

**«Sykepleieren er uunnværlig»
En kvalitativ studie om teamets opplevelse av hva som er
sykepleierens arbeidsoppgaver i
hverdagsrehabiliteringsteam**

**«The nurse is indispensable»
A qualitative study of home based rehabilitation teams
experience of nurses work tasks**

Maylen Reiersøl Dahl

Masteroppgave i aktivitet og bevegelse



NTNU

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet

Fakultet for medisin og helsevitenskap
Institutt for nevromedisin og bevegelsesvitenskap

Forord

Jeg avslutter nå mastergraden i aktivitet og bevegelse ved NTNU med stolthet og glede. En krevende, spennende og lærerik reise er nå over. Ideen til studien kom under en praksisperiode på sykepleierstudiet, da jeg var i praksis i et hverdagsrehabiliteringsteam. Teamet hadde ikke sykepleier, kun terapeuter, og det var uvisst hva mine oppgaver som sykepleierstudent var i dette teamet. Hvordan jobbet sykepleieren i hverdagsrehabiliteringsteam? Hvilke oppgaver hadde sykepleier? Etter samtale med min veileder, professor Kjersti Vik, ble det derfor valgt å studere sykepleierens arbeidsoppgaver i team, som det også var lite empirisk forskning på fra tidligere.

Jeg ønsker å benytte forordet til å takke hverdagsrehabiliteringsteamene som gav meg muligheten til å utføre forskningsprosjektet. Refleksjonene og diskusjonene har vært svært lærerike, og deres erfaringer har gitt innsyn i et felt det er lite forskning på fra tidligere. Uten dere hadde jeg ikke hatt mulighet til å gjennomføre studien. Jeg takker for deres deltakelse og tillit.

Tusen takk til veileder og støttespiller, professor Kjersti Vik, for tett oppfølging under studietiden. At du har vært en melding, telefon eller mail unna har vært veldig betryggende for meg og mine små «sammenbrudd». Dine kritiske spørsmål har ikke bare vært med på å lede meg riktig vei i prosjektet, men også forme meg som «forskerspire». Tusen takk til forskergruppa som har vært så hjelpelige med å dele faglige innspill og refleksjoner de gangene jeg har kommet fra Østlandet og opp til Trondheim. Det har vært inspirerende og lærerikt å være en del av et godt, reflektert og tverrfaglig forskermiljø!

Tusen takk til min tålmodige samboer som jeg har delt frustrasjoner og gleder med i vår 55 kvm store leilighet. Tusen takk til pappa og min kjære storesøster for støtte og oppmuntrende ord hele prosessen igjennom. En spesiell takk går til mamma som har hjulpet meg på vei med valg av problemstilling, ferdigstilling av intervjuguide og setningsoppbygginger. Et stort forbilde for gjennomføring av denne masteroppgaven. Tusen takk til de fantastiske venninne mine, som jeg har vært så heldig å bli kjent med i løpet av studietiden min i Trondheim. Vi heiet hverandre frem og dyttet hverandre over målstreken. Jeg har fått venner for livet, og dette skal selvfølgelig feires!

Tusen hjertelig takk!

Sammendrag

Bakgrunn: Det fokuseres på at den eldre generasjonen skal bli større ressurser i eget liv, og at dagens- og morgendagens eldre kommer til å leve lengre enn foregående generasjoner.

Sykepleierens tradisjonelle arbeidsoppgaver er å pleie/hjelpe brukere til aktiviteter de ikke har ressurser til å utføre selv. På en annen side er hensikten med hverdagsrehabilitering å forbedre brukerens funksjon i dagliglivets aktiviteter som er sentrale for den enkelte bruker. Videre er det ikke funnet konkret forskning på sykepleierens arbeidsoppgaver i hverdagsrehabiliterings-team, og det er derfor sentralt å studere dette for å få økt innsikt i sykepleierens arbeid og arbeids hverdag i teamet.

Hensikt: Hensikten med studien er å bidra til økt innsikt i sykepleierens arbeidsoppgaver i hverdagsrehabiliteringsteam.

Metode: Fokusgruppeintervju ble valgt som metode for å innhente data til studien. Det var i alt sytten deltakere fordelt på fire fokusgruppeintervjuer, to menn og femten kvinner. Hele hverdagsrehabiliteringsteam ble rekruttert fra fire ulike kommuner. Inspirasjon for analyse ble hentet fra systematisk tekstkondensering av K. Malterud.

Resultat: Funnene viser at sykepleier har en allsidig arbeidshverdag, som ikke er preget av tradisjonelle sykepleieroppgaver. Funnene viser at arbeidsoppgavene i stor grad retter seg mot brukerens ressurser, indre og ytre kroppslig funksjon og blir beskrevet som varierte. Studien viser at å gi råd, opplæring og tilrettelegging i «grunnleggende behov» som blant annet personlig stell og tilstrekkelig søvn, kan gi brukeren mulighet til å gjennomføre aktiviteter han/hun opplever som meningsfulle i egen hverdag, som å gå på cafe med venner. Sykepleierne opplever å ha fått økt rehabiliteringsblikk etter å ha begynt å jobbe i hverdagsrehabiliterings-team, der det å forbedre brukerens funksjon i aktiviteter brukeren selv opplever som meningsfulle er en stor del av arbeidshverdagen i samarbeid med andre yrkesgrupper.

Konklusjon: Sykepleierens «tradisjonelle» arbeidsoppgaver har blitt endret etter å ha begynt å arbeide i hverdagsrehabiliteringsteam, der sykepleier har gått fra å «gjøre for» til å «jobbe med hendene på ryggen». Studien viser at fokus og oppmerksomhet mot brukerens ressurser og muligheter, preger sykepleierens arbeidsoppgaver i stor grad etter å ha begynt å arbeide i hverdagsrehabiliteringsteam.

Nøkkelord: Hverdagsrehabilitering, rehabilitering, hverdagslige aktiviteter, sykepleier, fokusgrupper, arbeidsoppgaver.

Abstract

Background: Today's focus is the fact that the next generation older adults will be a bigger resource in their own lives, and that today's and tomorrow's older adults will live longer than previous generations. The nurse's traditional task is to help/assist patients in activities they lack resources to perform anymore. On the other hand, the purpose for home based rehabilitation is to improve the user's function in daily activities that are central to the individual user. Furthermore, no specific research has been found on the nurse's work tasks in home based rehabilitation team, and it is therefore important to study this area to gain insight into the nurse's work in the rehabilitation team.

Purpose: The purpose of the study is to contribute to increased insight into the work of the nurses in the home based rehabilitation team.

Method: Focus group interview was chosen as a method to obtaining data for the study. There were a total of seventeen participants divided into four focus group interviews, two men and fifteen women. The entire home based rehabilitation team was recruited from four different municipalities. Inspiration for analysis was obtained from systematic text condensation by K. Malterud.

Results: The findings show that the nurses have a varied and versatile working day, which is not characterized by their traditional work tasks. The findings show that the tasks are largely aimed at the user's resources, inner and outer function and are described as varied. The study shows that counseling, training and facilitating in «basic needs» such as personal care and adequate sleep, can give the user the opportunity to carry out activities that he or she experiences as meaningful in their own daily life, like going to a cafe with friends. The nurses experiencing increased rehabilitation-focus after starting working at a home based rehabilitation team, where improving the user's function in activities the user perceives as meaningful, is a major part of their daily work in cooperation with other professions.

Conclusion: The nurse's «traditional» work assignments have been changed after starting to work in home based rehabilitation team, where nurses have gone from working with «hands-on» to work with «hands-off». This study shows that focus and attention to the user's resources and opportunities greatly affect the nurse's work tasks in the rehabilitation team.

Key words: Home based rehabilitation, reablement, everyday activities, nurse, focus groups, work tasks.

Innholdsfortegnelse

II Forord

III Sammendrag

IV Abstract

1.0	Bakgrunn.....	7
1.1	Flere selvstendige eldre	7
1.2	Hverdagsrehabilitering	8
1.3	Tradisjonelle sykepleieroppgaver.....	11
1.4	Teoretisk rammeverk.....	12
1.5	Hensikt og problemstilling	13
2.0	Metode.....	13
2.1	Kvalitativ metode	14
2.2	Fokusgruppeintervju.....	14
2.3	Forforståelse	15
2.4	Rekruttering av deltakere.....	16
2.5	Innsamling av data.....	18
2.6	Etikk.....	20
2.7	Analyse	20
3.0	Resultat.....	25
3.1	Sykepleier er «gull verdt» i medisiner.....	26
3.1.1	«Spør, graver og deler kunnskap».....	27
3.1.2	Sykepleierens medisinske ansvar og kompetanse	28
3.2	En kompleks arbeidshverdag	29
3.2.1	«Poteten» som «holder tråden i ting».....	30
3.2.2	Samarbeid med andre instanser og ansatte.....	32
3.2.3	Samarbeid med pårørende	33

3.3	Økt rehabiliteringsfokus - oppmerksomhet rettet mot brukerens ressurser.....	34
3.3.1	Motivasjon og holdningsendrende arbeid	36
3.3.2	Fokus rettet mot brukernes ressurser i daglige rutiner	37
3.3.3	Fokus rettet mot brukernes ressurser i praktiske oppgaver	39
3.3.4	«Alle jobber med fysisk aktivitet, det ligger i bunnen»	41
3.4	Formell kartlegging og observasjon	43
3.4.1	Sykepleierens «plass» under kartlegging	43
3.4.2	«Men du observerer jo annerledes enn det jeg gjør!»	45
4.0	Diskusjon.....	46
4.1	Fra å «gjøre for» til å se brukerens ressurser	46
4.2	Sykepleierens komplekse arbeidshverdag	48
4.3	«Vi ser igjennom forskjellige briller»	50
4.4	Sykepleierens arbeidsoppgaver og occupational well-being.....	52
5.0	Konklusjon.....	53
5.1	Metoderefleksjon	54
5.2	Forslag til videre forskning.....	56
6.0	Litteraturliste.....	57

Vedlegg

1) Intervjuguide

2) Informasjonsskriv/Samtykkeskjema

3) Resultat av meldeplikttest på Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS sine nettsider

1.0 Bakgrunn

Stortingsmeldingen «Morgendagens Omsorg» (2012-2013) beskriver at helse- og omsorgstjenesten står ovenfor krevende oppgaver i årene som kommer. Dette grunnet befolkningens økende alder, som innebærer økt kompleksitet i helsetjenestens arbeidsoppgaver. Morgendagens omsorgstjeneste må gi tjeneste til flere eldre enn før, og flere aldersgrupper med sammensatte omsorgsbehov vil være en del av brukermassen. Det blir videre beskrevet at tjenestene må rette fokuset i større grad mot rehabilitering, tidlig innsats og forebyggende arbeid, fremfor å heve terskelen for å få nødvendig hjelp. Brukernes evner, ressurser og muligheter blir stadig mer i fokus, og det blir derfor viktig at rehabilitering er en sentral del av dagens og morgendagens pleie og omsorgstjeneste (Meld. St. 29 (2012-2013)).

1.1 Flere selvstendige eldre

En 80-åring i år 2000 og en 80-åring i år 2025 vil ikke ha samme utgangspunkt, da neste generasjon eldre vil leve lenger, inneha bedre økonomi, utdanning, helse og materielle forhold enn tidligere generasjoner (Meld. St. 29 (2012-2013)). Folkehelsemeldingen (2014-2015) belyser at forventet levealder har økt sakte men sikkert siden 1800-tallet og fortsetter å øke i tiden som kommer. Det er høy yrkesdeltakelse hos eldre i dagens Norge, som forventes å stige. Det forventes videre at neste generasjon eldre kommer til å være mer aktive i yrkes- og samfunnsliv, da de har bedre forutsetninger for deltakelse i yrker som stiller høyere krav til kognitive ferdigheter enn fysisk styrke (Meld. St. 19 (2014-2015)).

Det blir poengtert i stortingsmeldingen «Leve hele livet» (2017-2018) at selv om den eldre mottar helse- og omsorgstjenester, skal bruker ha mulighet til å være mest mulig selvstendig i egen hverdag. Det blir stadig flere eldre i dag som former egen hverdag, der de deltar sosialt, bidrar med ressurser inn i familie- og jobbhverdag samt er i daglig fysisk aktivitet i hverdagen. Det blir videre belyst om viktigheten av at de eldre fortsatt har mulighet til å beholde samt ivareta egen hverdag, selv etter at helsen har blitt dårligere og den eldre har behov for helsebistand. Individet skal få hjelp til å mestre livet etter egne ønsker og mål, der mestring av dagliglivets aktiviteter er sentralt for å bli gammel i eget hjem (Meld. St. 15 (2017-2018)).

Dagen hvor mestring av dagliglivets aktiviteter blir redusert, kan individet oppleve tap av selvstendighet og derfor ha behov for hjelp. Behovet for hjelp meldes i dag til kommunen – der tiltak som erstatter for tapet av individets funksjon blir igangsatt (Meld. St. 15 (2017-2018)). Stortingsmeldingen «Leve hele livet» (2017-2018) problematiserer videre at det kun er de daglige, praktiske utfordringene som blir løst av en slik erstatning, der opplevelse av mestring og selvstendighet sjeldent går «hånd i hånd» med tiltakene som bli igangsatt. Det blir derfor ansett som hensiktsmessig å sette i gang tiltak som fokuserer på brukerens mulighet for mestring, utsetter funksjonsfall og øker brukerens selvstendighet i eget liv og hjem, der hverdagsrehabilitering blir nevnt spesielt i stortingsmeldingen. Det blir beskrevet i Randström, Wengler, Asplund og Svedlund (2012) at helsepersonell erfarte at de eldre satte pris på å få rehabilitering i eget hjem, som igjen gjorde at de kunne bo hjemme lenger. På en annen side er det ikke alle eldre som føler seg sikre og trygge i eget hjem når helsen blir dårligere. Hos enkelte er det ønskelig med helsepersonell ved sin side hele døgnet da de i eget hjem blir usikre og føler seg ensomme. Hverdagsrehabilitering er derfor ikke tilstrekkelig og hensiktsmessig for alle.

Hverdagsrehabilitering blir beskrevet som en tjeneste som bidrar til økt hverdagsmestring og selvstendig funksjon i meningsfulle aktiviteter hos individet, og kan være et positivt og verdifullt tiltak for individer som har opplevd funksjonsfall (Meld. St. 15 (2017-2018)). Videre i dette avsnittet skal hverdagsrehabilitering, sykepleierens tradisjonelle arbeidsoppgaver samt studiens vitenskapelige rammeverk presenteres, sammen med studiens hensikt og problemstilling.

1.2 Hverdagsrehabilitering

Stortingsmeldingen «Morgendagens omsorg» fremhever at det å utnytte brukernes ressurser og evner er et mål for den enkelte bruker og samfunnet i sin helhet. Det blir beskrevet videre at hverdagsrehabiliteringens tidlige innsats samt rehabilitering er med på å øke brukernes livskvalitet og forbedre brukerens funksjonsnivå. Dette da tjenesten tar utgangspunkt i brukerens ressurser, mål og ønsker. (Meld. St. 29 (2012-2013)). Hverdagsrehabilitering blir definert som en tidsavgrenset, fleksibel, intensiv og målrettet rehabilitering som foregår i brukerens hjem og nærmiljø, og har mye til felles med tradisjonell rehabilitering (Førland & Skumsnes, 2016). Et tverrfaglig team bestående av helsepersonell skal bistå brukere som har opplevd fall i funksjonsnivå (mistet/har svekkede ferdigheter enn tidligere, på grunn av sykdom eller skade)

(Førland & Skumsnes, 2016), der målet med tjenesten er å bidra til økt mestringsfølelse hos individet i deres hverdag.

Det blir fremhevet at formålet med hverdagsrehabilitering er å forbedre brukerens funksjon i dagliglivets aktiviteter som er sentrale for den enkelte bruker (Førland & Skumsnes, 2016; Meld. St. 15 (2017-2018)). Hverdagsrehabilitering blir i utgangspunktet gitt til individer i alle aldre, og gjenopptreningen skal starte så raskt som mulig etter funksjonsfallet. I motsetning til annen pleie i hjemmet der brukeren ofte har en passiv rolle, skal brukeren under rehabilitering ha en aktiv rolle i fysisk aktivitet og gjennomføring av hverdagsaktiviteter for å nå målet brukeren har satt seg (Hjelle, Skutle, Førland, Alvsvåg, 2016). Tjenesten er tidsavgrenset, der rehabiliteringen kan vare fra fire uker til tre måneder, basert på brukerens rehabiliteringsbehov (Førland & Skumsnes, 2016).

