 2001). I denne fasen vil det kanskje være overveldende for pasienten å skulle sette egne mål (Siegert & Lewack, 2014). Kanskje holder det med at sykepleierne, sammen med fysio- og ergoterapeut, setter små mål, som å kunne sitte på sengekanten. Sykepleierne i studien gav uttrykk for at det var slik de jobbet, de tok utgangspunkt i konkrete dagligdagse aktiviteter i den daglige omgangen med pasientene (selv om det ikke alltid ble definert og dokumentert som mål). Sykepleierne gav uttrykk for at de hadde kjennskap til hva som var viktig for pasienten, selv om det ikke var nedtegnet som et spesifikt mål.

Når pasienten etter hvert blir bedre, vil han kunne ta over noen av gjøremålene selv, for eksempel å vaske seg i ansiktet selv med en klut. Da er pasienten i behov av *det delvis kompensierende system* (Orem, 2001). Sannsynligvis vil hun i denne fasen være i stand til å sette egne mål ved hjelp av sykepleieren, som *bidrar til utvikling og et støttende miljø* (hjelpemetode 4) (Orem, 2001). Dersom pasienten fortsatt ikke klarer å se langt fremover, kan kanskje sykepleieren klare å motivere henne til å sette delmål, som etter hvert vil føre til hovedmålet. Sammen med fysio- og ergoterapeut kan det trenes på arm- og håndfunksjon, og dersom pasienten ser bedring, kan hun bli motivert til å trene på andre funksjoner. Kanskje vil hun etter hvert kunne sette SMART-mål for andre utfall etter hjerneslaget som ikke er relatert til "å kunne strikke".

La oss si at de tre ukene gått og at pasienten skal hjem. Ifølge sykepleierne i min studie, er det vanlig at fysio- og ergoterapeuten har vært på hjemmebesøk med pasientene i forkant av hjemreisen og vurdert om boligen er tilrettelagt for at de skal kunne klare seg hjemme. De forteller at det ofte beroliger engstelige pasienter, men ikke alltid. Til tross for at de, for eksempel, får testet forflytninger inn og ut av sengen, er mange fortsatt redde for å dra hjem. I tillegg er kanskje de pårørende bekymret og uttrykker sin frustrasjon til sykepleieren. *Hvordan skal mor klare seg hjemme alene? Hva om hun faller?* var eksempler som sykepleierne tok frem.

Sykepleieren må vise respekt og omtanke for pårørende (Yrkesetiske retningslinjer §3), men hva når kritikken føles urettferdig? Når sykepleieren føler at hun har gjort sitt aller beste for pasienten, at de har fått en god relasjon og nådd flere delmål? Når hun egentlig skulle ønske at pasienten kunne bli på avdelingen litt til, for å komme nærmere neste mål, men saksbehandler og de andre som bestemmer sier nei? På den ene siden ønsker kanskje sykepleieren å fortelle alt dette til de pårørende, men samtidig har hun lojalitet ovenfor den beslutningen som er gjort, og må stole på at de vurderingene som er gjort er gode nok. De respekterer og forstår at andre pasienter trenger

plassen og at det derfor er viktig at pasientene blir klare for hjemreise, men de forteller at de argumenterer for forlenget opphold dersom de ser at det gagnar pasienten.

Sykepleierne i studien fortalte at det noen ganger kunne være vanskelig å møte bekymrede pårørende, og at det var vanskelig å få en god relasjon til dem hvis de var veldig negative. Ofte ønsker de mer hjelp for pasienten enn det de ansatte mener er nødvendig eller kan tilby. Ifølge Vik (2012) kan slike holdninger hos de pårørende påvirke pasienten til passivitet. Det vil forsinke måloppnåelsen, og for pasienten kan det kanskje føre til utsettelse av hjemreisen. I så tilfelle kan det oppstå frustrasjon hos sykepleierne, som da kan føle at de ikke har gjort jobben sin med å pasienten klar til hjemreise. Eller de kan kjenne på at de pårørende ødelegger motivasjonen til pasienten, som de har brukt så lang tid på å bygge opp.

Men pårørendes bekymring kan forstås ved å sette seg inn i deres situasjon. Når man er ukjent med helsevesenet er det vanskelig å se for seg hvordan det vil bli når hun kommer hjem, og hvordan rehabiliteringen vil foregå hjemme. I tillegg kan dårlig samvittighet og at de bor langt unna, spille en rolle. Dersom pårørende blir møtt med forståelse og får informasjon, letter ofte samarbeidet (Haugen, 2014).

Sykepleierne som jeg intervjuet, fortalte at pasientene også kunne være negative, men fordi de tilbrakte mye tid sammen med dem, fikk de ofte god kontakt etterhvert likevel. I tråd med Orems (2001) *støttende og undervisende system og hjelpemetodene* skyldes det sannsynligvis at de har vært en god støtte for pasientene både fysisk og psykisk, forklart hvordan sykdommen eller skaden har påvirket dem og forberedt dem på hva som møter dem når de kommer hjem.

Som det fremkommer i resultatdelen (kap.5), bør også pårørende få støtte og god informasjon. Dersom de også blir møtt og inkludert fra pasienten kommer til avdelingen, og får den samme informasjonen om at rehabiliteringen vil fortsette i hjemmet og at hjemmesykepleien vil være der under stell og måltider, vil de kanskje være tryggere og dermed mer imøtekommende. Flere av sykepleierne i studien hadde god erfaring med pårørendemøter. Det er imidlertid viktig å huske på at forventningsavklaringer bør gjøres i samråd med tjenesten som skal følge opp pasienten hjemme, slik at man ikke lover for mye. Det er en fordel om hjemmesykepleie og fysio- og ergoterapeut som skal følge opp pasienten hjemme blir invitert til pårørendemøtene (Kvæl, 2019).

6.3 OPPSUMMERING DRØFTING

Ved å diskutere funnene og sette de opp mot teori og tidligere forskning, er det nå litt tydeligere hvordan sykepleiere erfarer rehabiliteringsarbeidet i kommunen.

Sykepleierne opplever at politiske føringer ikke har nådd frem til pasientene. Pasientene forventer ofte å møte omsorg i form av hjelpende hender når de kommer på sykehjem, selv om det heter rehabiliteringsavdeling. Dersom sykepleierne klarer å motivere pasientene til å ønske å oppnå større grad av egenomsorg, opplever de seg som omsorgsfulle, selv når de "jobber med hendene på ryggen".

De har god kunnskap om rehabilitering og ytrer et ønske om å jobbe mer rehabiliteringsrettet, med fokus på mål og egenomsorg, men rehabiliteringsarbeidet kommer litt i bakgrunnen. Det er flere grunner til det:

- Saksbehandler eller andre på vedtaksmøtet bestemmer lengden på oppholdet. Sykepleierne får til en viss grad si sin mening, men dersom det er mange på sykehuset som venter på sykehjems plass, drar pasientene noen ganger hjem før sykepleierne, pårørende og pasientene selv mener de er klare for det
- Sykepleierne har ikke tid til å vente på at pasienten skal gjøre aktiviteter selv
- Pasientene er svært dårlige når de kommer, og ikke motivert for eller i stand til å sette mål.
- Det er bare stedvis rutine å sette personlige mål, og å dokumentere disse slik at de er synlige og i fokus for alle som jobber med pasienten.