Motivasjon og det å ha et ønske om å delta i fysisk aktivitet blir poengtert av deltakerne i Rabiee og Glendinning (2011) at var grunnleggende for at hverdagsrehabiliteringstjenesten skulle være hensiktsmessig og effektiv. Dette blir også understreket i oppsummeringen til Førland og Skumsnes (2016), der et vesentlig og grunnleggende punkt for etablering av hverdagsrehabilitering er at brukerne er motivert for trening og mestring. Brukere som blir vurdert som tilstrekkelig motiverte og har rehabiliteringspotensiale, blir gitt tilbud om hverdagsrehabilitering.

På en annen side stiller Jokstad, Landmark, Hauge og Skovdahl (2016) seg spørrende til dette, da deres funn viser at det er mulig å gjennomføre en vellykket rehabiliteringsprosess selv om brukerens tro på seg selv, egne ressurser og muligheter ikke er tilstede i rehabiliteringens oppstartsfase. De undrer seg derfor over om at det er flere brukere som kunne hatt fordeler av et hverdagsrehabiliteringsopplegg som ikke har fått tilbudet, da de i oppstartsfasen til hverdagsrehabilitering ikke var tilstrekkelig motivert. De konkretiserer videre at motivasjonskriteriet for deltakelse i hverdagsrehabilitering bør modereres.

Fredericia Kommune i Danmark blir beskrevet som foregangskommunen innenfor hverdagsrehabilitering. Det blir vist at andre land har hentet inspirasjon fra Danmark, da de her har et trenings- og rehabiliteringstilbud for hjemmeboende eldre i et flertall av kommunene i landet (Rostgaard & Graff, 2016; Førland & Skumsnes, 2016). I Norge er det mange kommuner som har eller planlegger oppstart av hverdagsrehabilitering. Dette blir presentert via en

illustrasjon i Meld. St. 15 (2017-2018), der det vises at i april 2018 var det i alt 232 kommuner som hadde implementert hverdagsrehabilitering, der mange kommuner samtidig planlegger oppstart. Følgeevalueringen til Langeland, Førland, Aas, Birkeland, Folkestad, Kjekken, Jacobsen og Tuntland (2016) belyser at det har vært lite forskning på om hverdagsrehabiliteringstilbudet har effekt eller ikke etter hverdagsrehabiliteringens raske vekst. Meld. St 16 (2017-2018) viser blant annet til Voss kommune, som var tidlig ute med å utforme en egen tverrfaglig modell med inspirasjon fra Fredericia i Danmark. Det ble her utført kontrollerte effektstudier på hverdagsrehabilitering, der 31 eldre gjennomføre ti uker med hverdagsrehabilitering og kontrollgruppen på 30 eldre fikk tradisjonell behandling. Det viste seg at de som fikk hverdagsrehabilitering hadde hatt større fremgang og var mer tilfredse i dagliglivets aktiviteter enn kontrollgruppen (Meld. St. 15 (2017-2018)).

Følgforskningen til Langeland et al. (2016) la også frem at det var en tydelig forbedring på mange områder hos gruppen som hadde fått hverdagsrehabilitering, kontra kontrollgruppen. Dette i blant annet utførelse og tilfredshet i dagliglivets aktiviteter, fysisk funksjon og personlig stell. Områder intervensjonsgruppen ikke utgjorde en signifikant forskjell fra kontrollgruppen, var ved smerte/ubehag, angst/depresjon samt psykisk helse (Langeland et al., 2016). Føleforskningen konkluderer med at individene som mottok hverdagsrehabilitering, oppnådde bedre utførelse av dagligdagse aktiviteter enn kontrollgruppen som mottok vanlige tjenester i et 12 måneders perspektiv. Intervensjonsgruppen opplevde også større tilfredshet med utførelsen av aktivitetene på et 6 måneders perspektiv, sammenlignet med kontrollgruppen. Dette kan imidlertid ha noe med at hverdagsrehabilitering er en intensiv opptrening over en kort periode, der man ser en sterk umiddelbar effekt hos deltakerne. På en annen side ser man en gradvis bedring på sikt hos individer som mottar tradisjonelle tjenester (Langeland et al., 2016).

Det tverrfaglige samarbeidet vektlegges i stor grad i leste rapporter samt forskningsartikler og blir også nevnt kort i rammeplanen for sykepleierutdanningen (Kunnskapsdepartementet, 2008). Fysioterapeuter, ergoterapeuter, sykepleiere og andre yrkesgrupper som innehar rehabiliteringskompetanse, arbeider og er organisert tverrfaglig i hverdagsrehabiliteringsteam i samarbeid med ulike instanser (Førland & Skumsnes, 2016). Det legges stor vekt på tverrfaglig innsats i hverdagsrehabiliteringsteam, der teamet jobber sammen for at bruker skal oppleve økt selvstendighet og mestring i eget hjem og nærmiljø (Langeland et al., 2016). I rapporten til Rostgaard og Graff (2016) ble det problematisert at det er vanskeligere for sykepleierne og omstille seg til å arbeide tverrfaglig i hverdagsrehabiliteringsteam – da sykepleiernes

tradisjonelle arbeidsoppgaver i liten grad kan utføres ved hjelp av et tverrfaglig samarbeid som for eksempel å gi medisiner, stelle sår eller sette en insulinsprøyte.

På en annen side ble det blant annet i studien til Vik (2018) presisert hvordan en sykepleier gikk fra å «bare» dele ut medisin, til å ha tett samarbeid og kontakt med brukeren selv, lege og fysioterapeut om hvordan brukeren med astma skulle få mest mulig ut av treningen. Birkeland, Tuntland, Førland, Jakobsen og Langeland (2017) fant blant annet at tverrfaglig samarbeid opplevdes som positivt og bidro til følelse av fellesskap, da deling av- og lære av hverandres kunnskap innad i teamet var sentralt i arbeidshverdagen. Dette blir også understøttet av Moe og Brataas (2016) og Randström et al. (2012). Jørmeland (2016) viser til funn i sin masteroppgave at sykepleier var sentral inn i det tverrfaglige teamet, der sykepleierens kunnskap om sykdom og pleie ble understreket som viktig. På en annen side mangler det fortsatt innsikt i sykepleierens arbeidshverdag, og hva som er sykepleierens konkrete arbeidsoppgaver i hverdagsrehabiliteringsteamet.

1.3 Tradisjonelle sykepleieroppgaver

I sykepleierutdanningens rammeplan beskrives det at sykepleierens kompetanse er bygget opp av pleie, omsorg og behandling (Kunnskapsdepartementet, 2008). Det blir konkretisert at sykepleieren forholder seg til pleie og omsorg for den syke ut i fra hvordan det oppleves å være syk, og forholder seg til kunnskap om de enkelte sykdommers årsak, diagnostikk og videre prognose. Videre skal sykepleierne ha kompetanse i helsefremmende og forebyggende arbeid, pleie/omsorg/behandling, forskning og fagutvikling, veiledning og undervisning samt kvalitetssikring, organisering og ledelse (Kunnskapsdepartementet, 2008).

Norsk Sykepleierforbund (2011) belyser via de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere hvordan sykepleierne på best mulig måte kan ivareta brukere. Retningslinjene fokuserer på helhetlig pleie, retten til medbestemmelse, ivaretakelse av verdighet og ivareta brukerens rett til å ikke bli krenket. Sykepleieren skal fremme mestring, håp og livsmot, og gi brukeren mulighet til å være selvstendig og ta selvstendige avgjørelser ved å gi tilstrekkelig informasjon. Det blir videre lagt frem at det er sykepleierens plikt å forebygge sykdom og fremme helse i alle livets faser og verne om brukerens fortrolige opplysninger. Sykepleieren skal ivareta brukerens behov for helhetlig omsorg og verdighet samt sikkerhet i møte med utvikling i

teknologi og helsepolitikk (Norsk Sykepleierforbund, 2011).

Etter gjennomgang av sykepleierutdanningens rammeplan og yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere, oppleves det at liten vekt er lagt på hvordan sykepleierne skal være med på å bedre brukerens funksjon i aktiviteter han/hun opplever som meningsfulle i egen hverdag. Ruud & Heggdal (2013) studerte sykepleierens funksjon i sykehjem, der de konkretiserer at det er uklarerhet i hva sykepleierne gjør spesifikt i rehabiliteringsarbeidet. Selv om denne studien ikke kan overføres direkte til sykepleierens arbeidsoppgaver i hverdagsrehabilitering, oppleves det også i hverdagsrehabiliteringstjenesten å være usikkerhet i hva som faktisk er sykepleierens funksjon og oppgaver i teamet. Det var på en annen side mer empirisk forskning på sykepleierens *rolle* i hverdagsrehabiliteringsteam under litteratursøk, som blant annet vist i Johnsen (2017) sin masteroppgave – men lite vekt lagt på konkrete beskrivelser av sykepleierens arbeidsoppgaver. Dette argumenterer for at det er hensiktsmessig å gjennomføre denne studien, for å få innsikt i sykepleierens arbeidsoppgaver i hverdagsrehabiliteringsteam.

1.4 Teoretisk rammeverk

Denne masteroppgaven har et aktivitetsvitenskapelig perspektiv, som også er studiens teoretiske rammeverk. Dette da sykepleierens arbeidsoppgaver skal bidra til å fremme brukerens funksjon i aktiviteter som er sentrale og meningsfulle for brukeren selv.

Aktivitetsvitenskap (Occupational Science) blir beskrevet at er studier av menneskelig aktivitet (Hocking, 2009), og er et tverrfaglig studieområde (Christiansen & Townsend, 2014 s. 348). Hensikten er å forstå menneskelig aktivitet, der «occupation» er oversatt til «å gripe» eller «å okkupere» (Christiansen & Townsend, 2014 s. 2). «Occupations» blir beskrevet at er aktiviteter eller oppgaver mennesker gjør i eget hverdagsliv som har en mening og verdi for individet selv. Dette kan for eksempel være jobb, dugnad eller fritidsaktiviteter (Christiansen & Townsend, 2014 s. 367; Pierce, 2001). I denne sammenhengen kan for eksempel sentrale «occupations» for en hjemmeboende mann på 80 år, være å handle inn matvarer på den lokale matbutikken, ta bussen til barnebarnet som bor i byen eller å ta den ukentlige kaffekoppen med en barndomsvenn – aktiviteter som gir mening og har verdi for han.

Occupational well-being, et begrep knyttet til aktivitetsvitenskap, blir definert er når bruker opplever tilfredsstillelse og meningsfullhet etter å ha deltatt i aktivitet (Christiansen & Townsend, 2014 s. 367). I studien til Nilsson, Lundgren og Liliequist (2012) ble deltakerne spurt: «hva er det du gjør for å føle deg vel?». Deltakerne fortalte om sentrale aktiviteter som for eksempel være med familie, se på TV, lese avisa eller lytte til radio – viktige aktiviteter som oppleves verdifulle for individet. For den hjemmeboende mannen på 80 år, kan for eksempel følelsen av occupational well-being forekomme når han tar seg en kaffekopp på verandaen i solnedgangen eller når han steller plantene i vinduskarmen en varm juni-dag. Det ble videre forklart i Nilsson et al. (2012) at følelsen av occupational well-being var avhengig av muligheten til å ha kontroll og ta egne valg i sitt eget liv – som samsvarer med hverdagsrehabiliterings formål og grunntanke.

1.5 Hensikt og problemstilling

Hensikten med studien er å få et innblikk i sykepleierens arbeidshverdag og hvilke arbeidsoppgaver som blir gjort. Det har til nå blitt lagt frem tidligere forskning, rapporter, stortingsmeldinger og retningslinjer om tverrfaglig samarbeid, hverdagsrehabiliterings formål og sykepleierens tradisjonelle arbeidsoppgaver. Det oppleves at det videre er behov for økt innsikt i sykepleierens arbeidsoppgaver i hverdagsrehabiliteringsteam, da det som vist tidligere er lite empirisk forskning rettet mot denne faggruppen. Dette var med på å legge grunnlaget for valgt problemstilling. Problemstillingen er formulert slik:

«Hva opplever det tverrfaglige teamet at er sykepleierens arbeidsoppgaver i hverdagsrehabilitering?»

2.0 Metode

Da det er lite forskning på området som er studert, har forsker hatt en induktiv tilnærming til materialet. Det har ikke blitt tatt utgangspunkt i eksisterende teori på feltet, der fokus heller har gått fra «det spesielle» til «det generelle» (Malterud, 2013. s. 175-176). Det har blitt tatt utgangspunkt i empiriske data for å finne svar på problemstillingen, der materialet i seg selv kan gi forståelse rundt forhold som ikke før har vært presist beskrevet (Malterud, 2013. s. 176). Dette er en eksplorativ studie, der Malterud (2012, s. 20) beskriver at formålet er å få innsikt i et nytt felt som ikke er utforsket tidligere. I denne studien ønsker forsker å se på hverdags-

rehabiliteringsteamets erfaringer med sykepleierens arbeidsoppgaver i teamet, og ha dette som grunnsteinen for videre arbeid med studien.

2.1 Kvalitativ metode

Kvalitativ metode er en metode der menneskets verdier, erfaringer og opplevelser står sentralt. Metoden kan fange opp flere nyanser av samme tematikk, der materialet består av tekst som i denne studien representerer samtaler mellom flere deltakere (Malterud, 2013. s. 26). Via kvalitative metoder kan man få et bredere bilde av hvorfor mennesker gjør som de gjør da meninger, konkrete opplevelser og levde erfaringer kan bidra til kunnskapsutvikling (Malterud, 2013. s. 27). Kvalitativ metode har blitt valgt da de dynamiske prosessene som foregår innad i en gruppe kan være med på å fange sentrale nyanser til temaet. Dette da innhenting av erfaring er med på å gi rik data til studien (Malterud, 2013. s. 27). Målet med studien er å få en forståelse av deltakernes virkelighet, der kunnskapsgrunnlaget om temaet i utgangspunktet er lite. Kvalitative metoder kan derfor være med på å åpne for forskning på områdene, der forsker er åpen for ulike meninger, forskjellige svar, refleksjoner og erfaringer rundt problemstillingen det er snakk om (Malterud, 2013. s. 29)

2.2 Fokusgruppeintervju

Fokusgruppeintervju har blitt valgt som metode i studien, og oppleves som godt egnet for å belyse problemstillingen. Dette er en metode som utvikler kvalitative data om et tema, der samhandlingen og dynamikken mellom deltakerne åpner opp for bevissthet og forståelse rundt problemstillingen (Malterud, 2012. s. 18). I praksis består fokusgruppeintervju av at man samler deltakere til refleksjon og diskusjon i flere grupper, der samhandlingen mellom deltakerne skal få frem andre og flere erfaringer enn det dybdeintervjuer ville gjort, da konteksten er forskjellig (Malterud, 2012. s. 20).

Krueger og Casey (2014) forklarer at fokusgrupper er til for å samle beskrivelser og erfaringer rundt et tema, der hensikten er å finne ut av hvordan en gruppe mennesker tenker eller føler innenfor et gitt tema. Metoden ble valgt på bakgrunn av et ønske om variasjon samt flere synspunkter. Det samme ble også valgt i studiene til Hjelle et al. (2016), Birkeland et al. (2017), Randström et al. (2012) samt Moe og Brataas (2016) der de benyttet fokusgruppeintervju til å

se på erfaringer innad i et tverrfaglig hverdagsrehabiliteringsteam. Videre forklarer Krueger og Casey (2014) at konteksten i fokusgruppeintervjuene skal være avslappet, der deltakerne i etterkant av intervjuet opplever at det har vært en god og lærerik opplevelse.

Rosberg (2012 s. 112) belyser videre at metoden gjør det mulig å fange deltakernes refleksjoner, spesielt rundt vanskelige temaer som kan dukke opp underveis. Moderator sin oppgave under intervjuene er å få deltakerne i kontakt med sine erfaringer (Rosberg, 2012. s. 112). Dette kan oppleves lettere å få til om deltakerne i fokusgruppene kjenner hverandre fra før, da teamets felles erfaringer kan skape grunnlag for verdifull diskusjon og refleksjon i fokusgruppene der alle deltar med sine innspill i forhold til deres kunnskaper og levde erfaringer.

2.3 Forforståelse

Forforståelsen har vært med på å påvirke veivalg i forskerprosessen og studien i seg selv. Malterud (2013 s. 40) illustrerer forforståelsen som en ryggsekk, der man som forsker både samler inn og leser materialet på bakgrunn av forforståelsen som vi til enhver tid har med oss i ryggsekken. Forforståelsen kan på en positiv side gi motivasjon til å sette i gang prosjektet og gi næring til studien, der den på en negativ side kan prege studiens vei og resultater (Malterud, 2013 s. 40). Fokus var å legge forforståelsen til side, og la det empiriske datamaterialet tale for seg selv (Malterud, 2013. s. 40-41).

Augustinsson (2012 s. 16) belyser at forforståelsen må følges opp og bli lagt frem underveis, da eventuelle antakelser om tema påvirker forskningsspørsmålet, metoden og analysen som blir valg for å bearbeide det empiriske datamaterialet. Forforståelsen blir preget av at forsker er sykepleier, og har tidligere vært i 4-ukers praksis i et hverdagsrehabiliteringsteam. Forskers seks års lange deltidsarbeid i hjemmetjenesten påvirker også forforståelsen, der det er samarbeid med hverdagsrehabiliteringsteam i samme kommune. Dette kan ha preget valg av metode, hvilken analyse som ble brukt og hvilken empiri som ble valgt for å belyse problemstillingen.

Det kunne til tider oppleves vanskelig å ta «forsker rollen», da det var mer naturlig å stille seg ved siden av deltakerne og deres synpunkter enn å ta den nysgjerrige og spørrende rollen. Det har derfor vært viktig å gå inn i fokusgruppeintervjuene med et åpent sinn, der åpne spørsmål i

et semistrukturert intervju har vært til hjelp for å få bred erfaringskunnskap fra deltakerne. Underveis i studien fremkom det erfaringer og refleksjoner fra deltakerne som forsker opplevde som nytt og spennende. Malterud (2013 s. 42) forklarer at en forsker som opplever å få «overraskelser» underveis i forskerprosjektet har lyktes i å ta imot ny kunnskap fra datamaterialet og har hatt en åpen tilnærming til feltet det har blitt forsket på.

2.4 Rekruttering av deltakere

I følge Krueger og Casey (2014) kan et fokusgruppeintervju bestå av alt mellom 4-12 deltakere. Det ble valgt å rekruttere mellom 3-8 deltakere til hvert fokusgruppeintervju, da forsker så på dette som overkommelig i forhold til avsatt tid og ressurser. Det blir beskrevet som en fordel å ha små fokusgrupper, da det er større rom for at alle kan dele sine erfaringer og ideer. På en annen side kan det være en ulempe, da færre erfaringer og ideer blir lagt frem på bordet enn hvis det hadde vært en stor fokusgruppe (Krueger & Casey, 2014).

Valget stod mellom fokusgruppeintervju bestående av sykepleiere i hverdagsrehabiliteringsteam som ikke hadde kjennskap til hverandre fra tidligere eller fokusgruppeintervju av hele hverdagsrehabiliteringsteam. Selv om Malterud (2012 s. 20) og Krueger og Casey (2014) belyser at fokusgruppeintervju som oftest består av deltakere som ikke kjenner hverandre før intervjustart, ble det valgt å inkludere hele hverdagsrehabiliteringsteam som har jobbet sammen over lengre tid. Dette da samspillet de kjente deltakerne imellom kan være med på å gi kunnskap og verdifulle data om sykepleierens arbeidsoppgaver i team (Malterud, 2013 s. 45). Krueger og Casey (2014) forklarer videre at fokusgrupper er hensiktsmessig hvis deltakerne opplever å bli respektert, føler seg trygge og får dele sine meninger i en gruppe uten å bli dømt. Tryggheten i en gruppe som kjenner hverandre fra før kan være en fordel for intervju-situasjonen. Det var derfor ønskelig å intervju hele team som bestod av ulike yrkesgrupper som hadde jobbet tverrfaglig over en lengre periode.

Da organiseringen av hverdagsrehabiliteringsteam blir gjort forskjellig fra kommune til kommune (Langeland et al., 2016), ble det valgt to inklusjonskriterier:

1) Rekruttere kommuner som har implementert hverdagsrehabilitering som en separat tjeneste som arbeider i mindre team og **2)** at det skulle være en eller flere sykepleiere i teamet. Utover dette kunne teamet selv bestemme hvem som skulle delta i fokusgruppeintervjuet. Krueger og

Casey (2014) belyser at det er behov for minst tre ulike fokusgruppeintervjuer for å sammenligne data på tvers av gruppene. Det var derfor ønskelig å rekruttere tre ulike hverdagsrehabiliteringsteam til studien. Rekrutteringsprosessen startet oktober 2017. Det ble valgt å rekruttere team via «snøballrekruttering».

Snøballrekruttering blir beskrevet av Malterud (2012 s.52) som en form for strategisk utvalg, der man kontakter potensielle nøkkelpersoner som kan sette forsker i kontakt med andre som kan ha noe å tilføre tema. Snøballrekruttering ble gjennomført på tre ulike måter.

- 1) Kontaktet aktuelle kommuner etter å ha fått kontaktinformasjon fra studiekamerater, da forsker på tidspunkt for rekruttering gjennomføre en videreutdanning i velferdsteknologi.
- 2) Kontaktet et medlem av facebook-gruppen «Hverdagsrehabilitering» som satte forsker i kontakt med et team nøkkelpersonen hadde arbeidet med tidligere.
- 3) Spurte fokusgruppedeltakerne på slutten av intervjuet om de kjente til team eller enkeltpersoner som kunne tilføre temaet noe, som gav forsker overblikk over team det kunne være aktuelle å kontakte videre.

Det ble i alt kontaktet elleve ulike team. Tre av teamene hadde ikke tid eller mulighet til deltakelse, derav fire team ikke oppfylte inklusjonskriteriene. Fire av de kontaktede teamene oppfylte kriteriene og takket ja til deltakelse i studien. Det ble i utgangspunktet bestemt å innhente empirisk materiale fra tre forskjellige fokusgruppeintervjuer. Det ble på en annen side valgt å supplere med en siste gruppe for å få tilstrekkelig data til å belyse problemstillingen, der intervjuguiden ble revidert underveis for å rette fokuset ytterligere mot sykepleierens arbeidsoppgaver i teamet (Malterud, 2012 s.49). Arbeidserfaringen i hverdagsrehabiliteringsteamene spenner fra 3 måneder til 11 år ved intervjutidspunkt. Fokusgruppene foregikk i desember 2017 og januar 2018, der totalt to menn og femten kvinner deltok. En oversikt over deltakerne vises i tabell 1:

Tabell 1: Oversikt over deltakerne i studien v/ intervju tidspunkt

Stilling	Jobbet i teamet	Alder	«Kommune-fakta»
Fysioterapeut	Siden 2015	42	Landkommune
Ergoterapeut	3 måneder	26	Innbyggere:
Sykepleier	Vikariat i 2 år	35	Ca. 25 000
Hjemmetrener	Siden 2015	60	
Sykepleier	Siden 2011	57	Landkommune
Fysioterapeut	Siden 2011	56	Innbyggere:
Ergoterapeut	Siden 2011	41	Ca. 15 000
Leder/Intensivsykepleier	Siden 2016	41	Bykommune
Vernepleier	Siden 2006	50	Innbyggere:
Sykepleier	Siden 2009	53	Ca. 50 000
Ergoterapeut	Siden 2007	59	
Fysioterapeut	Siden 2009	45	
Sykepleier	Siden 2015	52	Landkommune
Hjelpepleier	Siden 2015	59	Innbyggere:
Fysioterapeut	Siden 2015	33	Ca. 10 000
Ergoterapeut	Siden 2015	38	
Sykepleier (2)	Siden 2015	61	
17 deltakere		Aldersgjennomsnitt:	
2 menn/15 kvinner		47,5 år	

2.5 Innsamling av data

En semistrukturert intervjuguide ble utarbeidet på forhånd av fokusgruppeintervjuene (se vedlegg 1). Dette ble valgt da det opplevdes hensiktsmessig å ha en mest mulig åpen dialog mellom deltakerne, der deltakernes meninger og historier var med på å «bane vei» i fokusgruppeintervjuene (Malterud, 2013 s. 129). Spørsmålene omhandlet blant annet teamets organisering, teamets opplevelse av samarbeidet med sykepleier, sykepleierens arbeidsoppgaver samt sykepleierens kompetanse. Da formålet med studien er å få frem deltakernes opplevelser og erfaringer med sykepleierens arbeidsoppgaver, hadde spørsmålene fokus på samarbeid og samhandling knyttet til dette.

I forkant av fokusgruppeintervjuene laget forsker et ark med oppfølgings spørsmål som var til hjelp for å oppklare noe som var usikkert, eller for å utdype temaet ytterligere. Dette var spørsmål som: «Har dere et brukereksempel på dette?» eller «Har dere andre en annen mening/erfaring angående dette? Andre synspunkter?». Det ble valgt å gjøre et pilotintervju på en sykepleier i familien, for å få konkrete tilbakemeldinger og innspill på hva som kunne bli endret før intervjustart (Malterud, 2013 s. 53).

Tidspunkt for fokusgruppeintervju ble avtalt på forhånd og ble gjennomført på dagtid, alt ettersom hvilke tidspunkt som passet best for teamene. Fokusgruppeintervju blir ofte holdt på steder deltakerne kjenner godt (Krueger & Casey, 2014; Malterud, 2012 s. 59), der det ble valgt at datainnsamlingen skulle foregå på møterom på hverdagsrehabiliteringsteamenes kontorer. To båndopptagere ble benyttet, der den ene ble brukt som sikkerhet om den andre skulle slå seg av under fokusgruppeintervjuet. Forsker begynte fokusgruppeintervjuene med åpne og enkle spørsmål som skulle stimulere deltakerne til å skildre erfaringer, der spørsmålene mot slutten av fokusgruppeintervjuet hadde som formål å gi mest mulig informasjon knyttet til problemstillingen (Krueger & Casey, 2014). Det første åpne spørsmålet som ble stilt var: «Fortell om hvordan prosessen foregår fra begynnelse til slutt når dere får en ny bruker». Forsker oppfordret deltakerne ved intervjustart og underveis i intervjuet til å komme med konkrete brukereksempler og erfaringer knyttet til tjenesten, der fokuset var å holde samtalen mest mulig nær forskerspørsmålet. Forsker så til at alle deltakere fikk ordet underveis.

Forsker oppfordret deltakerne til å diskutere og reflektere rundt brukereksempler eller hendelser som ble tatt opp i fokusgruppeintervjuene, der det også ble oppfordret til at deltakerne skulle henvende seg mest mulig til hverandre. Etter hvert intervju ble det satt av tid til å lytte igjennom lydopptakene, og transkribere fokusgruppeintervjuet før neste intervju skulle gjennomføres. Dette for å få et overblikk over forhold som måtte revideres til neste intervju, og hvilken del av fokusgruppeintervjuet som måtte spisses underveis (Malterud, 2013 s. 129). Det ble også tatt notater av egne erfaringer, refleksjoner og ettertanker etter hvert fokusgruppeintervju, som ble lagret i prosjektloggen på egen ekstern harddisk. Det samlede datamaterialet består av fem timer og førti minutter med opptak fordelt på fire fokusgruppeintervju. Fokusgruppeintervjuene ble transkribert direkte over på PC og lagret på to eksterne harddisker. Deltakerne fikk en liten oppmerksomhet etter fokusgruppeintervjuene som takk for deltakelse i prosjektet.

2.6 Etikk

Etter å ha gjennomført meldeplikttest på Norsk Samfunnsvitenskapelige Datatjeneste (NSD) sine nettsider, ble resultatet at prosjektet ikke var meldepliktig (se vedlegg 3). Dette på bakgrunn av at hverken direkte eller indirekte personopplysninger skulle bli registrert i forbindelse med prosjektet, der alle opplysninger som ble registrert elektronisk i forbindelse med prosjektet ble anonymiserte. Eksempel på dette er at eventuelle navn som fremkom under fokusgruppeintervjuene samt kommuner som ble nevnt, ble anonymisert med betegnelsen «X» i transkripsjonene. Fullt navn ble kun notert ned på samtykkeskjema. Alle deltakerne signerte informert samtykke om frivillig deltakelse i prosjektet, der det ble informert om at de kunne trekke seg fra prosjektet om dette var ønskelig (se vedlegg 2). Signerte samtykkeskjemaer ble levert til prosjektleder og låst inn på hennes kontor. Båndopptak ble holdt fraskilt fra transkripsjonene underveis i studiens gang på egen ekstern harddisk, og blir slettet ved studiens slutt.

2.7 Analyse

Analysen tar utgangspunkt i og er inspirert av systematisk tekstkondensering av Malterud (2013 s. 96), der empirien fra fokusgruppeintervjuene dannet grunnlag- og var utgangspunkt for analysen. Analysen bærer preg av fleksibilitet, der det var en dynamisk tilnærming til materialet underveis igjennom hele prosjektet, fra begynnelse til slutt.

Transkribering av fokusgruppeintervjuene ble gjort av forsker, da det å være mellomledet mellom tekst og tale kan gi forsker et overblikk og gjenoppleve det som ble fortalt og utført under fokusgruppeintervjuene (Malterud, 2013 s. 78). Dialogen mellom deltakerne og moderator ble gjengitt så korrekt som mulig under transkriberingen, der det har blitt valgt å gjengi deltakernes sitater i deres opprinnelige dialekt. Den transkriberte teksten ble på 129 sider og inneholdt 75 675 ord. Analyseprosessen ble delt inn i tre trinn: Bli kjent med datamaterialet, koding av meningsbærende enheter og sammenfatte materialet til studiens resultat.

Første trinn innebærer å bli kjent med datamaterialet, der Malterud (2013 s. 99) poengterer at det er grunnleggende å danne seg et helhetsbilde og se materialet fra «fugleperspektiv». Etter å ha lest igjennom transkripsjonene med mål om å sette forforståelsen til side (Malterud, 2013 s.