7.0 AVSLUTNING

Å jobbe med denne masteroppgaven har vært en lærerik prosess. Jeg har vært heldig som har fått et innblikk i syv reflekterte sykepleieres arbeidshverdag. Det foregår veldig mye bra rehabiliteringsarbeid, men det fremkommer av studien at det stedvis mangler struktur. Dersom sykepleierne skal jobbe slik hensikten med rehabilitering er, er de avhengig av at det er lagt til rette for det. Når flere av plassene på en rehabiliteringsavdeling opptas av pasienter som venter på langtidsopphold, er det ikke lagt til rette for motiverende miljø for pasienten (Kvæl 2019). Det bidrar heller ikke til et rent rehabiliteringsmiljø for sykepleierne og fordrer at de skifter mellom pleiehatten og trenerhatten i langt større grad enn om avdelingen kun hadde rehabiliteringsplasser. Den ene avdelingen jeg besøkte var lagt opp slik at de kun tok imot rehabiliteringspasienter, og den fremstod som den avdelingen med tydeligst struktur og prosedyre for arbeidet.

At sykepleiere har knapt med tid, er ikke nye funn. Likevel vil jeg trekke frem at å prioritere litt ekstra tid til å lage prosedyrer og klare retningslinjer for hvordan rehabiliteringsarbeidet skal utføres, vil frigjøre tid senere. Tre punkter utpeker seg, og bør være med i en slik retningslinje:

- prioritere tid i en bli kjent-fase for å bygge relasjoner mellom sykepleier og pasient
- sette motiverende mål sammen med pasienten
- “jobbe med hendene på ryggen”

Alle tre punktene kan fremstå som tidkrevende. Å jobbe slik krever at sykepleierne bruker mye tid med pasientene i begynnelsen, men det vil kunne føre til at de raskere oppnår større grad av egenomsorg. Det vil igjen føre til at pasientene kan dra raskere hjem, og det blir bedre rullering på sykehjemsplassene.

Kvalitativ metode er velegnet for å lære om sykepleiernes opplevelse av rehabiliteringsarbeidet. Selv om utvalget på syv sykepleiere kan være for få til at denne masteroppgaven har overføringsverdi, tror jeg likevel det har kommet frem informasjon som kan implementeres i praksis. Flere av poengene understøttes nemlig av en helt fersk, norsk studie som har undersøkt hvordan helsepersonell ser på eldre pasienters deltakelse i aktiviteter, når de oppholder seg på korttidsavdeling (Kvæl, 2019).

Med tanke på videre forskning er det flere aspekter jeg kunne tenke meg å se nærmere på. Det kunne for eksempel vært interessant å intervju avdelingslederne på avdelingene, for å høre deres versjon av hvordan det arbeides med rehabilitering, med spesielt fokus på egenomsorg og personlig målsetting for pasientene. Det kunne også være interessant å dykke dypere inn i hvorfor

sykepleierne ikke fokuserer mer på mål, da jeg fant lite som understøttet mine resultater omkring det.

LITTERATURLISTE

- Bertelsen, B. (2016). Grunnleggende sykdomslære. I S. Ørn, & E. Bach-Gansmo (Red.) *Sykdom og behandling* (2. utg., s. 35-52). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Biermann, Kari U. (1995). Dorothea E. Orems egenomsorgsteori: en innføring: Fagnotat. Høgskolen i Oslo, avdeling for sykepleierutdanning.
- Birkeland, A. (2014). Aktiv mestring i hjemmesykepleien. *Sykepleien*. doi: 10.4220/sykepleiens.2014.0023
- Bruvik, F., Drageseth, J. & Abrahamsen, J.F. (2017, august). Fra sykehus til sykehjem – hva samhandlingsreformen har ført til. *Sykepleien forskning*. doi: [10.4220/Sykepleienf.2017.60613](https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2017.60613)
- Brown, V. & Clarke, V. (2006) Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3 (2), 77-101.
- Brown, V. & Clarke, V. (2018, juni) Thematic analysis an introduction. Recorded at the University of the West of England. Hentet fra <https://www.youtube.com/watch?v=5zFcC10vOVY>
- Brekklund, J., Eggen, K., Furelid, B. & Lunde, T.E. (2018., 26. juni) Sykepleierens rehabiliterende funksjon må vektlegges i utdanningen. *Sykepleien*. Hentet fra <https://sykepleien.no/meninger>
- Burke, K. G., & Doody, O. (2012). Nurses' perceptions of their role in rehabilitation of the older person: Kathleen G Burke and Owen Doody discuss a study that highlights the aspects of care needed to re-enable older people to maximise their quality of life.(Research)(Report). *Nursing Older People*, 24(2), 33.
- Cavanagh, S.J. (2010) *Orems model i praksis* (2.utg.). Dansk utgave: København: Munksgaard Danmark.
- Fonn, M. (2019, 14. februar). Kari Martinsen: -Pleien tar den tiden den tar. Hentet 2. mars 2019 fra <https://sykepleien.no/2019/02/kari-martinsen-pleien-tar-den-tiden-den-tar>
- Gabrielsen, B. (2013). Færre eldre bor på sykehjem. I J. Ramm (red.) *Eldres bruk av helse- og omsorgstjenester*. Oslo: SSB.
- Hagring, Minna (2014, 30. mai) *Sykepleiere med et PR-problem*. NRK Ytring. Hentet fra <https://www.nrk.no/ytring>

- Hasselkus, B.R., Dickie, V.A., Gregory C. (1997) Geriatric Occupational Therapy: The Uncertain Ideology of Long-Term Care. *American Journal of Occupational Therapy* Vol. 51, 132-139
- Haugen, K. (2014). *En vanskelig pårørende*. *Sykepleien* (09):56-57 doi: 10.4220/sykepleiens.20140126
- Helsedirektoratet (2018). Nasjonal veileder om Rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator. Nettadresse: <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/rehabilitering-habilitering-individuell-plan-og-koordinator>
- Helse- og omsorgsdepartementet (1998). Ansvar og meistring (Meld. St. 21 1998-1999).
- Helse- og omsorgsdepartementet (2009). Samhandlingsreformen: Rett behandling – på rett sted – til rett tid (Meld. St. 47 2008-2009).
- Helse og- omsorgsdepartementet (2016). Verdier i pasientens helsetjeneste (Meld. St. 34 2015-2016)
- Helse- og omsorgsdepartementet (2017-2019) (2016). Opptappingsplan for habilitering og rehabilitering. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/helse--og-omsorgstjenester-i-kommunene/innsikt/opptappingsplan-for-habilitering-og-rehabilitering-2017-2019/id2517920/>
- Helse- og omsorgsdepartementet (2017). Habilitering og rehabilitering. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/helse--og-omsorgstjenester-i-kommunene/habilitering-og-rehabilitering/id732467/>
- Helse- og omsorgsdepartementet (2018). Leve hele livet (Meld. St. 15 2017-2018).
- Kristoffersen, N.J. (1996). Teoretiske modeller i sykepleie. I N. J. Kristoffersen (Red.), *Generell sykepleie 1* (s. 361-456). Oslo: Universitetsforlaget
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3.utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kvæl, L. A. H., Debesay, J., Bye, A. & Bergland, A. (2019, IN PRESS) Health-care professionals' experiences of patient participation among older patients in intermediate care—At the intersection between profession, market and bureaucracy DOI: 10.1111/hex.12896
- Loft, M.I. (2017). Stroke rehabilitation 24/7: Development, test and feasibility of a complete nursing intervention (Phd)
- Long, A.F., Kneafley, R., Ryan, J. & Berry, J. (2002). The role of the nurse within the multi-professional rehabilitation team. *JAN* (37:1), 70-78.
doi: <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2002.02059.x>
- Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven). LOV-1999-07-02-63.

- Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning* (3.utg). Oslo: Universitetsforlaget.
(Kap.12)
- Martinsen, K. (2003). *Omsorg, sykepleie og medisin* (2.utg.). Oslo: Universitetsforlaget
- Martinsen, K. (2013) *Omsorg, sårbarhet og tid* (kap) *Nødvendige omveier*. Oslo: Cappelen Damm akademisk
- .
- Melby, Kari (2000) *Kall og kamp*. Norsk sykepleieforbunds historie. 2.utg. Oslo: J.W. Cappelen
- Nesje, Kjersti (2014, 23. september) En engel i hvitt. Dagsavisen Nye meninger. Hentet fra <http://www.dagsavisen.no/nyemeninger>
- Nordtvedt, P. (2014) Er omsorg realistisk? *Sykepleien* (5/14) doi: 10.4220/sykepleiens.2014.0052
- Olsvik, E. H. (2016). *Vitenskapsteori for sykepleie : tenkemåter i kunnskapsstyrt profesjonsutøvelse* . Drammen: Vett & viten. [s. 11-53 og 99-136] (75 s.)
- Orem, D.E. (2001) *Nursing: Concepts of practice* (6.utg.). Georgia: Mosby.
- Petersen, K.A. & Boge, J. (2017) *Bachelor i sykepleie må få ny rammeplan*. *Sykepleien forskning* (10) doi: 10.4220/Sykepleiens.2017.63593
- Postholm, M. B. (2005). *Kvalitativ metode. En innføring med fokus på fenomenologi, etnografi og kasusstudier*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Roche, J.J.J, Wenn, R.T., Sahota, O. & Moran, C.G. (2005). Effect of comorbidities and postoperative complications on mortality after hip fracture in elderly people: prospective observational cohort study. *BMJ* 2005; 331:1374. doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.38643.663843.55>
- Romsland G.I., Dahl, B., Slettebø, Å. (2015). *Sykepleie og rehabilitering*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Røberg, A-S. (2019, 1. april). *Når helseministeren er syk, får han da rehabilitering?* *Forskning.no*. Hentet 20.april 2019 fra <https://forskersonen.no/kronikk-meninger-politikk/nar-helseministeren-blir-syk-far-han-da-rehabilitering/1318685>
- Siebert, R.J & Lewack, W.M.M (2014). *Rehabilitation goal setting: Theory, practice and evidence*. Boca Raton, FL: CRL Press.
- Solvang, P. (2019) *(Re)habilitering*. Bergen: Fagbokforlaget
- Solvang, P. & Slettebø, Å. (2012) *Rehabilitering*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Svindland, Henanger, & Myrmell (2015). *Omlegging og endring av tjenestetilbudet i en norsk kommune mot mer hverdagsrehabilitering – hva mener et utvalg ansatte?*

Thagaard, T. (2018). *Systematikk og innlevelse – en innføring i kvalitative metoder* (5.utg.). Bergen: Fagbokforlaget

Tuntland, H. og Ness, N.E. (2014) *Hverdagsrehabilitering*. Gyldendal akademisk: Oslo.

Tveiten, S. (2002) *Veiledning - mer enn ord*. Fagbokforlaget: Oslo

Vähäkangas, P., Noro, A., & Björkgren, M.

(2006) Provision of rehabilitation nursing in long term care facilities.

Journal of advanced nursing 55(1), 29-35

Vetvik, E. & Disch, P.G. (2017). *Retorikk og realiteter: Planlegging for framtidens helse- og omsorgsoppgaver i kommunene – 2015 – 2025*. Senter for omsorgsforskning: sør

Vik, K. (2012). *Aktivitet og deltakelse for eldre*. *Ergoterapeuten* (01), 23-28.

Universitetet i Stavanger (2019-2020). *Studieplan og emner: Sykepleie bachelor*. Hentet 16. april 2019 fra: <https://www.uis.no/studier/studietilbud/helsefag/sykepleie/studieplan-og-emner/>

Utdannings- og forskningsdirektoratet (2008). *Rammeplan for sykepleierutdanning*. Hentet fra https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kd/vedlegg/uh/rammeplaner/helse/rammeplan_sykepleierutdanning_08.pdf

Utdannings- og forskningsdepartementet (2018). *Høring om forslag til nasjonale retningslinjer for helse- og sosialfagutdanninger*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/horing-forslag-til-nasjonale-retningslinjer-for-helse--og-sosialfagutdanninger/id2593119/?expand=horingsbrev>

Yrkesetiske retningslinjer (2018)

VEDLEGG

Vedlegg 1: Intervjuguide

Vedlegg 2: Informasjonsskriv med samtykkeskjema

Vedlegg 3: Prosjektbeskrivelse

Vedlegg 4: Godkjenning fra NSD

Vedlegg 1:

Intervjuguide

Bakgrunn:

Kan du fortelle meg litt om bakgrunnen din, altså hva som er bakgrunnen for at du valgte å bli sykepleier? (Følge opp med spørsmål knyttet til hvor hun ble utdannet, når hun var ferdig utdannet)

Valg av yrke/erfaring?

Kan du fortelle litt om hvilke erfaringer du har gjort deg i jobben som sykepleier og hvorfor du valgte å jobbe der du er nå, med rehabilitering?

Hva førte deg til kommunal sektor?

Erfaringer med å jobbe med rehabilitering?

Hvilke erfaringer har du gjort deg så langt i jobben med rehabilitering?

Hvordan skiller denne jobben seg fra dine tidligere jobber som sykepleier evt. praksissteder?

Hva er eventuelt annerledes med denne jobben?

Hva innebærer eventuelt denne annerledesheten?

Hvilke utfordringer har du erfart i denne jobben, der rehabilitering inngår, som du mener skiller seg fra andre jobber du har vært i?

Kan du gi eksempler på hendelser du har opplevd som spesielt utfordrende i denne jobben?

Kan du gi eksempler på hendelser/episoder du har erfart som spesielt meningsfulle og/eller givende for deg som sykepleier i denne jobben?

Hva bidrar til å gjøre denne jobben meningsfull for deg som sykepleier?

Hva bidrar til å gjøre denne jobben utfordrende for deg som sykepleier?

Erfaringer og tanker rundt egen tilnærming til brukerne/pasientene

Har din tilnærming til pasientene endret seg i den perioden du har jobbet her? For eksempel dine tanker rundt sykepleier rollen?