98), begynte forsker å markere deler av transkripsjonene som opplevdes relevant for forskningsspørsmålet, en grovkategorisering av materialet for å få en midlertidig oversikt. Relevante setninger fra transkripsjonene ble satt inn i et eget dokument og organisert under foreløpige temaer som blant annet: Medikamenthåndtering, Kartlegging, Sårproblematikk, Veiledning/tilrettelegging, Overordnet oversikt og Koordinasjonsarbeid. I alt ble dette til 22 foreløpige temaer som omhandlet sykepleierens arbeidsoppgaver i hverdagsrehabiliterings-team. Eksempler på meningsbærende enheter som ble satt under ulike foreløpige temaene blir presentert i tabell 2:

Tabell 2: Meningsbærende enheter som ble markert og tilhørende foreløpige temaer

Brukeren er opptatt av det med medisinerer når de har fått mange tabletter de ikke kjenner. Sykepleierens organisering og oversikt over dette gir brukeren ro, og er «gull verdt» for de andre i teamet.	Medikamenthåndtering
En av sykepleierne har den overordnede oversikten i teamet, og tar imot henvendelser og mail. Sørger for at ting ikke «glipper».	Overordnet oversikt

I andre trinn ble det valgt å ta et skritt tilbake, der koding av de meningsbærende enhetene i transkripsjonene ble sentralt (Malterud, 2013 s. 100). De foreløpige temaene fra forrige trinn ble beholdt videre, der forsker tok sikte på å moderere disse underveis (Malterud, 2013 s. 101). Kodene, som ble ansett som «egne merkelapper», fikk sidetall ettersom hvor de befant seg i den transkriberte testen. Dette for å enkelt kunne gå tilbake i transkripsjonen å finne elementer som kunne være uklare rundt koden. Selv om Malterud (2013 s. 100) i dette trinnet skiller relevant data fra irrelevant, ble det i denne studien valgt å ikke fjerne elementer som opplevdes utenfor forskningsspørsmålet i dette trinnet av analysen. Dette da det var ønskelig å gå over materialet til slutt for å se etter sentrale poenger som kan ha blitt utelatt underveis. Papirkopier av transkripsjonene med ekstra stor marg ble skrevet ut og satt i perm. Forsker kodet de meningsbærende enhetene med korte setninger, da dette ble ansett som mer utfyllende enn et stikkord. Eksempel på meningsbærende enhet med påfølgende kode blir illustrert i tabell 3:

Tabell 3: Meningsbærende enheter og deres koder

<p>«Sånn som jeg ser det, så stemmer det nok. Ofte i alle fall, ikke alltid. Menne jeg tenker at jeg inkluderer pårørende der brukeren ønsker det, og der det er hensiktsmessig for å få et større bilde av saken»</p>	<p>Sykepleier opplever at hun har mer kontakt med de pårørende enn de andre i teamet, men ikke alltid.</p>
<p>«Bare det å få det blikket på ... Er dørene breie, trenger hu do-forhøyer, hvordan ser senga ut, kommer hu seg inn i dusjen. Man får jo litt av det som jeg aldri har tenkt på før»</p>	<p>Sykepleier har økt rehabiliteringsblikk enn før.</p>
<p>«Men det er jo veldig greit at vi for eksempel kan komma til deg også si at «ja, nå står den på den og den medisinen. Altså, kan du si hvorfor hu gjør det?». Det er en kompetanse som er veldig viktig for oss da»</p>	<p>Sykepleierens medisinske kompetanse er viktig for teamet</p>

Kodene ble satt under forskjellige kategorier, inspirert av de foreløpige temaene fra første analysetrinn:

- 1) Koden «Sykepleier opplever at hun har mer kontakt med de pårørende enn de andre i team, men ikke alltid» ble satt under kategorien «*Pårørende*».
- 2) Koden «Sykepleier har økt rehabiliteringsblikk enn før» ble satt under kategorien «*Tilrettelegging/rehabiliteringsblikk for å fremme hverdagsmestring og trygghet*».
- 3) Koden «Sykepleierens medisinske kompetanse er viktig for teamet» ble satt under kategorien «*Medisinhåndtering*».

Kategoriene ble satt i alfabetisk rekkefølge inn i et Word-dokument på PC, der forsker aktivt fordelte de ulike kodene under de ulike kategoriene. For å se forskjell på hvilket hverdagsrehabiliteringsteam som hadde sagt hva, ble de forskjellige kodene fra teamene farget i hver sin farge. Da dette var en fleksibel og dynamisk analyseprosess, ble det dannet nye kategorier ettersom det åpenbarte seg nye koder underveis. Koder ble flyttet frem og tilbake mellom ulike kategorier, og kategoriens tittel ble byttet etter hva som passet best for tilhørende koder. I andre trinn hadde forsker til slutt 20 kategorier med tilhørende 759 koder fra transkripsjonene.

I trinn 3 ble fokuset rettet mot datamaterialet som kunne si noe om sykepleierens arbeidsoppgaver i team. Etter samtale med veileder ble de foreløpige kategoriene plassert på et A4 ark. Dette for å få en oversikt over de 20 kategoriene som hadde åpenbart seg underveis. Forsker ønsket å få en umiddelbar formening om det var noen av kategoriene som hørte sammen. Etter å ha sett over transkripsjonene og den foreløpige analysen, åpenbarte det seg to overordnede temaer: «Sykepleierens arbeidsoppgaver» og «Team». Videre ble en kolonne kalt «50/50» dannet, da kodene under disse kategoriene var rettet mot begge de overordnede temaene. Hvordan forsker fordelte de ulike kategoriene under de overordnede temaene, blir illustrert i tabell 4:

Tabell 4: Oversikt over overordnede temaer med tilhørende kategorier

«Teamet»	«Sykepleierens arbeidsoppgaver»	50/50
Tid og vedtak	Sårproblematikk	Pårørende
Tverrfaglighet	Medisinhåndtering	Observasjon
Målsetting	Mat og drikke	Kompleksitet / «poteter»
Organisering av team	Vurderingskompetanse	Råd, opplæring, oppfølging og veiledning
	Stomi	Tilrettelegging/rehabiliteringsblikk for å fremme hverdagsmestring og trygghet
	Overordnet blikk	Intensiv opptrening og fysisk aktivitet
	Automatikk, vanskelig å beskrive rutiner.	Internundervisning
		Motivasjonsarbeid
		Kartlegging, evaluering og vurdering

Forsker fikk raskt oversikt over hvilke kategorier som tilhørte de ulike overordnede temaene. To tankekart for hvert av de overordnede temaene ble skissert for å samle kategoriene ytterligere, der forsker satte streker og markerte kategorier som hørte mer sammen enn andre. Under «50/50» plukket forsker ut de kodene under kategoriene som kunne knyttes direkte til valgt problemstilling. Flere av kategoriene ble satt sammen underveis i analysen. Blant annet ble kategorien «intensiv opptrening og fysisk aktivitet» inkludert i kategorien «Tilrettelegging/rehabiliteringsblikk for å fremme hverdagsmestring og trygghet». Dette opplevdes på en annen side som en upresis betegnelse på kategorien underveis i analyseprosessen (Malterud, 2013 s. 101), og ble etter hvert kalt «Økt rehabiliteringsfokus – oppmerksomhet rettet mot brukerens ressurser».

Det har blitt valgt fra dette stadiet å gå videre med kategoriene som var representative for sykepleierens arbeidsoppgaver i hverdagsrehabiliteringsteam. Det vil si at store deler av materialet som omhandlet det overordnede temaet «Team» har blitt lagt til side og er ikke blitt inkludert videre i studien (Malterud, 2013 s. 92). Kodene som omhandlet det samme, ble satt ved hverandre under kategoriene, der relevante sitater fra transkripsjonene som kunne illustrere valgte koder og kategorier ble markert i transkripsjonen for videre arbeid med resultatet. Tankekartet om «sykepleierens arbeidsoppgaver» ble utgangspunkt for masteroppgavens foreløpige disposisjon, og det ble valgt å starte skriveprosessen ut i fra oppgavens foreløpige kategorier og tema. Analysen foregår fra studiens begynnelse til slutt, og det opplevdes derfor vanskelig å være fullstendig i mål med analysen før resultatet ble skrevet. Det åpenbarte seg etter hvert fire hovedtemaer med tilhørende kategorier knyttet til sykepleierens arbeidsoppgaver i team, og illustreres i tabell 5:

Tabell 5: Resultatets hovedtemaer med tilhørende undertemaer

Sykepleier er gull verdt i medisiner	En kompleks arbeidshverdag	Økt rehabiliteringsfokus – oppmerksomhet rettet mot brukerens ressurser	Formell kartlegging og observasjon
Spør, graver og deler kunnskap	«Poteten» som «holder tråden i ting»	Motivasjon- og holdningsendrende arbeid	Sykepleierens «plass» under kartlegging
Sykepleierens medisinske ansvar og kompetanse	Samarbeid med andre instanser og ansatte	Fokus rettet mot brukernes ressurser i daglige rutiner	Men du observerer jo annerledes enn det jeg gjør!
	Samarbeid med pårørende	Fokus rettet mot brukerens ressurser i praktiske oppgaver	
		Alle jobber med fysisk aktivitet, det ligger i bunnen	

3.0 Resultat

Funnene i studien viser at sykepleieren har svært varierte og allsidige arbeidsoppgaver i teamene, der en av sykepleierne beskriver variasjonen på denne måten: «*Det er hele kroppen. Det er psyken, det er det fysiske, det er sykdommer, det kan være medisiner, det er sår. Altså, alt! Alt fra A til Å*». Ved oppsummering av intervjuene, ble dette sagt av en ergoterapeut om sykepleierens arbeidsoppgaver i teamet: «*Tror overskriften er, med to streker under svaret, at sykepleier er uunnværlig*».

Tverrfaglig samarbeid er en del av rammen som omringer sykepleierens arbeidsoppgaver i teamet, og ble ansett som grunnleggende og viktig inn i arbeidet med å nå brukerens mål. Fokusgruppene presiserte og la stor vekt på det tverrfaglige samarbeidet, som var en stor del av sykepleierens arbeidshverdag. Med dette som «bakteppe» for sykepleierens arbeidsoppgaver i team, ønsker jeg å presentere funnene fordelt på disse hovedtemaene: «Sykepleier er gull verdt i medisiner», «En kompleks arbeidshverdag», «Økt rehabiliteringsfokus – oppmerksomhet rettet mot brukerens ressurser» og «Formell kartlegging og observasjon».

3.1 Sykepleier er «gull verdt» i medisiner

En sentral sykepleieoppgave i alle de intervjuede hverdagsrehabiliteringsteamene var oppfølging av medisiner og sykdomsforløp, der en av fysioterapeutene forklarte: *«Sykepleier har kanskje enda mer kunnskap om sykdom og sykdomsforløp i visse tilfeller enn det terapeutene har»*. I noen av teamene ble kunnskap om det medikamentelle, tilknyttet medisiner, diagnoser, sykdomsforløp og bivirkninger, tatt frem som den mest sentrale og viktige sykepleiekompetansen. I et av teamene ble det konkretisert at kompetansen var spesielt viktig når teamene fikk inn brukere som var nye i systemet: *«De casene hvor brukerne er litt ukjente, så er det jo superviktig tenker jeg da i hvert fall, at sykepleieren er med (...) Det å vurdere spesielt nye brukere og være med å vurdere det medisinske liksom»*.

Både sykepleierens organisering av- og kunnskap om medikamentelle forhold ble beskrevet som betydningsfullt for andre faggrupper i teamet. En fysioterapeut la frem følgende: *«Bare det at sykepleier bruker tid til å organisere og få oversikt, det gir en ... Ro til pasientene og for oss, så det er gull verdt, for jeg kunne ikke klart det allikevel»*. Å følge opp medisiner kunne også være en tidkrevende arbeidsoppgave. For eksempel ble det fortalt i et av teamene at en av deres tidligere sykepleier brukte en halv dag på å organisere medisinene til en enkelt bruker, der det også blir nevnt at opprydning i dosett, sjekk av medisinliste og få oversikt over tablettar var sentralt. Å få tidlig oversikt over hvorfor bruker tar de tablettene han/hun tar og om disse faktisk blir tatt samt eventuelle bivirkninger og virkning av medisinene blir også nevnt at blir fulgt med på av sykepleier. Videre innebærer dette at sykepleieren også prøver å få oversikt over praktiske forhold som hvor medisinene ligger, om de har multidoserull, om de får medisinene av hjemmesykepleien og om de tar medisinene til rett tid hver dag. Ved at sykepleieren bidrar til å få oversikt over medikamentelle forhold, vil teamet også få kunnskap om hvilke brukere som klarer å ta medisinene selv, hvilke brukere som det er nødvendig å ta hånd om det medikamentelle for (som for eksempel smertestillende), og hvem som har mulighet til/ønsker å trene seg opp til å mestre det medikamentelle selv.

Smerte kan være et hinder for fysisk aktivitet og rehabilitering, der en av sykepleierne veiledet og gav råd om bruk og inntak av smertestillende medisiner: *«Det er ofte at de venter altfor lenge med å ta neste dose, selv om legen har skrevet at de kan ta inntil tre ganger. De tar bare en gang, så kommer vi etter middag så er det kjempe smerter (...). Så ofte sier jeg at hvis legen har skrevet inntil tre ganger, i hvert fall så kan du forsøke den første dagen å ta inntil tre, så*

kan du trappe ned til to for å se hvordan effekten er. Så det er litt råd og veiledning». Videre ble det forklart at smertestillende kan gjøre bruker trøtt og sliten som igjen påvirker aktivitetsnivået. Ved at sykepleier deler sin kompetanse om smertelindring og medisiner med brukeren, kan dette føre til en bedre hverdag, og utgjøre en stor forskjell for brukeren: «Hun hadde prøvd høy dose, 300 mg. Og blitt så dårlig at hun bare hadde blitt sittende på verandaen og ikke kommet seg inn igjen en gang... Hun hadde fortsatt masse vondt og det hadde gått lang tid, også kommer sykepleier og foreslår for henne... Du skal ikke prøve, men i mye mindre dose, også se om du tåler det (...) Og det har fungert altså». Det kan også i enkelte tilfeller være sentralt at sykepleier kontakter brukerens fastlege og har samtale med bruker om de klarer å administrere medisinene selv, der sykepleier også følger med under hverdagsrehabiliteringsprosessen om bruker er tilstrekkelig smertelindret underveis.

3.1.1 «Spør, graver og deler kunnskap»

På bakgrunn av analysen så viser resultatene at det tverrfaglige hverdagsrehabiliteringsteamet henvender seg til sykepleieren om de har spørsmål angående brukernes medisiner eller diagnoser. Dette er spørsmål de andre i teamet opplever at de ikke kan svare på, som for eksempel spørsmål rundt infeksjoner eller vurdering av sår, der det er sykepleieren som kan foreta slike vurderinger. Videre legger en av sykepleierne til: «Jeg spør og graver om alt mulig», der det blir konkretisert at nysgjerrighet er viktig for å vite noe om brukerens situasjon: «Jeg spør alltid om de bruker noe medisiner. Det er uansett greit å vite. Det kan jo være pasienter du er hos som ikke er i systemet i fra før... Og da er det greit å spørre litt... Hva slags sykdommer... Om det er noe spesielt jeg må vite!».

På en annen side forklarte en annen sykepleier at hun sjeldent gikk inn i brukerens medisiner, og utdypet dette slik: «Jeg føler jo egentlig ikke at jeg jobber så mye rundt, eller gjør.. Eller, blander meg så veldig mye i hva slags medisiner folk går på hvis jeg ikke bare ser at det er helt røv ruskende...». Hjemmetreneren i samme team poengterte allikevel at en sykepleiekompetanse som var viktig for deres team var at sykepleier kunne svare på spørsmål som gjaldt brukerens medisiner og forklarte: «Men det er jo veldig greit at vi for eksempel kan komme til deg også si at «Ja nå står den på den og den medisinen... Altså, kan du se hvorfor hun gjør det?»». Fysioterapeuten fulgte videre opp med å forklare at teamet snakket og diskuterte mye i løpet av en arbeidsdag, der sykepleieren svarte på mange av tingene det ble spurt om i teamet

og tilføyde: «Som jeg tror du ikke er helt klar over...». Funnene viser at teamet ofte henvender seg og har tillit til sykepleier når det kommer til spørsmål rundt brukerens medisiner: «Det er jo veldig... Veldig betryggende for oss andre som jobber i teamet at sykepleier har litt kontroll på det med medisiner, altså».

Men det er ikke bare teamet og sykepleieren som stiller spørsmål, der også brukere av hverdagsrehabiliteringstjenesten som kommer fra sykehus eller andre instanser ofte har spørsmål rundt medisiner. Det ble beskrevet at det derfor var viktig å ha med seg sykepleieren inn til brukere som er nye i tjenesten, da spørsmål om medisiner som for eksempel smertelindring, ofte forekommer: «Når pasienten kommer direkte fra sykehus, spesielt på det første besøket er det spørsmål om medisiner ikke sant. Og når vi ikke har sykepleieren, da er vi virkelig på jorden!». En annen fysioterapeut legger til: «Jeg har bare lyst til å skyte inn at jeg har opplevd at brukerne... Vil være takknemlig for at noen tar opp det med medisiner og ser på det på en annen måte enn det de har fått beskjed om fra legen, da de får altfor lite kontakt med legen...»

3.1.2 Sykepleierens medisinske ansvar og kompetanse

I et av teamene ble det diskusjon rundt sykepleierens arbeidsoppgaver, der det ble lagt frem at enkelte av sykepleierens arbeidsoppgaver ikke kan delegeres bort lovmessig og juridisk. Det ble argumentert med at den medisinske kompetansen og ansvaret en sykepleier sitter på, er det kun sykepleieren som har og kan utføre. Det ble eksempelvis konkretisert at det kun er sykepleieren i teamet som kan sette en insulinsprøyte, og kan derfor ikke delegere bort denne konkrete arbeidsoppgaven til andre faggrupper i teamet da dette er utenfor deres fagfelt.

På et hjemmebesøk som hadde blitt utført i et annet team, la ergoterapeut frem en konkret sykepleieoppgave som følger: «Vi er ute hos ei som har et nylig brudd, og som opplever at foten er rød og varm og... Ikke sant. Disse tingene. Og det er veldig fint, for da når damen spør om det, da var vel jeg nærmest pasienten, men helt automatisk da så trekker jeg meg bare tilbake og «fjoom», så kommer sykepleier, for vi vet så godt rollene våre. Det er en selvfølge at det ikke er jeg som skal sjekke den foten der, men da overtar sykepleier». På et annet hjemmebesøk i et av de andre teamene, forklarte sykepleier at hennes arbeidsoppgave var å sende brukeren til sin fastlege, da bruker hadde opplevd svimmelhet, hjertebank og kvalme

grunnet smertepasteret etter hjemkomst fra sykehuset: *«Det kan hemme fysisk rehabilitering da»*.

I analysen kom det frem at målinger som blodtrykk og puls av brukerne var en arbeidsoppgave det var ulik praksis på. I et av teamene hadde sykepleier en egen sykepleiersekk som inneholdt måleinstrumenter som blodtrykksapparat, blodsukkerapparat, sårutstyr og et triageringsark for å ha mulighet til å legge akutt syke brukere raskere inn på sykehus. Sykepleierens arbeidsoppgaver kunne blant annet være å ta et blodtrykk hvis en bruker opplevde svimmelhet, eller ta blodtrykksmålinger rekvirert av lege. I de andre hverdagsrehabiliteringsteamene ble det nevnt at måleapparater måtte bli hentet på det lokale sykehjemmet eller i hjemmesykepleien ved behov, der en av sykepleierne beskrev dette angående blodtrykkskontroll: *«Det er ikke noe jeg liksom tenker at det gjør jeg automatisk. Men det kan jo skje at jeg gjør det, hvis jeg ser at her er det et eller annet»*.

Å finne årsaken til hvorfor brukeren opplever det han/hun opplever samt følge opp bruker om de opplever at det er noe som ikke stemmer, ble understreket at var en del av sykepleierens ansvar. En av sykepleierne poengterte: *«Når du tenker noe, så må du også gjøre noe med det!»*. Å finne årsaken til hvorfor en bruker for eksempel er svimmel ble tatt frem som eksempel i fokusgruppeintervjuet, der en av sykepleierne i teamet stilte seg selv følgende spørsmål: *«Hvorfor er bruker svimmel? Har bruker for lavt blodtrykk? Er det for lavt mat- og drikkeinntak?»*. Fysioterapeuten i det samme teamet avsluttet tematikken med følgende: *«Det er behov for et sykepleiefaglig blikk hele tiden, for å fange opp hvis det skulle være noen ting hele veien»*.

3.2 En kompleks arbeidshverdag

Rzadzowska (2018) definerer ordnet «kompleks» i Store Norske Leksikon som et forhold som er sammensatt av mange ulike elementer, og er mangesidig. Selv om sykepleierens arbeidshverdag ble beskrevet som kompleks, var det allikevel ord og uttrykk som ble brukt om oppgaver som opplevdes rutinebelagte: *«det ligger i ryggmargen»*, *«det bare detter ned i hodet på en»* og *«det ligger under huden»*. En av sykepleierne forklarte: *«Jeg spør ofte om hva slags medikamenter de bruker, det ligger under huden»*. En av ergoterapeutene beskrev: *«Jeg tror du (sykepleier) har så gode innarbeidede rutiner (...) Og med en gang sykepleier kommer på jobb,*

så er det rett inn i rapporten og lese igjennom», der sykepleier svarer «Jaja, det sitter altså så i ryggmargen».

På en annen side blir det poengtert at sykepleierens arbeidshverdag *ikke* er preget av rutiner og automatikk, da brukerne er veldig ulike: *«Vi har ikke to brukere som er helt like (...) Hva som blir sagt og hva som blir gjort, altså, de er så forskjellige».* Da brukerne er forskjellige, har ulike problemstillinger og der fokuset til helsepersonellet må forandres fra individ til individ, oppleves det vanskelig for sykepleier å fortelle om konkrete arbeidsoppgaver som ble gjort hos brukerne: *«Det er mange ting man kan holde på med i teamet som sykepleier. Jeg synes det er vanskelig å si «dette holder jeg på med»...».* Teamene opplevde å ha sammensatte og komplekse brukere med ulike diagnoser. Det blir videre lagt frem at dette krever et samarbeid med flere instanser, der koordinasjonsarbeid var en sentral del av sykepleierens arbeidshverdag. Variasjonen og kompleksiteten i sykepleierens arbeidsoppgaver blir belyst i dette underkapittelet.

3.2.1 «Poteten» som «holder tråden i ting»

På bakgrunn av analysen kom det frem at sykepleieren har en variert og allsidig arbeidshverdag. «Potet» ble sagt om sykepleierens varierende arbeidsoppgaver, der «holder tråden i ting» ble et synonym på sykepleierens overordnede blick i hverdagsrehabiliteringsteamet.

En av sykepleierne anvendte «potet» som uttrykk for sin varierte arbeidshverdag: *«Ja, jeg føler at mine arbeidsoppgaver er veldig variable på en måte. Alt i fra å være med på å organisere teamet, til tverrfaglige møter med hjemmetjenesten, sånne samarbeidsmøter... Men hvis vi bare snakker om hverdagsrehabilitering, så er det jo ikke så «poteten» på en måte, men alle de andre oppgavene som er i teamet så føler jeg på en måte det. Variert da».* Uttrykket «Potet» ble også benyttet i et annet team for å speile personalets varierte arbeidsoppgaver: *«De fleste som sitter her kan jo brukes på en måte som litt poteter da. Man krysser hverandre, spesielt etter så mange år sammen».* Funnene viser at «potet» ble et synonym for den varierte og mangesidige arbeidshverdagen teamet har hver for seg og sammen, der arbeidsoppgaver ble ansett som allsidige, kryssende og innholdsrike. Varierte arbeidsoppgaver ble også presentert av en annen sykepleier, der hun la frem sine arbeidsoppgaver i tillegg til hverdagsrehabilitering slik: *«Jeg koordinerer i tillegg elever, studenter inn her, kommer etter hvert til å gjelde også tilrettelagte*

tjenester. Koordinerer medisinkurs, grunnkurs og oppfriskningskurs. Skal etter hvert ha brannvernkurs, opplæring i hjertestarter og opplæring av sommervikarer».

Det ble beskrevet at sykepleierens overordnede blikk innad i teamene var sentralt. Sykepleier danner seg et helhetlig bilde av situasjonen til brukeren som er verdifullt for teamet, der en av sykepleierne la frem: *«Å se det helhetlige rundt brukeren... Det tenker jeg er min sterkeste, eller... Sykepleierens kompetanse inn i teamet».* Det ble lagt frem av teamene at sykepleier hadde en annen oversikt og overblikk enn for eksempel ergoterapeut og fysioterapeut. Det ble blant annet beskrevet av en fysioterapeut at sykepleieren hadde fokus på helheten og hadde oversikt over brukerens dag, i motsetning til fysioterapeut som hadde sitt hovedfokus på brukerens funksjon. I et annet team opplevde de også sykepleierens helhetlige og overordnede blikk som svært betydningsfullt: *«Du som sykepleier, du har jo et overordna blikk på en del ting og det... Spesielt litt somatikk og det gjelder ernæring og det gjelder... Har et sånt helhetlig bilde av hva situasjonen er her. (...) Du får et litt sånn helhetsbilde ganske fort fordi du veit akkurat hva du skal se etter når det gjelder... Hvor er det medisinske i forhold til ernæring og alt det herre her, så du setter det litt sammen. Jeg oppfatter i alle fall at det er det du gjør».* En annen sykepleier opplevde på en annen side at hun hadde mer oversikt enn de andre i teamet i perioder, noe de andre i teamet var enige i: *«Det kan godt hende vi lener oss litt på sykepleieren da. Det at hun har så god kontroll, at vi tenker «Okei, det går bra selv om jeg ikke er så veldig oppdatert»».* Det ble videre poengtert på humoristisk vis: *«Også har sykepleier bedre hukommelse enn fysioterapeut og ergoterapeut».*

Det overordnede blikket og ansvaret kom også til uttrykk i et av de andre teamene, der en av deres sykepleiere hadde det koordinerende ansvaret. Fysioterapeuten i teamet forklarte sykepleierens koordinerende ansvar slik: *«Det er sykepleier som på en måte i utgangspunktet tar imot henvendelser, som tar imot og svarer på mail, sørger for at ting ikke glipper da. Altså, vi gjør jo litt alle sammen, men det er liksom sykepleieren som dobbeltsjekker litt og... Holder tråden i ting. Vi andre løper litt ut og frem og tilbake, så det er veldig greit at det er noen som på en måte er ansvarlig for at mailene blir besvart, at ting blir fulgt opp, at ting blir skrevet på lista vår, hva som skal bli tatt opp på en måte (...) Har oversikt ja».*

3.2.2 Samarbeid med andre instanser og ansatte

Fastlege ble nevnt som en instans teamene hadde kontakt med, der ergoterapeut i et av teamene opplevde at sykepleieren hadde mest kontakt med fastlege: *«Hvis det er henvisning til fastlege... Si meg imot hvis jeg tar feil... Men det føler jeg sjeldent at jeg gjør altså. Da lener jeg meg sikkert automatisk tilbake ubevisst (latter), også bare skjer det!»*. Fysioterapeuten i teamet følger opp med å si: *«Det er ofte sykepleier-ting som trengs å kommunisere med legen, det er det»*.

I et annet team ble det konkretisert at terapeutene hadde like tett medisinsk kontakt med legen som det sykepleieren hadde, men der fysioterapeut poengterte: *«Av en eller annen grunn så hører de (fastlegene) litt mer noen ganger på sykepleier»*, der ergoterapeut på en humoristisk måte følger opp med å si: *«Du veit liksom hva du snakker om»*. Kontakten med fastlege ble gjort på forskjellig vis, der både kontakt over E-melding og direkte kontakt over telefon ble nevnt. I et annet team var det mindre kontakt med brukernes fastlege enn før, der sykepleieren forklarte dette slik: *«Nei, altså du kan si at det var mer sånn... Da vi var innsatsteam, da var jeg jo stadig i kontakt med legene, sykebiler og hele pakka... Men, liksom nå, så er det veldig sånn... Blir litt sånn tilfeldig»*.

Sykepleierne hadde kontakt med mange instanser, der flere ble nevnt: NAV, bestiller-kontoret, rusteam, team for psykisk helse, vergeordning, fylkesmann, tjenestekontoret og hjemmetjenesten. Det ble beskrevet at samarbeid med diverse instanser ikke var uvanlig grunnet den sammensatte brukergruppen i hverdagsrehabiliteringstjenesten. I et av teamene ble kompleksiteten beskrevet slik: *«Nå er det lenge siden vi har hatt det, men vi har hatt en del sånne vanskelige caser som egentlig ikke passer inn noe sted. De passer ikke inn hos team for psykisk helse, de passer ikke inn hos hjemmetjenesten, også har de på en måte havnet her. Så de har jeg (sykepleier) jobbet ganske mye med. Både i samarbeid med NAV, rusteam eller ruskonsulenten der, team for psykisk helse, fastlege og hjemmetjeneste»*.

Å innhente kompetanse og ta kontakt med instanser ble tydelig belyst i et av de intervjuede teamene, der sykepleier prøvde å innhente kompetanse som lå utenfor hverdagsrehabiliteringsteamet. Fysioterapeut forklarte hvordan sykepleier innhentet nødvendig informasjon til teamet: *«(...) Men da organiserte du sånn at vi fikk inn mere kompetanse i forhold til psykiatrisk team og rus. Hun dro i de trådene ikke sant for å få til det sånn at vi visste litt hvordan vi skulle*

jobbe, hvordan vi skulle håndtere det, hva vi skulle si, hva vi ikke skulle si, altså sånn type ting». Sykepleier fulgte opp med å forklare hvordan hun prøvde å organisere dette: «Det var samarbeid med tjenestekontoret, hjemmetjenesten, pårørende, fastlege, team for psykisk helse, rus på NAV... Eeem, ja. Det var vel det. (...) Prøvde vel egentlig å dra alle til et bord hvor vi kunne finne ut av hva vi skal gjøre med den dama her på en måte. Hva slags tilbud hun kan få. Fordi det vi gjorde var ikke tilstrekkelig følte vi».

Det ble forklart i teamene at de hadde et godt arbeidsmiljø og et tett samarbeid, der de lærte av hverandres kunnskap. En fysioterapeut forklarte det slik: «For meg som har drevet med fysioterapi, så har jo jeg vært veldig mye ute og gjort veldig mye behandlinger (...) Så det er lærerikt å komme sammen med en sykepleier, for man ser ting på en litt annen måte. Stiller noen spørsmål som jeg aaaaldri hadde tenkt på og virsa versa ikke sant. Det blir veldig utfyllende synes jeg da». Tett samarbeid ble det også beskrevet at var mellom hverdagsrehabiliteringsteamet og hjemmetjenesten, spesielt når det gjaldt internundervisning av hjemmetjenestens ansatte. I et spesifikt team hadde alle tett samarbeid med hjemmetjenesten, der to og to gikk inn i veiledning: «Da kan vi gå tilbake til hjemmetjenesten igjen når perioden er ferdig og veilede hjemmetjenesten på hva har vi gjort? Hva har fungert? Hva har fungert godt i forflytning? Når er det aktivitet og når skal brukeren hvile? Vi har liksom sett litt mere helheten, og kan gi tilbakemelding på hvordan vi mener atte hverdagen kan legges opp for at den pasienten her kan fungere godt hjemme». Sykepleieren i samme team poengterte videre: «Det er det vi prøver nå, ikke sant. Det med hverdagsmestring og få ut til alle kollegaer også i hjemmetjenesten. Fordi atte, det kan være vanskelig å klare å snu det!». Også internundervisning for hverandre innad i teamet ble spesifisert i et av teamene som viktig, der de hadde som mål å løfte hvert enkelt fagfelt, og utnytte hver enkelt kompetanse på best mulig måte: «Nå har vi bestemt oss for at vi skal ha en del internundervisning, vi skal løfte frem faget, og den ulike kompetansen hver enkelt har og synliggjøre den (...) Bli litt mer klar over hvem er jeg i dette teamet her og hva kan jeg egentlig og hva styrer jeg med. Det har noe med selvtiliten i eget fag å gjøre».

3.2.3 Samarbeid med pårørende

Samarbeidet med pårørende ble også belyst som sentralt under hverdagsrehabiliteringsprosessen, der det var delte meninger om hvem som hadde mest kontakt med pårørende under

fokusgruppeintervjuene. I et av teamene ble det forklart at sykepleieren kan være med på å gi pårørende en god oppfølging og en helhetlig oversikt over brukeren situasjon, da sykepleier har tett kontakt med fastlege, spesialisthelsetjenesten, hjemmetjenesten og andre relevante instanser. Når det ble spurt om sykepleier hadde mer kontakt med pårørende enn de andre i teamet, svarte en av sykepleierne: *«Sånn som jeg ser det, så stemmer det nok. Ofte i alle fall, ikke alltid».*

På en annen side forklarte andre deltakere at de opplever at alle i teamet hadde like mye kontakt og samarbeid med pårørende, der det kom an på problemstillingen hvem som tok kontakt, fulgte opp, gav råd og veiledet de pårørende. Dette ut i fra kompetansen det var mest behov for, der andre deltakere opplevde det som tilfeldig hvem som hadde kontakt med pårørende. Er det sykepleierrettede spørsmål, så er det sykepleier som svarer på forespørselen fra pårørende: *«Det kommer litt an på hva problematikken er. Er det snakk om problematikk i forhold til kanskje... Medisinsk, så er det ofte sykepleieren (...) Hvis det er sammenheng mellom hukommelse, medisin, sykdom og sånn så er det gjerne kanskje sykepleieren som har mer kontakt, i hvert fall er det min mening».*

Pårørendes opplevelse av og meninger om brukers situasjon ble beskrevet at var nyttig, spesielt inn i kartleggingsbesøkene, der en av sykepleierne poengterer: *«Ofte så ønsker vi at pårørende skal være tilstede for vi mener at vi får et litt mer helhetlig bilde av situasjonen».* Samarbeidet kan være med på å gi nyttig informasjon til teamet om hvordan veilede og følge opp brukeren på en riktig og tilstrekkelig måte under hverdagsrehabiliteringsperioden. Da pårørende kjenner brukers rutiner og vaner best, kan pårørendes råd og erfaringer som blir delt underveis føre til at tjenesten tilpasses brukers behov ytterligere.