Hvilke tanker gjør du deg dersom jeg nevner begrepet «hands-off»?

Hvilke tanker gjør du deg dersom jeg nevner begrepet «hands-on»?

Hvordan vil du plassere deg som sykepleier i jobben din relatert til disse begrepene? Kan du utdype?

Hva synes du om å jobbe med «hendene på ryggen»? Er det vanskelig eller enkelt? – utdyp.

Forventninger til sykepleierrollen

-Hvilke forventninger opplever du at pasientene har til deg som sykepleier? Er de forventningene annerledes enn forventningene til andre faggrupper? Hvis ja, på hvilken måte?

-Hva tenker du om at det i dag er høyere krav til at innbyggerne skal klare seg best mulig selv?

Hvilken betydning får dette for din arbeidssituasjon og tilnærming til pasientene? Påvirker det arbeidet ditt?

Hvilke utfordringer har du (eventuelt) erfart i forbindelse med dette? Kan du utdype, gi eksempler på episoder som du husker spesielt godt?

Hvilke etiske utfordringer kan disse nye kravene få for sykepleiere som jobber med rehabilitering?

Har du opplevd dette som etisk utfordrende selv? Hvordan? Kan du gi eksempler på episoder der dette har vært spesielt aktuelt for deg?

-Er det noe du ville gjort annerledes i rehabiliteringsarbeidet dersom du hadde bedre tid? Hva da? Hvordan?

-Hvilken betydning har din erfaring-baserte kunnskap som sykepleier hatt for den jobben du har nå, og den tilnærmingen du vektlegger overfor pasientene?

Utdanningens fokus på rehabilitering

-Hvilket fokus hadde sykepleierutdanningen der du ble utdannet på rehabilitering?

-Hva husker du spesielt godt fra det dere lærte om rehabilitering?

-Slik du vurderer det nå i ettertid, er det noe du skulle ønske var vektlagt annerledes om rehabilitering da du gikk på studiet?

-Hva forbinder du med Dorothea Orem? Hvilken betydning har hun hatt i din rolle/jobbe som sykepleier? Var det eventuelt andre sykepleieteoretikere, som kan relateres til rehabilitering, som gjorde inntrykk på deg? Fortell! Hvilken betydning har andre sykepleie-teoretikere hatt i din jobb som sykepleier? I din jobb nå der rehabilitering er inkludert?

Fagkultur og tverrfaglig samarbeid:

-Hvilken «kultur» er det på din arbeidsplass for å snakke om sykepleierollen relatert til rehabilitering?

-Er hands-on/hands off noe som dere sykepleiere snakker om? På hvilken måte?

Oppsummering

-Er det andre erfaringer du ønsker å få frem her relatert til det å være sykepleier i en rehabiliteringsinstitusjon? Andre ting du mener er viktig å få frem?

Vedlegg 2:

FORESPØRSEL OM DELTAKELSE I FORSKNINGSPROSJEKTET *”De varme hendene, på ryggen”*

Masterstudie i rehabilitering og habilitering ved OsloMet – Storbyuniversitetet

Student: Linn Therese Fjell

Veileder: Karen Synne Groven

BAKGRUNN OG FORMÅL

Studien vil sette lys på sykepleierens rolle i rehabiliteringsprosessen. Formålet er å innhente ny kunnskap om sykepleieres erfaringer fra rehabiliteringsfaget, med fokus på hvordan de opplever å arbeide med hendene på ryggen. Dersom det viser seg at sykepleierne er mer på tilbudssiden enn det som er hensiktsmessig i en slik prosess, vil det være interessant å finne ut at hvorfor det er slik.

Gruppen som er interessant for prosjektet er sykepleiere som har jobbet et par år. De jobber med rehabilitering på sykehjem nå, men kan gjerne ha andre tidligere erfaringer. Valget er tatt med bakgrunn i at jeg ønsker at de har nok erfaring til å kunne reflektere over ulike case de har vært involvert i. Samtidig bør det ikke være lengre siden de tok utdannelsen enn at de husker hva som var fokus på skolen, og at opplysningene de kommer med om utdanningen ikke er utdaterte.

HVA INNEBÆRER DELTAKELSE I STUDIEN?

Studien vil basere seg på intervjuer av 7-8 sykepleiere. Alle vil bli intervjuet individuelt, du som deltaker kan velge tid og sted. Intervjuet vil ha en varighet på 1-1,5 time. Spørsmålene vil omhandle dine tanker om sykepleieryrket og rollen din i et tverrfaglig samarbeid rundt rehabiliteringspasienten/brukeren, samt hvordan utdanningen forberedte deg på å jobbe med denne faggruppen.

Under intervjuet vil jeg ha med en lydopptaker. Da kan jeg konsentrere meg bedre om det du forteller, og ikke notere hele tiden.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Alle personopplysninger vil bli behandlet konfidensielt, og det er kun jeg og min veileder som vil ha tilgang til opplysningene. Etter intervjuene vil lydopptakene transkriberes (overføres fra muntlig til skriftlig form) og opptakene slettes. Opplysningene vil oppbevares på PC som er låst med passord. Informantene gis fiktive navn og vil ikke kunne gjenkjennes.

Prosjektet skal etter planen avsluttes 30.06.19. Personopplysningene vil da slettes.

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 meg på tlf. 95288538 eller epost Lfjell@hotmail.com. Du kan også kontakte min veileder ved OsloMet, Karen Synne Groven på epost karen-synne.groven@hioa.no.

Studien er meldt til og godkjent av 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)

Vedlegg 3:

Prosjektbeskrivelse Master i rehabilitering og habilitering

Student: Linn Therese Fjell

Veileder: Synne Karen Groven

De varme og gode hendene, på ryggen

En kvalitativ studie

Introduksjon

Tradisjonelt sett har sykepleiere blitt omtalt som omsorgsfulle, hjelpsomme og engler med varme, gode hender. Kvinnene som utdannet seg til sykepleiere på 1800-tallet hadde ofte fått et kall, og viet seg fullt og helt til yrket (Melby 2000). De siste årene har sykepleiere hisset seg opp og skrevet kronikker om å fjerne fokuset på omsorg og engler. De vil fremstå som ansvarsfulle, fagutviklende og fulle av kompetanse, og synes det er gammeldags at Norsk sykepleierforbund fortsatt fronter kampanjer hvor sykepleieren kan virke som en «snill hvem-som-helst» (Nesje 2014, Haging 2014). Jeg er opptatt av at omsorg fortsatt skal være en stor del av vårt yrke og legger ikke skjul på at store deler av min motivasjon for å velge sykepleieryrket ligger nettopp her. Jeg tror at ønsket om å bidra til andres velbefinnende bør være grunnlaget i sykepleien, men at en god sykepleier like fullt må være kunnskapsrik og kreativ. På en rehabiliteringsavdeling må sykepleieren invitere til brukermedvirkning og jobbe målrettet sammen med han og andre støttespillere (Burke og Doody 2012). Selv om jeg synes omsorg skal være grunnleggende hos oss sykepleiere, stiller jeg spørsmål ved om omsorgen ligger i de hjelpende hendene. Hvis målet er å kunne kle på seg selv, er det ikke våre hender som skal være i fokus, men brukerens.

Politikerne trekker fortsatt omsorgskortet når de skal fronte omsorgspolitikken og senest i siste valgkamp argumenterte de for at antall varme hender måtte økes. «KRF lover flere varme hender» (<http://www.dagsavisen.no/innenriks/krf-lover-flere-varme-hender-1.476593>) og «Vi må gi de varme hendene et lønnsløft! Stem på et varmt parti for alle, stem Senterpartiet» (<https://www.senterpartiet.no/lokallag-og-fylkeslag/vestfold/aktuelt/sats-pa-de-varme-hender>) er eksempler på hvordan sykepleiere blir omtalt når politikerne skal samle stemmer. Det kan gjenspeile hvordan den øvrige befolkningen ser på sykepleiere, men også at det er nettopp dette som fortsatt karakteriserer de fleste av oss.

Eldreølgen er forventet å inntreffe mellom år 2020-30, hvor andelen eldre over 80 år vil øke med 50 prosent i løpet av disse ti årene (Vetvik 2017). Det vil da være nødvendig at betydelig flere utdanner seg innen helse, fortrinnsvis sykepleiere, men også hjelpepleiere, ergoterapeuter og fysioterapeuter. Begrepene hverdagsrehabilitering trekkes stadig frem som redningen, og skal redusere eller utsette behovet for hjelp (Helsedirektoratet 2014).

Jeg vil ikke fokusere på hverdagsrehabilitering i min studie, men mener likevel det er relevant å nevne det her, fordi det er stort fokus på det nå og fordi den tverrfaglige måten å jobbe på også karakteriserer tradisjonell rehabilitering. Hverdagsrehabilitering foregår imidlertid kun hjemme hos brukeren eller i hans omgivelser. Det går ut på at man får veiledning i å trene på hverdagslige aktiviteter, for å beholde eller forbedre sin fysiske tilstand. I motsetning til tradisjonell rehabilitering er det sjelden brukeren har gjennomgått en akutt sykdom eller skade, men heller at han har hatt et funksjonsfall over tid. Et fellestrekk innenfor hverdagsrehabilitering og rehabilitering er at brukeren er delaktig i målsettingen, slik at han blir motivert til å trene.

For å se hele brukeren er viktig at det er et tverrfaglig team som jobber rundt brukeren. Disse profesjonalitetene har ulike «briller» på og ser brukerens utfordringer og potensiale fra forskjellige sider. Dermed har man et godt utgangspunkt for å bidra til at brukeren når sine mål (Tuntland og Ness 2014). Ness er ergoterapeut og hevder at ergoterapeuten har aktivitet og deltakelse i hverdagslivet som sitt hovedfokus (Tuntland og Ness 2014). Fysioterapeuten har også fokus på egenmestring og innehar kompetanse for å kunne se kroppslige sammenhenger, vurdere og sette i gang tiltak i samarbeid med brukeren (<https://fysio.no/Hva-er-fysioterapi/Hva-er-fysioterapi-utdypet>). Og hva kan så sykepleieren bidra med i en rehabiliteringsprosess? Jo, det er flere grunnleggende behov som er sentrale for å lykkes i prosessen. Søvnkvalitet, ernæring og medikamentbruk er eksempler som sykepleieren har mye kunnskap om. I tillegg er det psykisk belastende å for eksempel ha gjennomgått et hjerneslag, da kan sykepleieren bidra med kunnskap og erfaring innen kommunikasjon, empati og motiverende samtaler (Berthelsen 2016).

I min undring i forkant av denne masteroppgaven har jeg hatt samtaler med sykepleiere og sykepleierstudenter, og mange har ytret frempå at utdanningen fortsatt er preget av at vi skal være ivrige etter å hjelpe. Likevel, en av sykepleieteoretikerne som trekkes frem i undervisningen er Dorothea Orem (1914-2007). Hun fokuserer på begrepet «egenomsorg», som er sentralt i rehabiliteringsfaget. Orem har et individualistisk menneskesyn, og mener dermed at brukerne, ved å ta ansvar for eget liv og helse, oppnår bedre livskvalitet (Orem 2001 s.43). Sentralt i Orem's verk er Teori om sykepleiesystemene, hvor hun deler inn sykepleierens oppgaver etter hvor god egenomsorg brukeren har. Her fremmer hun sykepleiers rolle som støttende og veiledende, altså at

en viktig del av faget er å «gjøre sammen med» brukeren slik at han kan oppnå sine egne egenomsorgskrav (Orem, Kirkevold).

Gjennom denne studien vil det settes lys på sykepleierens rolle i rehabiliteringsprosessen. Dersom det viser seg at sykepleierne er mer på tilbudssiden enn det som er hensiktsmessig i en slik prosess, vil det være interessant å finne ut at hvorfor det er slik. Er det holdninger fra 200 år tilbake som ligger til grunn? Og har sykepleierutdanningen utviklet seg i takt med samfunnet?

Samfunnsutviklingen tilsier at det er hensiktsmessig at flere klarer seg uten helsetjenester. Hvis det viser seg at sykepleiere som jobber med rehabilitering oftere «gjør for» enn de «gjør med», da er det et håp at denne studien vil bidra til at sykepleierens rolle i rehabiliteringen gis større plass i utdanningen.

Teoretiske perspektiver

Sykepleieteori og vitenskapelig posisjon

Rammeplanen for bachelor i sykepleie er kritisert for å ha lite teori om sykepleievitenskap, den vitenskapsteori som læres er innbakt i fellesfag med andre helse- og sosialfaglige utdanninger (Petersen og Boge 2017). Noen teoretikere er dog på pensum, og en av dem er Dorothea Orem. Hun inkluderes i pensum i sykepleierutdanningen, sammen med flere andre sykepleieteoretikere (Olsvik 2016). Orem vokste opp i Baltimore og utdannet seg i Washington (Biermann 1995). Orem er aktuell for å fremheve sykepleierens rolle i rehabiliteringen, som en faggruppe som fremmer brukerens egne ressurser. Hun definerer egenomsorg som «de aktivitetene individet tar initiativ til og utfører på egne vegne for å opprettholde liv, helse og velvære» (Biermann 1995, s.7). I følge Biermann mener hun ikke nødvendigvis med dette at brukeren skal utføre all aktivitet på egenhånd, men at han har egenomsorg også dersom han tar initiativ til for eksempel å gjøre øvelser eller å trene med krykker. Dersom han derimot er klar over konsekvensene av å ikke gjøre en bestemt aktivitet, men ikke tar initiativ til å utføre den, mangler han egenomsorg (Biermann 1995). Orem snakker om flere ulike omsorgsbehov, blant annet helseavviksrelaterte. Med dette mener hun behov som oppstår med bakgrunn i sykdom eller skade. Hun deler disse inn i seks ulike behov, hvorav jeg har valgt å trekke frem det femte, «å tilpasse selv-opplevelsen (selvbildet) ved å akseptere at man er i en spesiell helsetilstand og har behov for en spesiell type helsetjeneste» (Biermann 1995 s.20). Jeg observerer ofte at brukerne har problemer med å godta situasjonen de har kommet i, og har lyst til å gi opp. Dette gjelder både yngre eldre med for eksempel hjerneslag, men også eldre med for

eksempel brudd. Da kreves det en god del motivasjonsarbeid av helsepersonellet før de klarer å ta innover seg at situasjonen er slik, men at den også kan bli bedre.