3.3 Økt rehabiliteringsfokus - oppmerksomhet rettet mot brukers ressurser

Analysen viser at veiledning, tilrettelegging, opplæring og råd blir gitt på bakgrunn av sykepleiers kunnskap og kompetanse, der fokuset er på brukers egne ressurser og hva som kan få bruker selvstendig i eget hverdagsliv. I et av teamene ble det forklart at en tett oppfølging av brukerne kan være med på å gi sykepleieren mulighet til å gi hensiktsmessig opplæring og veiledning underveis i hverdagsrehabiliteringsforløpet: *«I og med at vi er organisert sånn som vi er nå, så ser jo jeg pasientene gjentatte ganger. Jeg kan følge dem opp, ikke sant. Istedenfor*

at du reiser ut en gang... Så er det ikke så lett å... Du får ikke det bildet da! Men nå har jo jeg mulighet til å følge de i fem uker, ikke sant. Med litt sånn... Med et klinisk blikk da».

Funnene viser at det var viktig i teamene å ikke hjelpe brukere med oppgaver de i utgangspunktet kan klare selv, der noe tilrettelegging i hjemmet kan være nok til opplevelse av økt selvstendighet. Det å se brukerens ressurser var grunnleggende, der det ble poengtert at man ikke skal ta over oppgaver for å være «snill og grei». Dette ble eksemplifisert på denne måten av et av teamene: «Vi vasker ikke hår på personer som har problemer med gangfunksjonen og som har to friske armer (...) Vi tilrettelegger og hjelper der det absolutt ikke går».

Høyt-tenkning sammen med bruker var også sentralt for å skape en tilrettelagt hverdag: «Så tenker vi høyt sammen også, også kommer vi til hvordan skal jeg flytte denne varme koppen fra kjøkkenbenken og bort til godstolen, tenker vi høyt rundt det (...) Vi driver mye med idémyldring». Å dele kunnskap var viktig for å fremme en selvstendig hverdag, der et av teamene forklarte at de hadde gjort seg opp flere erfaringer og videreført disse: «Vi gir mange brukere og pårørende rundt litt sånn «a-ha» opplevelser. «Å, kunne vi gjøre det sånn?», og mange av de a-ha opplevelsene har vi med oss i en sekk, de har vi jo dratt hos mange ikke sant. Det er jo erfaring». Sykepleier ble nevnt spesielt i denne sammenhengen, der det «å jobbe med hendene på ryggen» var ekstra viktig for sykepleierne: «Jeg tenker kanskje spesielt for sykepleierne fordi vi er opplært i en annen måte ofte å tenke på. Håper jeg ikke sier noe feil men... Ofte så er sykepleieren lært opp til å «gjøre for», hva er det du trenger hjelp med, hva kan jeg gjøre for deg. Det var i hvert fall sånn når jeg tok utdannelsen. Det begynner å bli noen år siden nå».

Funnene viser at sykepleierne opplever at de har fått økt fokus på rehabilitering og hverdagsmestring etter å ha begynt å arbeide i hverdagsrehabiliteringsteam. Det blir forklart at fokuset er på hva som må til for at brukeren kan bo hjemme og være selvstendig lengst mulig uten å være avhengig av hjelp i hverdagen: «... Bare det å få blikket på... Er dørene breie, trenger hu do-forhøyer, hvordan er senga og alt det herre her. Kommer hun seg inn i dusjen, skulle hu hatt ei stang. Altså... Man får jo litt av det sånn som jeg aldri har tenkt på før». Rehabiliteringsfokuset som har kommet etter arbeidet i hverdagsrehabilitering blir forklart av en sykepleier, der hun har tatt med seg rehabiliteringsfokuset videre inn i sin andre jobb: «Jeg tror jeg har veldig mye med meg fra rehabiliteringstankegangen inn i min jobb som kreftkoordinator. Det er mange nå som jeg går tur med mens jeg prater, istedenfor å sitte over den kaffekoppen og prate (...) Og det tenkte jeg ikke på før».

3.3.1 Motivasjon og holdningsendrende arbeid

For å utføre hverdagsrehabilitering, ble motivasjon ansett som sentralt i rehabiliteringsarbeidet, der det ble forklart: *«Det må være et snev av motivasjon eller evnen til å finne den igjen. Motivasjon er veldig viktig»*. I et annet team ble det beskrevet at det ikke er krav om motivasjon for å få hverdagsrehabilitering, da motivasjon kan komme etter hvert. Det ble beskrevet at motivasjonsarbeid var mye av jobben: *«Motivasjon ligger i skuffen, må bare finne ut i hvilken skuff den lå i»*.

For brukere som i utgangspunktet ikke ønsker hverdagsrehabilitering, kan det være vanskelig å motivere: *«Vi hadde en dame som hadde hatt slag med høyre sidig utfall og balanseproblematikk som vi tenkte var helt perfekt for hverdagsrehabilitering, men det tenkte ikke hun! (...) Hun var du (sykepleier) en del inne hos og motiverte og snakket en del med henne (...) Og hun ble med til slutt, så hun bruke vi da to uker på å motivere»*. I to av teamene ble det beskrevet at Motiverende Intervju (MI) ble benyttet for å hente frem brukerens motivasjon for hverdagsrehabiliteringsperioden, der alle ansatte i et av teamene var MI-kurset: *«Du fisker jo litt frem hva bruker har som mål, hva som er brukerens ønsker. Det er jo liksom å finne frem til hva det brukeren selv ønsker å jobbe med»*. Det ble også beskrevet at det å få frem det positive i at bruker blir selvstendig i egen hverdag samt å arrangere aktiviteter bruker anser som meningsfulle, kan føre til økt motivasjon for å gjennomføre hverdagsrehabiliteringsopplegget. På en annen side ble det også lagt frem at brukere som er vanskelig å motivere og få til et godt samarbeid med, får avsluttet tjenesten tidligere.

Videre kan det være en utfordring å snu brukernes, egne og kollegaenes holdninger mot økt hverdagsmestring og oppmerksomhet rettet mot brukerens ressurser. Møter, opplæring, kurs og internundervisning ble lagt frem som virkemidler i veien mot det holdningsendrende arbeidet. En av sykepleierne poengterte utfordringen: *«Det med hverdagsmestring og få ut til alle kollegaer også i hjemmetjenesten, ikke sant. Fordi atte, det er vanskelig. Å klare å snu det. Det er liksom sånn som vi sier at sitter litt i ryggmargen hos oss. Vi skal liksom værre så behjelpelig å flinke og snille og hjelpe til hele tida. Og det er vanskelig å begynne å si nei. Ikke sant?»*.

Videre beskriver sykepleier at brukerne i enkelte tilfeller kan stille seg uforstående til hvorfor han/hun ikke får hjelp. Dette da bruker og helsepersonell kan ha forskjellige holdninger og forventninger til hva som skal bli gjort i hjemmet: *«... «Kan du vanne blomma mine eller kan*

du gå ut med søpla mi?» Da svarer jeg «Nei, det kan jeg ikke. Men vi kan gå ut sammen etterpå!». Det er ikke lett, for da får du litt den derre «si meg en ting, skal du ikke gjørra noen ting? Er du ikke på jobb? Skal du ikke hjelpe meg?»... Det er vanskelig». Ydmykhet blir tatt frem som elementært i møte med bruker i brukerens eget hjem, der det i et av teamene ble reflektert rundt viktigheten av ydmykhet: «Det er den derre ydmykheten du skal ha når du jobber hjemme (...) En sykepleier i sykehus kan være ganske autoritær i rehabiliterings-situasjon (...) Men når du får de hjemme så skal den mildnes, tenker jeg. Der må du ha masse ydmykhet etter hvor du er. Du er på besøk».

3.3.2 Fokus rettet mot brukernes ressurser i daglige rutiner

Funnene viser at sykepleier har til hensikt å tilrettelegge, lære opp og veilede bruker i daglige rutiner, slik at brukeren skal kunne gjennomføre oppgavene på en selvstendig og trygg måte. Daglige rutiner som ble lagt frem i studien var dusj, søvn og mat-/drikkeinntak – der sykepleierens arbeidsoppgaver var sentrale.

Dusj ble ansett som en sentral rutine der sykepleier veiledet, tilrettela og gav råd til bruker. Ergoterapeut i et av teamene gav eksempel på sykepleierens fokus på at bruker skulle benytte egne ressurser: «Jeg synes jo ofte jeg hører deg(sykepleier) si hvis vi er i dusjsituasjon, også sier bruker «Å, gi meg den sjampo». Også kan hun svare «Hvis jeg setter den her, rekker du den da?». Ikke sant, istedenfor å bare gi. Og sånn er det jo kanskje hele tiden.». I et annet team var også tilrettelegging i dusjsituasjon en av sykepleierens arbeidsoppgaver: «Hvordan tilrettelegge for å unngå å skli, hvordan ha alt i nærheten, slippe å gå ut igjen våt på beina på et vått badegulv. Altså, se helheten også får de prøve å utføre det. Også gjerne en gang til hvis det skal til for å gjøre de trygge!». Dusj ble beskrevet som en av de rehabiliterende arbeidsoppgavene sykepleier hadde i teamet, der opplæring i ulike teknikker og smarte løsninger knyttet til dusj ble delt med brukerne: «Husker den ene gangen vi var ute og svingte kluten, det var tydelig en sånn derre sykepleie-klasking med kluten. Liksom vise pasienten hvordan du kan gjøre det når du bare har en hånd og hvordan kluten sitter fast». Funnene viser at sykepleier ikke hadde arbeidsoppgaver knyttet tett til hjelpemidler i hverdagsrehabiliteringsteamene, der det blir vist til at sykepleier tilrettela med enkle hjelpemidler som rullator om det skulle være nødvendig. Utover dette var det ergoterapeut som arbeidet med hjelpemidler for å tilrettelegge i brukerens hjem.

Problemer med søvn blir forklart at kan være en begrensning for gjennomføring av hverdagsrehabilitering, da brukere som ikke får tilstrekkelig søvn har lite energi til å gjennomføre fysisk aktivitet sammen med teamet. Det blir beskrevet at veiledning og rådgivning er sentrale forhold sykepleieren utfører i hverdagsrehabiliteringsforløpet når det kommer til søvn og søvnproblematikk. En av sykepleierne beskriver hvordan orientering og kartlegging rundt brukerens problemer med søvn foregår: *«Ja, hvor lenge har det vært sånne søvnproblemer, spør jeg. Er det første gang nå i natt eller? «Nei, jeg har ikke sovet noe på en uke», sier de. (...) Da prøver jeg å si da at de kan snakke med lege. Da tar jeg kontakt med lege, slik at de får snakket med lege».* Veiledning i forhold til tidspunkt for inntak av innsovningstablett blir også beskrevet av en av sykepleierne, da noen av brukerne kan ha utfordringer med tilstrekkelig nattesøvn: *«Noen tar jo innsovningstablett, men det kan hende at de kanskje tar den litt for tidlig. Også sier jeg liksom atte... Det er fare for at hvis de tar den kl 20 og sitter og ser på TV også reiser seg og går, da faller de. Også sier jeg atte «Det er veldig greit at du legger sovetabletten ved nattbordet (...) Se på 21-nyhetene, så kan du sette deg på sengekanten også kan du ta tablettene også legge deg».*

Et kosthold med lavt energinivå og næring påvirker brukerens aktivitetsnivå i negativ retning. Veiledning og tilrettelegging der målet var at brukeren skulle spise næringsrik mat og innta tilstrekkelig med drikke ble beskrevet som sentralt for at brukeren skulle klare å gjennomføre aktivitet underveis i hverdagsrehabiliteringsprosessen. Orientering rundt brukerens mat- og drikkeinntak, hva brukeren har spist og hvor mye energi det er i maten brukeren spiser ble belyst som sentrale spørsmål som kartla brukerens mat- og drikkevaner. En av sykepleierne forklarte blant annet at hun jobbet en del med å kartlegge om brukerne i teamet og i hjemmetjenesten hadde behov for ernæringsoppfølging. På en annen side viser funnene at det ikke var faste eller konkrete rutiner innen kartlegging i forhold til mat- og drikkeinntak, der en av sykepleierne beskrev: *«Jeg tenker ofte generelt... Om det er folk som får i seg nok mat, hvis jeg ser dem er slappe, ser de har mista vekt kanskje (...) Stiller bare vanlig spørsmål som du tar i en samtale mens du gjør andre ting».* På en annen side konkretiserer fysioterapeut at ernæringskartlegging hadde blitt tatt i bruk om de så at det var ernæring som var hovedproblemet til brukeren.

Et variert og sunt kosthold er elementært under en aktiv hverdagsrehabiliteringsprosess, der en av sykepleierne rådet bruker til et mer næringsrikt kosthold: *«Første dagen, eller andre dagen jeg kom, da satt hun med loffbrødsdskive med jordbærsyltetøy. Også sa jeg til henne «Vet du hva, hvis du skal begynne å trene også skal være veldig aktiv...».* Hun hadde ikke mye kapasitet i

begynnelsen. Dårlig matlyst med en kombinasjon av en del smertestillende og sykehusopphold (...). Motiverte henne til å hvert fall begynne med noe havregryn og litt fordøyelig mat og... Ikke bare loff og syltetøy. Det gir ikke noe næring». Via veiledning, råd samt motivasjon til et mer næringsrikt kosthold, startet brukeren med å spise normalkost og lage middag mot slutten av hverdagsrehabiliteringstjenesten. Tilstrekkelig væskeinntak blir også beskrevet at er spesielt hensiktsmessig for de eldre som drikker lite: «Da spør jeg de hvor mye de drikker... Det er noen som er veldig redde for å drikke da. Sier de drikker, «Åååå, da må jeg på do så jeg drikker lite». Også spør jeg hvor mye de drikker, hvor mange glass... Og jeg sier sånn halvannen liter til to».

«*Samspising*» beskrevet av et de intervjuede teamene som et tiltak der helsepersonellet var tilstede under brukerens måltider, da enkelte opplevde det vanskelig og ensomt å spise alene. Via samtale, veiledning og oppfølging underveis i måltidet spiste brukeren betydelig mer. I et annet team ble tilrettelegging under måltider lagt frem som sentralt tiltak for brukere som kunne smøre maten selv: «*Har du brekt beinet, så har du fortsatt hender som du kan smøre maten din med. Istedenfor da å smøre på maten, så kan du kanskje dekke på og gjøre det klart sånn at dem kan smøre på sjøl*». Funnene viser at veiledning og rådgivning for å stimulere brukeren til tilstrekkelig mat- og væskeinntak er hensiktsmessig for å få en god og balansert hverdagsrehabiliteringsperiode.

3.3.3 Fokus rettet mot brukernes ressurser i praktiske oppgaver

Funnene viser at sykepleieren arbeider rehabiliterende med praktiske oppgaver tett tilknyttet brukernes hverdag. Veiledning, opplæring, rådgivning og tilrettelegging i praktiske oppgaver som å sette sprøyte, stell av sår og stomi-stell ble gjort for å få bruker mest mulig selvstendig i egen hverdag.