Orem hevder at det er når hverken bruker eller pårørende er i stand til å møte brukerens egenomsorgskrav, at behovet for sykepleie oppstår (Biermann 1995 s.22). Da er det viktig å finne en balanse mellom for lite og for mye hjelp. Orem sier ettertrykkelig at brukeren bør gjøre det han klarer selv. Dersom sykepleieren gir bekken i sengen til en som kan klare å gå på toalettet med litt hjelp, vil det i lengden føre til redusert evne til å utøve egenomsorg. Kartlegging av brukerens ressurser er en viktig del av sykepleien, slik at hjelpen er individuelt tilpasset.

I Orem's teori om sykepleiesystemer tas det utgangspunkt i brukerens egenomsorg for å definere sykepleierens ulike roller som omsorgsyter. Det deles inn i tre systemer; helt kompenserende system, delvis kompenserende system og støttende/undervisende system. I det helt kompenserende systemet er brukeren helt avhengig av omsorgsyteren. Han er da ikke selv i stand til å utføre egenomsorgsoppgaver. I det delvis kompenserende systemet kan han utføre noen, men må ha hjelp til andre egenomsorgsoppgaver. Dersom brukeren er i stand til å gjøre det meste selv, men har behov for motivasjon og veiledning, er han en del av det støttende og undervisende systemet (Biermann 1995). Brukerne jeg ønsker å fokusere på i denne studien tilhører det delvis kompenserende og det støttende og undervisende systemet.

En av kritikerne til Orem's teorier er norske Kari Martinsen. Hun er en sykepleieteoretiker som fremmer omsorgsbegrepet innen sykepleien. Hun er kritisk til egenomsorgsbegrepet, fordi hun mener at det ikke er realistisk for alle å gjenoppnå alle funksjoner. I tillegg mener hun at begrepet ikke sammenfaller med sykepleiens tradisjoner (Kristoffersen 2014). Jeg nevner Martinsen fordi hennes syn vil være aktuelt å trekke frem i diskusjonsdelen, for å få frem ulike syn på omsorg og egenomsorg.

Orem posisjonerer seg innen fenomenologien. Det vil også være naturlig for meg i denne studien, ettersom fenomenologien er et studie av hvordan verden fremstår for oss og belyser hvor ulikt mennesker oppfatter hendelser. Vi sanser det som skjer, og fortolker dette. Fortolkningen kalles i kroppsphenomenologien persepsjon og påvirkes av tidligere erfaringer (Merleu-Ponty 2002). Sett ut fra dette oppfører brukerne seg forskjellig, til tross for at sykdomsforløpet kan fremstå relativt likt for sykepleieren. Det er også klargjørende når vi skal se på hvordan de ulike sykepleierne ser på sitt arbeid i rehabiliteringen.

Utdanningsfokus og politiske føringer

Rammeplanen til sykepleierutdanningen (2008) er felles for alle utdanningsinstitusjonene. I henhold til rammeplanen skal utdanningen inneholde 180 studiepoeng, hvorav 90 er teoretiske fag og 90 er praktiske fag (Petersen og Boge 2017). Petersen og Boge hevder at rammeplanen er mangelfull fordi den inneholder for lite sykepleievitenskap i forhold til internasjonale utdanninger, og mener at den trenger en revidering (2017). Rammeplanen sier også lite spesifikt om rehabilitering og gir uttrykk for at sykepleierutdanningen har et medisinsk perspektiv. Den er av eldre dato og lite oppdatert med tanke på regjeringens økte fokus på rehabilitering. Regjeringens egen nettside proklamerer at rehabilitering og habilitering skal inngå naturlig i innsats, behandling og pleie (<https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/helse--og-omsorgstjenester-i-kommunene/habilitering-og-rehabilitering/id732467/>).

Tidligere forskning

Det finnes lite forskning på sykepleierens erfaring med å arbeide med brukere i en rehabiliteringsfase. Men- i en kvalitativ studie fra England, hvor de intervjuet sykepleiere om hvordan utdanningen forberedte dem på å jobbe med rehabilitering, kom det frem at sykepleierne erfarte at til og med sykepleiestudenter hadde problemer med å stå å vente mens brukeren forsøkte å utøve dagligdagse aktiviteter (ADL) selv (Long, Kneafsey, Ryan & Berry 2002). Dette er svært aktuelt for min studie. Mens sykepleierne har ansvar for tre-fem brukere, har sykepleiestudenter gjerne bare en enkelt bruker i fokus gjennom hele dagen. Da sier det kanskje noe om at det ikke bare er dårlig tid som er årsaken til at sykepleiere gjerne vil hjelpe mer enn vi bør.

I en kvalitativ studie fra Irland så forskerne på hvilken oppfatning sykepleierne hadde på sin rolle i rehabiliteringen (Burke, K. G., & Doody, O. (2012). I denne studien kom det frem at sykepleierne var opptatt av brukerens ressurser med fokus på livskvalitet. De hadde fokus på helhetlig sykepleie; ikke bare den fysiske delen av rehabiliteringen, men at det emosjonelle og psykiske var like viktig. For å kunne bidra til en god rehabiliteringsprosess mente de at det var viktig å skape en god relasjon til brukerne, forsøke å forstå dem og å bidra til at brukerne satte mål som var meningsfulle for dem.

I en noe eldre studie fra Finland blir det trukket frem at sykepleierne innehar en koordinerende rolle i rehabiliteringen, i et tverrfaglig samarbeid. Det vil si at de har et mer helhetlig syn på brukeren og tar tak i det som skal til for å få flyt i behandlingen, for eksempel organisere transport. Sykepleierne omgås brukeren på flere områder enn de andre faggruppene. Dette fremmer brukerens delaktighet i rehabiliteringsprosessen, fordi sykepleierne inkluderer treningen i daglige gjøremål (Vähäkangas,

Noro, & Björkgren, 2006). Dette ble også trukket frem i en helt fersk kvalitativ studie fra Danmark (Loft 2017). Sykepleierne ser på det daglige stedet som deres viktigste omgang med brukeren, og de ser at det er gode muligheter for viktig trening i disse situasjonene. Likevel viser det seg de ikke alltid benytter seg av denne sjansen, uten at det er beskrevet noe videre om hvorfor det er slik.