Å sette sprøyte med blodfortynnende medisin eller insulin var en oppgave som enkelte av brukerne ønsket å bli selvstendig i og klare å mestre selv. Det ble forklart at opplæring i å sette sprøyte ble gjort hos brukere i forbindelse med andre hverdagsrehabiliteringsoppdrag. I et av teamene forklarte de at motivasjon var nøkkelen til brukerens egen- mestring i å sette sprøyte: «... *Få frem det positive med at du klarer å gjøre det sjøl, slippe å være avhengig av at det kommer noen og... Det er jo det, bli selvstendig. For det er jo sånn som de fleste mestrer, bare*

de får muligheten. Det vil jeg påstå». Veiledning og opplæring i forhold til brukere med diabetes ble beskrevet i et spesifikt team, der veiledning i å sette insulinsprøyte kunne være en av sykepleierens arbeidsoppgaver: «... Han hadde sukkersyke, mange sånne ting... Og da var det så nyttig, for da hadde vi med sykepleier inn og var med i forhold til opplæring av insulin. Fulgte med på at han fikk og tok det han skulle og målte og fulgte veldig med på det». Rådgivning om praktiske forhold ble også nevnt som svært sentralt for brukere med diabetes: «... Også forteller jeg om at han ikke må ha så trange sko også ta på skoa før han står opp eller går fra senga eller stolen. Liksom for å unngå gnagsår. Det er råd og veiledning. Det er det jeg tenker da jeg kommer til en diabetiker».

Sår er en spesifikk arbeidsoppgave som er knyttet til sykepleier i teamet, der for eksempel sårstell, bandasjeskift, fjerne sting eller vurdering av sår er noen av arbeidsoppgavene som det ble henvist til. Det ble forklart at det var nødvendig å ha med sykepleier på problemstillinger som omhandlet sår: «For en bruker var det viktig at det var sykepleier inne som kunne vurdere sårene ikke sant, for han hadde tidligere hatt problematikk med sår på beinet som ikke ville gro. Så han var helt utrolig engstelig for at det fikk en liten rift på beinet så trodde'n at da måtte foten amputeres (...) Så der var det viktig å ha med sykepleier inne for å roe ned, snakke litt, se litt, kjenne, gi'n gode råd og kunnskap (...) Det var så betryggende for han å vite at det var noen som hadde kunnskap om sånn og komme inn...». Det ble tydelig belyst via dette eksempelet at sykepleierens sårkompetanse var med på å gi brukeren ro og trygghet. Tett såroppfølging var her nøkkelen til at brukeren skulle komme seg videre i hverdagsrehabiliteringsprosessen og bli en større ressurs i eget liv: «...Og det var avgjørende, for jeg tror ikke vi hadde fått det til hvis ikke sykepleier hadde vært inne der».

På en annen side viser noen av sykepleierne til at det var lite sårstell i arbeidshverdagen, der en av sykepleierne forklarer det slik: «Det kan jo være et enkelt operasjonssår for eksempel, om man skal se åssen det ser ut eller fjerne sting eller vanlig sårstell også... Av og til. Ikke så veldig ofte egentlig, men det hender jo av og til at jeg gjør det». Det ble videre beskrevet at sårstell «må være en del av pakka» sammen med annen rehabilitering, og at sykepleier ikke gikk inn kun for å utføre sårstell: «Hvis de har hjemmesykepleie, så er det hjemmesykepleien som gjør de tinga», der en annen sykepleier følger opp: «... Hvis det er et sånt stort sår, så er det hjemmesykepleiens ansvar». Ergoterapeuten i samme team føyer til: «Mhm, har ikke utstyr til det».

Funnene viser videre til at teamene opplevde sykepleierens sårkompetanse som en trygghet og viktig ressurs inn i teamet. En ergoterapeut forklarte hvordan hun var avhengig av sykepleierens anvisninger under fjerning av sårsting: «... *Det var noen sting som skulle finnes og... Sjekke om det kunne tas og ja... Alt sånt. Og hu veit du, begynte å sjekke og jeg ble bare dårligere og dårligere. Til slutt sier hun bare «Hold...», for vi måtte snu damen... «Hvis du bare holder hånden så hun ikke velter tilbake» og jeg er sikker på at hun bare gav meg den oppgaven for å... (...) Jeg kjente at bare «Oooo, dette er ikke noe for meg». Husker du?».* Videre forklarte fysioterapeuten i teamet om en annen hendelse der hun måtte ringe etter assistanse: «... *Det var et sår som var... En bandasje som var grodd inn eller tørket inn i... Ikke sant... Det var både smertefullt også var det veldig komplisert. Det var blod og greier. Så damen stod der og jeg.. Ikke sant... Hun (sykepleier) vet akkurat hva hun skal gjøre. Det hadde ikke jeg klart!».*

Mål om å bli selvstendig og selvhjulpen i stomi (utlagt tarm) forklarer deltakerne at har vært aktuelt for noen brukere av tjenesten. Sykepleierens arbeidsoppgave er da å veilede, lære opp og dele sin kunnskap om stomi for at bruker etter hvert skal bli selvstendig i prosedyren på egenhånd. I et av teamene ble det forklart at spesifikk opplæring som kun går på stomi ikke blir rettet mot hverdagsrehabilitering, men blir kalt «innsats» der sykepleier går inn og veileder bruker mellom 1-3 uker i stomi. Sykepleieren trekker seg deretter raskt ut igjen etter at brukeren har mestret stomi på egenhånd, eventuelt sender oppdraget videre til hjemmetjenesten som kan veilede utover dette. I noen av de andre teamene blir det fortalt at det var lite veiledning og opplæring av stomistell i hverdagen, der en av sykepleierne utdyper: «*Ja, vi har jo av og til stomi, og det er jo... Det har jeg ikke sånn kjempe... Det er jeg ikke så veldig god på. Jeg har gjort det noen ganger, men jeg må jo si at det ikke er ofte vi har stomi her*». En hjelpepleier følger opp med å forklare hvordan brukerens ønske om å mestre stomi kunne vært et av målene i hverdagsrehabilitering: «*Men hadde brukeren hatt et rehabiliteringspotensial eller et ønske om hverdagsrehabilitering i tillegg, så kunne det kommet som... En sånn sykepleiedel av det, på en måte*».

3.3.4 «Alle jobber med fysisk aktivitet, det ligger i bunnen»

Det blir beskrevet av teamene at hverdagsrehabilitering skal utføres i en avgrenset periode, der noen av teamene konkretiserer at brukeren minimum må trene tre ganger i uka for å få effekt. Det ble videre fortalt om viktigheten av å fange opp aktiviteter som interesserer og motiverer

bruker underveis i hverdagsrehabiliteringsprosessen.

Treningsopplegget brukeren utfører, forklares at blir satt opp av fysioterapeut som ser på begrensninger, belastninger og aktuelle øvelser i forkant og underveis i hverdagsrehabiliterings-tjenesten. En ergoterapeut forklarer hvordan teamet «bryter ned» aktivitet: *«Også den kunnskapen om å bryte ned en aktivitet som vi gjør da, at det å stelle seg på badet for eksempel, ikke er en aktivitet, det er kanskje femti aktiviteter. Det kan være helt ned på nivå med å klare å lukke smekken selv, skjønner du?»*.

Sykepleierens arbeidsoppgave blir beskrevet at er å gjennomføre treningsprogrammet som er bestemt på forhånd hjemme hos bruker: *«Jeg kunne ikke ha gjort det på mange av de her uten... At jeg veit at det blir riktig utførelse og sånn. Så da kan jo jeg gå i etterkant og gjøre en del av øvelsene uten hu. Men jeg har jo lært masse i forhold til de øvelsene vi gjør og sånn!»*. Hvem som utførte treningsopplegget i de forskjellige teamene var ulikt. Når det ble spurt om personalet i teamet hadde «faste plasser» på hjemme-treningene, ble det konkretisert i et av teamene: *«Vi har så mange plasser. Fri flyt»*. I et annet team ble det fortalt: *«Alle sammen her i dette teamet er nødt til å jobbe med fysisk aktivitet og trening. Det ligger i bunnen»*.

I et av teamene ble det spesielt tatt frem at det ikke var store skiller på faggruppene når det kom til gjennomføring av treningsprogrammet, som inkluderte opplæring og veiledning med brukeren på spesifikke øvelser rettet mot brukerens målsetting: *«Det spiller ikke så stor rolle hvilken kompetanse man har eller hvilken faggruppe man er i hverdagsrehabilitering sånn sett, når det gjelder å gjennomføre programmet»*. Ergoterapeuten i samme team forklarer videre: *«Men du (sykepleier) har et annet blikk enn det jeg har, men vi gjennomfører det jo på samme måte»*. På en annen side forklarte teamet at det var hjemmetrenerne, bestående av sykepleiere og hjelpepleier, som trente med brukerne: *«Hovedsakelig sykepleier og hjelpepleier, men noen ganger oss andre også»*.

Treningsmetodene i de ulike teamene ble beskrevet som varierte og vekslende ut i fra brukerens behov, der variasjon under treningsøktene ble beskrevet som positivt for både bruker og personalet. Halvlitersflasker med vann, strikk, ball, lysestaker samt stavgang i oppoverbakker og i «halmstubben» ble nevnt som hjelpemidler og øvelser for at brukerne skulle nå sine mål og oppleve egenmestring: *«Jeg tror det handler om å finne ut hva som fenger. Også relatere sånn at man ser at det jeg gjør nå, det virker positivt inn på det jeg skal få til! (...) Det handler*

om å velge øvelser som klarer å fenge og motivere». En av sykepleierne tydeliggjorde spontaniteten hun noen ganger opplevde under treningene: «Jeg har også opplevd at det har vært tre deltakere på trening, også har ektefelle kommet og satt seg og vært med. Også banker det på døra, så kommer det ei venninne på besøk som har vært på butikken. Det er bare å bli med, sier jeg! (...) Tar trening litt på hælen der du er!».

I et spesifikt team ble det vist til at sykepleier med lavere prosentstilling, hadde et annet fokus enn sykepleier som jobbet i større stilling: «Det er ikke sikkert du og jeg tenker helt likt, men jeg tenker når jeg er på hjemme-trening, så er jeg nok mye mer fokusert på trener-situasjonen. Jeg har aldri sjekka tabletter og sånn...». Hun fulgte opp med å forklare: «Jeg er der en dag i uka, så det er litt sånn gjesteopptreden». En større stilling ville på en annen side endret fokuset og arbeidsoppgavene: «Hadde jeg vært der fire dager i uka, så tror jeg nok jeg hadde oppført meg litt annerledes, følt litt mer ansvar og gått inn med en litt annen tyngde da».

3.4 Formell kartlegging og observasjon

Hvilke av faggruppene som dro på kartleggingsbesøk varierte fra team til team, der et av teamene beskriver hvordan hverdagsrehabilitering kan ha stor betydning for enkelte brukere: «De som blir fanga opp av de står litt sånn på vippen til å bli dårligere.. Hvis man da kommer inn til rett tid så kan man vippe de i riktig retning sammen da». Spørsmålet «Hva er viktig for deg?» var kjernes spørsmålet som ble stilt til brukerne av alle teamene, og var sentralt under kartleggingsarbeidet: «Fokuset vårt er hele tiden på «hva er viktig for deg» og hverdagsrehabilitering da» der en annen sykepleier forklarer: «Det spørsmålet stiller vi ofte når vi er der. Hva er viktig for deg nå?»

3.4.1 Sykepleierens «plass» under kartlegging

Det ble poengtert at det var en fordel å ha med sykepleier på kartleggingsbesøk da sykepleiefaglige spørsmål ofte forekom. Dette ble spesielt konkretisert av en ergoterapeut: «Det er jo veldig greit på noen kartleggingsbesøk der det liksom kan være... Hvor de bruker mye medisiner, for eksempel der vi var. Jeg synes det var veldig greit at du var med, for da var det så mange spørsmål som ble spurt som ikke jeg kunne svare på men som var litt mer sykepleier...». En av sykepleierne opplevde at det var behov for hennes kompetanse under

kartleggingene: *«På første kartlegginga har jeg ofte en plass, holdt jeg på å si. I hvert fall hvis det på en måte er en pasient som det er... Det er litt ekstra med. Forskjellige sykdommer».*

På en annen side forklarer sykepleieren at hennes kompetanse ikke er like nødvendig under kartleggingene om brukeren er i systemet i fra før: *«Kan noen ganger føle meg til overs når vi er på noen vurderingsbesøk. Det er ikke alltid så... Nødvendig at jeg er der på en måte (...) Jeg føler jo ikke at min kompetanse på liv og død er så veldig nødvendig kontra de andre».* I to av teamene dro yrkesgruppene som personellet opplevde brukeren hadde mest behov for: *«Vi drar to, og vi prøver alltid å ta de to som er mest relevant sånn i første omgang».* I et annet team var det ønskelig med et tverrfaglig kartleggingssamarbeid: *«Vi ser det er bra å reise tverrfaglig, altså en terapeut og sykepleier er gunstig å ha på sånne kartleggingsbesøk, så det tilstreber vi å få til».* I det siste teamet var det terapeutene som dro på første kartleggingsbesøk, der sykepleieren forklarte at hun var med på dette hvis en av terapeutene var opptatt med andre oppgaver.

Canadian Occupational Performance Measure (COPM) og Short Physical Performance Battery (SPPB) er standardiserte kartlegginger som ble utført i teamene. Funnene viser at et flertall av sykepleierne ikke gjennomførte kartleggingene regelmessig ved intervjuetidspunktet. Videre ble det derimot poengtert under noen av intervjuene at dette var kartlegginger sykepleier skulle begynne å utføre i nærmeste fremtid: *«Nå skal jo også sykepleier ta tak i COPM da, og det har ikke vi hatt før. Så vi har ikke vært med i den prosessen å sette mål og det tenker jeg er fint, for da kan vi også på en måte bli litt mer deltakende i prosessen».*

Individbasert helse- og omsorgsstatistikk (IPLOS), et helseregister der dataene beskriver brukerens ressurser og behov for bistand, ble nevnt at var sykepleierens kartleggings-ansvar i to av de i alt fire intervjuede teamene. Dette er et register som ble lovpålagt å gjennomføre i alle kommuner i 2006, som samler inn data fra kommunene om brukere som har søkt, mottar eller har mottatt helsetjenester fra kommunen (Helsedirektoratet, 2015). Videre forklarer en av sykepleierne at hun har hentet inspirasjon fra IPLOS til en egen kartlegging: *«Vi har laga vår egen, eller jeg har gjort det, min egen sånn et skjema som har alt som står i IPLOS pluss noen ekstra ting. Så når du har vært igjennom det, så har du på en måte vært igjennom alle disse punktene som sykepleierne er vant til å gjennomgå også».* En annen sykepleier poengterer at hun utfører IPLOS ved oppstart og avslutning av brukerne, der hun har som mål å registrere alle brukere av hverdagsrehabilitering inn på IPLOS og føyer til: *«Den skal egentlig revurderes*

så fort du skjønner at her er det en endring også». Det kan med andre ord se ut til at teamene forholder seg til de standardiserte kartleggingsverktøyene, der IPLOS-registrering ble spesielt nevnt som sykepleierens ansvar og arbeidsoppgave ved intervjudtidspunktet.

3.4.2 «Men du observerer jo annerledes enn det jeg gjør!»

Det ble forklart at observasjon av brukerne foregikk kontinuerlig både under kartlegging og underveis i hverdagsrehabiliteringsforløpet, der sykepleierens observasjon og kliniske blikk ble beskrevet som viktig inn i hverdagsrehabiliteringsarbeidet.

Det ble videre problematisert av en sykepleier at man ikke alltid vet hva en skal se etter hos brukerne: *«Det som er typisk i vår jobb, er jo at vi ikke blir fortalt hva vi skal se etter (...) Her må vi på en måte leite litt selv, av og til i blinde og av og til leiter vi ikke, vi bare ser det*». Dette ble fortalt i sammenheng der en observasjon ledet til en annen observasjon med en langt større alvorlighetsgrad: *«Sårene på hendene var en ting, men beina var verre (...) Det begynte med at jeg skulle sjekke ødemer først, ikke sant. Og når jeg fikk dratt opp da så... Hu har jo vært ned i gulvet og fått skrapa seg opp, og hadde da altså noen sånne stein harde skorper...»*. Sykepleierens medisinske kompetanse og kunnskap kan på en annen side vise vei til viktige observasjoner under blant annet fysisk aktivitet. Observasjon av tungpusthet, blå lepper og hovne bein ble poengtert tydet på dårlig sirkulasjon, der observasjoner av slik katakter blant annet ble gjort under gange i motbakke eller styrkeøvelser i hjemmet. En av sykepleierne legger til: *«Altså, jeg tenker hele mennesket, fra topp til tå da!»*.