I mangel på nok forskning om sykepleiere, har jeg utvidet søket til å omfavne andre terapeuter. En amerikansk studie fra 1997 beskriver noen av utfordringene ergoterapeuter som arbeider med rehabilitering av eldre på sykehjem har. Selv om studien er gammel er resultatene like aktuelle og problemstillingene kan absolutt overføres fra ergoterapeuter til sykepleiere fordi det er de samme brukerne vi møter. Rehabilitering handler om å bli bedre, å mestre hverdagslivet (Hasselkus, Dickie og Gregory 1997). Dersom man som gammel opplever et traume, for eksempel et hoftebrudd eller et hjerneslag, er det ikke sikkert at motivasjonen for å komme tilbake til hverdagslivet er særlig stor. Veien kan virke lang og uoverkommelig. En stor del av rehabiliteringsprosessen for eldre på sykehjem vil innebære å motivere til aktivitet, samt informasjonsarbeid for å belyse for brukeren hva aktivitet gjør for kropp og sjel. Forskerne påpeker også at det kan være vanskelig å se effekten av rehabiliteringen hos eldre, fordi det ikke alltid er en markant bedring. Det betyr ikke nødvendigvis at behandlingen ikke virker, men at funksjonen holdes på et stabilt nivå, der det uten rehabilitering ville vært en nedgang. Likevel må terapeuten noen ganger innse og godta at rehabilitering ikke er den rette behandlingen (Hasselkus, Dickie og Gregory 1997).

Ergoterapeuten Kjersti Vik presenterer i sin artikkel «Aktivitet og deltakelse for eldre» (2012) hvor viktig det er for de eldre å være aktive i eget liv. Hun trekker frem at de eldre ikke ser på seg selv som gamle og syke, men at det er forhold rundt dem som forsterker denne fremstillingen. De pårørende ønsker ofte flere tjenester for dem enn de har sett for seg selv, og påvirker dermed brukerne til passivitet. Når det da kommer en søknad til kommunen om tjenester, gir for eksempel hjemmesykepleien ofte en «standardpakke» som kanskje innebærer hjelp til stell og matlaging. Det utredes sjelden hvor mye av aktiviteten brukeren kan klare selv, og det blir derfor ikke spesifisert i vedtaket konkret hva hjelpen skal innebære. Det fører ofte til at brukerne får mer hjelp enn de har behov for (Vik 2012).

Forforståelse

Erfaringsmessig er det er tilsynelatende vanskelig for sykepleiere å ikke hjelpe brukeren når han bruker lang tid med for eksempel påkledning. Selv arbeidet jeg i sykehus de åtte første årene som sykepleier. Da skulle alt gå fort og jeg reflekterte lite over at rehabiliteringsprosessen begynte

allerede der, i blant annet det daglige stedet. Opptrening og mobilisering var det fysioterapeutene som tok seg av, mens vi sykepleiere hadde det travelt med å observere i henhold til diagnose, ta blodprøver, dele ut medisiner og være med på legevisitt. Videre fikk jeg jobb i et nyoppstartet innsatsteam, et tverrfaglig team med sykepleier, ergoterapeut og fysioterapeut som skulle jobbe med rehabilitering hos hjemmeboende. Vi hadde god tid til å jobbe «hands-off», men det var likevel en fremmed situasjon for meg som sykepleier å vente på brukerne, mens de prøvde og strevde på egenhånd. Om det var et ønske om å hjelpe til, utålmodighet eller at det var uvant, er jeg usikker på. I tillegg opplevde jeg at forventningene deres til meg var forskjellige fra hva de forventet når ergo- eller fysioterapeuten kom. De gav uttrykk for at de forventet øvelser og trening når fysioterapeuten kom, og ergoterapeuten var de litt usikre på hvilken funksjon hadde. Som sykepleier måtte jeg forklare mer innstendig hvorfor jeg ikke «hjalp» dem når jeg først var der, for eksempel i dusjsituasjon. Etter fire år i innsatsteamet ser jeg selvsagt effekten av å la brukerne gjøre det de klarer selv, og kan også forklare metoden vi jobber etter på en forståelig måte – allerede ved første møte.

Jeg tror ikke jeg er unik i min strevsomhet i å endre arbeidsmetode fra «hands-on» til «hands-off». Vi har i vår kommune forsøkt å ha dette i fokus i hjemmetjenesten, for å bidra til at brukerne kan bo hjemme lengre. Noen av sykepleierne har uttalt at det er vanskelig på grunn av tid, men også at det av gammel vane er lettere å hjelpe, og at det er det som forventes når de kommer.

Hensikt med prosjektet

Hensikten med studien er å fremskaffe kunnskap om hvordan sykepleiere opplever sin rolle i rehabiliteringen. Jeg søker svar på om de som har valgt å utdanne seg til sykepleiere har et underliggende ønske eller behov for å hjelpe andre, og om de er seg bevisst hvordan forskjellige brukergrupper har ulike behov for hjelp/ hjelp til selvhjelp. Jeg håper også at det vil føre med seg større oppmerksomhet og interesse rundt faget rehabilitering.

Tidligere studier har pekt på at både sykepleiere og studenter synes det er problematisk å jobbe «hands-off», og studiene har indisert at grunnen er at omsorgen ligger latent i oss (Long et al 2002) og at den eldre brukergruppen innebærer flere faktorer som problematiserer denne arbeidsmetoden (Hasselkus, Dickie og Gregory 1997).

Basert på dette vil min studie fokusere på følgende forskningsspørsmål:

Hvordan opplever sykepleieren sin rolle i rehabiliteringen?

Underspørsmål:

Hvilke utfordringer og/eller fordeler opplever sykepleieren ved å benytte «hands-off» som arbeidsmetode?

Kan å holde hendene på ryggen oppleves like omsorgsfullt som å ha varme, hjelpende hender?

Design, datamateriale og metode

For å få frem hva sykepleierne som jobber innenfor rehabiliteringsfaget tenker rundt det aktuelle temaet, er det nyttig å bruke kvalitativ metode. «Det kvalitative forskningsintervjuet søker å forstå verden sett fra intervjupersonenes side. Å få frem betydningen av folks erfaringer og å avdekke deres opplevelse av verden, forut for vitenskapelige forklaringer, er et mål» (Kvale og Brinkmann 2015 s. 20).

Jeg søker en forståelse av hvordan sykepleierne opplever sin rolle i rehabiliteringen. Dermed vil et livsverden-intervju, som er inspirert av fenomenologien, være et naturlig valg av metode. Intervjuet vil være semi-strukturert. Det kan oppleves som en samtale, men er profesjonelt gjennomtenkt og er verken et åpent intervju eller et lukket spørreskjema. Intervjuet bør planlegges godt med en intervjuguide som inneholder både fakta- og meningsspørsmål. Hver sykepleier er unik og intervjuene vil utvikle seg på forskjellige måter. Det er derfor viktig å kunne ta ting litt på sparket underveis med oppfølgingsspørsmål, men sørge for at jeg får svar på det jeg hadde forberedt (Kvale og Brinkmann 2015).

Når intervjuet er gjennomført må det transkriberes, som betyr at jeg skal overføre lydopptakene fra intervjuet til skriftlig tekst. Da er det viktig å få med hvert ord og lyder som blir uttalt, og ikke trekke det sammen til en mening. For eksempel kan noe som er sagt ironisk oppfattes med en annen mening i det skriftlige språket, derfor er det viktig å bruke god tid på denne prosessen og gjerne transkribere så raskt som mulig etter at intervjuet er gjennomført (Kvale og Brinkmann 2015).

Ofte bestemmer man seg i forkant av intervjuet for hvilken analysemetode som skal brukes. I de semi-strukturerte intervjuene gis det rom for at sykepleierne kan komme med historier eller case. Da vil nok narrativ analyse være nærliggende, ettersom jeg er interessert i sykepleierens opplevelser av arbeidshverdagen gjennom historiene (Malterud 2011).

Utvalg

Gruppen som er interessant for prosjektet er sykepleiere som har jobbet et par år. De jobber med rehabilitering på sykehjem nå, men kan gjerne ha andre tidligere erfaringer. Valget er tatt med bakgrunn i at jeg ønsker at de har nok erfaring til å kunne reflektere over ulike case de har vært involvert i. Samtidig bør det ikke være lengre siden de tok utdannelsen enn at de husker hva som var fokus på skolen, og at opplysningene de kommer med om utdanningen ikke er utdaterte.

Følgende utvalgsriterier er valgt:

- Vært ferdig utdannet sykepleier i mellom 2-4 år
- Jobber på kommunal rehabiliteringsavdeling
- Har mulighet for å jobbe tverrfaglig

Etikk

Studiet skal meldes til Personvernombudet for forskning, NSD, før oppstart. Dersom målet var å fremskaffe nye opplysninger om sykdom og helse, måtte det også meldes til REK (Regionale komitéer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk) (www.nsd.uib.no). Det er ikke nødvendig for dette studiet.

Deltakerne i studien skal ha et informasjonsskriv, som beskriver hva studien handler om, studiens varighet, hva det innebærer å delta og hvordan opplysningene om dem behandles. De må så skrive under på et samtykkeskjema. Opplysningene om dem skal behandles konfidensielt og de vil ikke bli gjenkjent når studien blir publisert. Når studien er ferdig, blir personopplysningene makulert. De kan når som helst trekke seg fra studien (www.nsd.uib.no).

I selve intervjuprosessen vil jeg behandle deltakerne med respekt og sørge for at de sitter igjen med en følelse av anerkjennelse og likeverd ved intervjuets slutt.

Fremdriftsplan

	2017			2018			2019	
	sept	okt	nov- des	jan- feb	mars- mai	høst	vår	mai
Veileder- kontrakt	x							
Prosjekt- beskrivelse		x						
Litt.søk.	x	x	x					
Søke NSD			x					
Utarbeide infoskriv			x					
Innhente informerter			x					
Intervjuer				x				
Transkribering				x				
Innledning, bakgrunn, litt.gjennomg. Seminar II			x					
Analyse Seminar III					x			
Resultater Seminar IV						x		
Diskusjon og konklusjon Seminar V							x	
Innlevering								x

Litteraturliste

Bertelsen, B. (2016). Grunnleggende sykdomslære. I S. Ørn, & E. Bach-Gansmo (Red.), *Sykdom og behandling* (2. utg., s. 35-52). Oslo: Gyldendal akademisk.

Biermann, Kari U. (1995). Dorothea E. Orems egenomsorgsteori: en innføring: Fagnotat. Høgskolen i Oslo, avdeling for sykepleierutdanning.

Burke, K. G., & Doody, O. (2012). Nurses' perceptions of their role in rehabilitation of the older person: Kathleen G Burke and Owen Doody discuss a study that highlights the aspects of care needed to re-enable older people to maximise their quality of life.(Research)(Report). *Nursing Older People*, 24(2), 33.

E. Vetvik og P.G. Disch (2017). Retorikk og realiteter: Planlegging for framtidens helse- og omsorgsoppgaver i kommunene – 2015 – 2025. Senter for omsorgsforskning: sør

Hagring, Minna (2014, 30. mai) Sykepleiere med et PR-problem. *NRK Ytring*. Hentet fra <https://www.nrk.no/ytring>

Hasselkus, B.R., Dickie, V.A., Gregory C. (1997) Geriatric Occupational Therapy: The Uncertain Ideology of Long-Term Care. *American Journal of Occupational Therapy*, February 1997, Vol. 51, 132-139

<https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/rehabilitering-habilitering-individuell-plan-og-koordinator>

<https://helsedirektoratet.no/samhandlingsreformen>

<https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/helse--og-omsorgstjenester-i-kommunene/habilitering-og-rehabilitering/id732467/>

<http://www.dagsavisen.no/innenriks/krf-lover-flere-varme-hender-1.476593>

<https://www.senterpartiet.no/lokallag-og-fylkeslag/vestfold/aktuelt/sats-pa-de-varme-hender>

<http://fysioterapeuten.no/Fag-og-vitenskap/Fagartikler/Et-kroppsfenomenologisk-perspektiv-paa-fysisk-aktivitet-og-bevegelse>

Kristoffersen, N. J. (2014). Teoretiske perspektiver på sykepleie. I E.-A. Skaug (Red.), Grunnleggende sykepleie 1. (s. 247-259). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Loft, M.I. (2017). Stroke rehabilitation 24/7: Development, test and feasibility of a complete nursing intervention (Phd)

Malterud, K. (2011). Kvalitative metoder i medisinsk forskning (3.utg). Oslo: Universitetsforlaget. (Kap.12)

Martinsen, Kari (2013) Omsorg, sårbarhet og tid (kap) Nødvendige omveier. Oslo: Cappelen Damm akademisk

Melby, Kari (2000) Kall og kamp. Norsk sykepleieforbunds historie. 2.utg. Oslo: J.W. Cappelen

Meld. St. 21 (1998-99), 1999): Ansvar og meistring

Merleu-Ponty Kroppsfenomenologi

Nesje, Kjersti (2014, 23. september) En engel i hvitt. Dagsavisen Nye meninger. Hentet fra <http://www.dagsavisen.no/nyemeninger>

Olsvik, E. H. (2016). *Vitenskapsteori for sykepleie : tenkemåter i kunnskapsstyrt profesjonsutøvelse* . Drammen: Vett & viten. [s. 11-53 og 99-136] (75 s.)

Svindland, Henanger, & Myrmell, 2015. «Omlegging og endring av tjenestetilbudet i en norsk kommune mot mer hverdagsrehabilitering – hva mener et utvalg ansatte?

Tveiten, S. (2002) Veiledning - mer enn ord. Fagbokforlaget: Oslo

Tuntland, H. og Ness, N.E. (2014) Hverdagsrehabilitering. Gyldendal akademisk: Oslo

Vähäkangas, P., Noro, A., & Björkgren, M. (2006) Provision of rehabilitation nursing in long term care facilities. *Journal of advanced nursing* 55(1), 29-35

Vedlegg 4:

NSD

Karen Synne Groven
Postboks 4 St. Olavs plass
0130 OSLO

Vår dato: 26.01.2018

Vår ref: 58468 / 3 / STM

Deres dato:

Deres ref:

Forenklet vurdering fra NSD Personvernombudet for forskning

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 17.01.2018.
Meldingen gjelder prosjektet:

58468	<i>De varme hendene, på ryggen.</i>
Behandlingsansvarlig	Høgskolen i Oslo og Akershus, ved institusjonens øverste leder
Daglig ansvarlig	Karen Synne Groven
Student	Linn Therese Fjell

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 veileder) sine kontaktopplysninger
- prosjektets formål og hva opplysningene skal brukes til
- hvilke opplysninger som skal innhentes og hvordan opplysningene innhentes

Dokumentet er elektronisk produsert og godkjent ved NSDs rutiner for elektronisk godkjenning.