Å lage måltider blir understreket at er hverdagsaktivitet for brukerne, der observasjon av vekttap, slapphet, måltidshyppighet og kjøkkenet ble beskrevet at var sentrale sykepleieobservasjoner. Kjøkkenobservasjoner for å se etter brukte kopper, glass, tallerkener samt middags-rester på kjøkkenbenken ble forklart indikerte at brukeren hadde laget seg måltider. På en annen side kunne observasjoner av et tomt kjøleskap indikere at brukeren spiste lite eller at han/hun ikke kom seg på butikken. En av sykepleierne konkretiserte at dette var sentrale observasjoner under kartlegging og hverdagsrehabiliteringsforløpet: *«Altså det er masse sånn du kan... Eller som du MÅ følge litt med på da»*.

Faggruppene sine særegne utdanning og kompetanse fører til ulike observasjoner under hverdagsrehabilitering. Dette ble særlig tatt opp i et av teamene, der ergoterapeut reflekterte over følgende sammen med sykepleier: «*Men du observerer jo annerledes enn det jeg gjør! Ikke sant, det er det som er forskjellen på deg og meg. Ikke sant, hvis du tar en dusj, så observerer du kanskje andre ting enn det jeg gjør*». Huden ble tema for sykepleie-observasjon under dusj, der observasjoner som gikk på hudens tørrhet, varme og farge var sentrale observasjoner. Forskjellene mellom faggruppene ble ytterligere belyst av fysioterapeuten i samme team: «*Men det er morsomt når du sier det, for det er ting jeg ikke ser! Hvis du skjønner? Hvis jeg skal observere en dusj, så er det ikke sikkert at jeg ser på den huden... Altså, nå veit jeg det fordi jeg har jobba her så lenge, men til å begynne med... Det er ikke noe jeg gjør sånn helt naturlig, fordi jeg ser på andre ting som hvordan brukeren kommer seg fra A til B...*».

4.0 Diskusjon

Hensikten med studien var å forske på hva teamet opplevde at var sykepleierens arbeidsoppgaver i hverdagsrehabiliteringsteamet. Resultatene viser at sykepleierens arbeidsoppgaver var allsidige, der flere av oppgavene gikk utenfor sykepleierens «tradisjonelle» måte å arbeide på. Diskusjonen vil fokusere på sentrale arbeidsoppgaver sykepleieren hadde i teamene opp imot teoretisk rammeverk, tidligere forskning og rapporter. Valget falt på fire ulike aspekter hentet fra studiens resultater: «Fra å «gjøre for» til å se brukerens ressurser», «sykepleierens komplekse arbeidshverdag», «vi ser igjennom forskjellige briller» og «sykepleierens arbeidsoppgaver og occupational well-being».

4.1 Fra å «gjøre for» til å se brukerens ressurser

Det blir forklart i rammeplanen til sykepleierutdanningen at sykepleier har ansvar for å informere, undervise og veilede brukere og deres pårørende, og at et forebyggende arbeid er sentralt i sykepleierens arbeid (Kunnskapsdepartementet, 2008). Funnene i denne studien viser at sentrale arbeidsoppgaver sykepleieren hadde i teamet var å lære opp, veilede og tilrettelegge – noe sykepleierne opplevde som positivt. Sykepleiekunnskap og erfaringer blir delt med brukerne, der hensikten var å trygge bruker i eget hjem og nærmiljø, samt å få brukeren til å oppleve økt selvstendighet i eget hverdagsliv. Spørsmålet «hva er viktig for deg» ble stilt innledningsvis av hverdagsrehabiliteringsteamet til brukerne av tjenesten. Jokstad et al. (2016)

forklarer at ved å stille dette spørsmålet, kan brukeren oppleve å få økt bevissthet rundt hva han/hun opplever er meningsfullt i egen hverdag – som da blir utgangspunktet for tjenesten som blir tilbudt bruker.

Funnene i denne studien viser at enkelte brukere ønsker mer hjelp av helsepersonell til hverdagslige aktiviteter enn nødvendig. Det ble blant annet vist at sykepleier måtte motivere bruker til å for eksempel delta på vanning av blomster og gå ut for å hente posten. I studien til Wilde og Glendinning (2012) viste de også til en bruker som opplevde motstand mot hverdagsrehabiliteringsopplegget, da hun antok av helsepersonellet skulle hjelpe henne mer i hjemmet. Det blir presentert av en sykepleier i Vik og Eide (2012) at en ikke kunne la brukeren ta en beslutning om å være passiv, visne bort og ta imot hjelp, da dette stred imot sykepleierens etiske prinsipper. Funnene i denne studien viser at hovedfokuset under sykepleierens arbeid var brukerens ressurser, der motivasjon, tilrettelegging og opplæring var sentralt for å ikke gjøre brukeren passiv men aktiv i eget hverdagsliv.

Resultatene viser at fokus på brukerens ressurser var sentralt for sykepleier og resten av hverdagsrehabiliteringsteamet, der en ikke skal ta over oppgaver brukeren klarer å gjennomføre selv. Dette følges opp av Randström et al. (2012), der det å se brukerens ressurser og behov var sentralt for at bruker skal kunne oppnå meningsfulle mål. Dette innebar å jobbe med «hands-off», som ble beskrevet var å ikke være påtrengende eller hjelpe bruker. Studien belyser videre at sykepleierne var vant til å «gjøre for» brukerne, og at denne tankegangen måtte endres og reverseres i arbeidet med brukere i hverdagsrehabilitering, da fokuset heller skulle være på «hands-off». Dette ble også problematisert i denne studien, da en av sykepleierne opplevde at hun måtte være ekstra påpasselig med å jobbe «med hendene på ryggen» ettersom hun var lært opp under utdanning å «gjøre for» og «hjelpe til» som igjen kan medføre passivitet og ta bort brukerens mulighet til å utføre sentrale aktiviteter selv.

Etter å ha lest yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere samt rammeplan for sykepleierutdanning, oppleves det at liten vekt er lagt på hvordan sykepleierne skal bistå brukere til å oppleve økt selvstendighet i egen hverdag (Norsk Sykepleierforbund, 2011; Kunnskapsdepartementet, 2008). Rabiee og Glendinning (2011) viser til i sine resultater at helsepersonell som hadde jobbet i helsesektoren før implementering av hverdagsrehabilitering, opplevde det vanskelig å snu tankegangen fra å gi hjelp og pleie, til skulle motivere bruker til å utføre aktiviteter selvstendig samt ikke ta over når bruker kunne finne det vanskelig å utføre oppgaven.

Rostgaard og Graff (2016) spør seg om sykepleierens vanskeligheter med å omstille arbeidet mot rehabilitering kan være at rehabiliteringsstankegangen ikke er en del av deres «faglige DNA», og at sykepleierne under utdanning ikke lærer å tenke på en rehabiliterende måte slik som terapeutene gjør under sin utdanning. De belyser videre at det for sykepleieren kan være vanskeligere å finne sitt faglige ståsted i rehabiliteringssammenheng. Dette da sykepleier «blir holdt fast» i de tradisjonelle arbeidsoppgavene og ikke blir nødt til å arbeide tverrfaglig med resten av hverdags- rehabiliteringsteamet (Rostgaard & Graff, 2016), som også har blitt problematisert av enkelte deltakere i denne studien.

På en annen side, viser funnene til Hjelle et al. (2016) at helsepersonell etter å ha begynt i hverdagsrehabiliteringsteam har begynt å se brukerens ressurser til å gjennomføre hverdagslige aktiviteter, der de i motsetning til tidligere fokuserte på sykdom og passiviserte bruker under for eksempel morgenstell. Dette er i tråd med denne studiens funn, der sykepleierne opplever å ha fått et økt rehabiliteringsblikk etter å ha startet å arbeide i hverdagsrehabiliteringsteam. Brukeres ressurser og muligheter var nå fokus i sykepleierens arbeidshverdag, der formålet var å aktivisere og ikke gjøre brukeren til en passiv deltaker i egen hverdag. Rapporten til Førland og Skumsnes (2016) forklarer at flere av de ansatte beskriver endringer i arbeidsoppgavene som positivt. Der tidligere arbeidsoppgaver var preget av tunge pleieoppgaver, fikk de nå økt veilednings- og treningsoppgaver i hverdagsrehabiliteringsarbeidet (Førland & Skumsnes, 2016 s. 54).

4.2 Sykepleierens komplekse arbeidshverdag

Studiens funn viser at synonymet «potet» ble brukt om en variert og allsidig arbeidshverdag, av både sykepleier og de andre i teamet. En kan sammenligne denne studiens «potet» med Jørmelands (2016) «superbot», der terapeutene opplevde å ha utvidet eget kunnskapsfelt etter å ha begynt å arbeide i hverdagsrehabiliteringsteam. Dette er i tråd med sykepleiernes opplevelser i denne studien.

Jørmeland (2016) poengterte videre at terapeutene opplevde det som en utfordring å få arbeidsoppgaver utenfor eget fagfelt, som de verken kjente til eller var trygge på å utføre. Det ble også vist at sykepleierne i Randström et al. (2012) var utrygge når det kom til arbeidsoppgaver delegert fra terapeutene i teamet. Det var på en annen side ingen indikasjon fra

sykepleierne i denne studien på at de var utrygge i arbeidet i hverdagsrehabiliteringsteamet, der det ble uttrykt at de benyttet hverandre og det tverrfaglige samarbeidet i arbeidshverdagen når det var behov for dette. Dette ble også belyst i Randström et al. (2012), der teamet streber etter å benytte faggruppens særegne kompetanse og ressurser for å få til en god individualisert rehabilitering.

Jørmeland (2016) viser imidlertid at det er behov for en klarere arbeidsfordeling mellom faggruppene, da det er en viss utrygghet i å utføre arbeidsoppgaver som ikke er direkte tilknyttet egen kompetanse. Dette er i tråd med Randström et al. (2012) sine funn, der de konkretiserer at det er viktig å klargjøre hver enkelt faggruppes ansvar. Internundervisning og opplæring/veiledning av hverandre ble i denne studiens funn beskrevet som hensiktsmessig. Et av teamene ved tidspunkt for intervju hadde blant annet startet opp et prosjekt der de skulle belyse hver enkelt faggruppe, løfte frem hvert enkelt fag, deres arbeidsoppgaver og funksjon i teamet. Der noen opplever det som en fordel å ha «faste rammer» med en mindre kompleks arbeidshverdag, kan andre oppleve kompleksiteten og det å lære av og om andre faggrupper som motiverende og givende (Moe & Brataas, 2016).

I Hjelle et al. (2016) ble det poengtert at enkelte deltakere opplevde hverdagsrehabilitering som ekstra arbeid når tjenesten ble implementert. Det ble blant annet i denne studien presentert at ikke alle sykepleierne hadde like høy stillingsprosent i teamet. Dette ble vist blant annet ved at sykepleier forklarte hvordan fokuset lå på gjennomføring av treningsopplegget og ikke så mye på de konkrete sykepleieroppgavene, og at hun ville jobbet annerledes om stillingsprosenten hadde vært høyere. Det vil si at hverdagsrehabilitering kom i tillegg til annen jobb. I tillegg til dette var det en annen sykepleier som hadde flere oppgaver ved siden av hverdagsrehabilitering, der blant annet opplæring av sommervikarer og kurs i hjertestarter var noen av oppgavene som ble nevnt. Den komplekse arbeidshverdagen kom til uttrykk i samtlige intervjuede team, der oppgave- og brukerbildet var variert og allsidig fra dag til dag da alle brukere hadde hver sine behov og ønsker. Sykepleier skal spesielt ha anerkjennelse for å takle et enormt press i en kompleks og variert arbeidshverdag, der blant annet den medisinske kompleksiteten stadig blir større: Brukere får flere sykdommer, det blir benyttet flere medisiner, det blir innført mer teknologi og sykdomssituasjonen til brukerne er preget av uforutsigbarhet, uklarhet og ustabilitet (Vinge, 2018).

Et annet interessant funn i studien var at et flertall av sykepleierne som deltok i studien ble beskrevet at hadde den overordnede og den helhetlige oversikten i teamet. I følgeforskningen til Langeland et al. (2016) kom det frem at ut av de 36 kommunene som hadde deltatt, var respondentenes stillingstittel prosjektleder/teamleder, ergoterapeut og fysioterapeut. Det var med andre ord ingen kommuner som hadde oppgitt sykepleier som respondent/kontaktperson i teamet. Ut i fra funnene i denne studien, ansees sykepleiers helhetlige blick og overordnede ansvar i teamet som svært betydningsfullt. En av fem sykepleiere som deltok i studien, hadde det koordinerende ansvaret med å ta imot og svare på henvendelser, var oppdatert på brukermassen samt hadde den overordnede oversikten i hverdagsrehabiliteringsteamet. De andre i teamet beskrev at sykepleier hadde god kontroll. En kan derfor stille seg spørrende til hvorfor det i litteraturen ikke er like stort fokus på sykepleier som den «ledende part», da funnene i studien tydelig belyser sykepleierens overordnede funksjon i teamene.

4.3 «Vi ser igjennom forskjellige briller»

Kunnskapsdepartementet (2008) beskriver at sykepleierens evne til å observere er sentralt i deres arbeidshverdag, og bygger på teoretisk kunnskap og legger grunnlag for videre sykepleiehandlinger i for eksempel pleie, omsorg og rehabilitering. Randström et al. (2012) forklarte at hvis sykepleier observerte endring i brukerens rehabiliteringsbehov, ble dette rapportert videre til resten av teamet. Birkeland et al. (2017) forklarer dette om faggruppens bidrag inn i hverdagsrehabilitering: «Vi ser igjennom forskjellige briller» (Birkeland et al., 2017 s. 199).

Ut i fra funnene kan en se at de ulike faggruppene observerte forskjellig, der observasjon av kjøkkenet til brukeren kan bli brukt som eksempel. Sykepleieren forklarte hvordan hun observerte etter matrester på benken samt om det var oppvask etter dagens måltider for å forsikre seg om at bruker hadde spist. En av ergoterapeutene på sin side, forklarte under fokusgruppeintervju at hun observerte om bruker klarte å få med seg den varme kaffekoppen inn i stua selv, eller om dette måtte bli tilrettelagt med et trillebord. Der sykepleier observerte om bruker hadde tilstrekkelig mat i kjøleskapet, som kunne si noe om bruker klarte å komme seg på butikken selv – observerte for eksempel en fysioterapeut om brukeren klarte å rekke pålegget i øverste hylle eller om dette måtte bli flyttet til en annen hylle i kjøleskapet.

I Randström et al. (2012) ble det beskrevet hvordan sykepleier hadde sine oppgaver i observasjon av endring i helsestatus hos den eldre. Dette ble også vist i denne studiens funn, der sykepleier observerte hudens utseende under dusj som igjen kan gi en indikasjon på brukerens helseutfordringer. Fysioterapeuten så på sin side om bruker klarte å komme seg inn og ut av badekaret på egenhånd, der ergoterapeuten observerte om bruker hadde behov for tilrettelagte hjelpemidler underveis. Det ble videre forklart at faggruppene observerte forskjellig, der en av ergoterapeutene poengterte at observasjon av brukerens hud ikke var noe hun gjorde automatisk. Det er på en annen side nødvendig å poengtere at observasjonene som blir gjort ikke er ensbetydende for en enkelt faggruppe, men gir en god illustrasjon på at ulike faggrupper observerer ulike forhold på bakgrunn av faglig kompetanse og erfaring.

En av sykepleierne sa på et tidspunkt i et av fokusgruppeintervjuene, at hun så på alt, hele kroppen, alt fra A til Å. En annen sykepleier poengterte at hun så det «helhetlige» rundt brukeren, og at dette var en av hennes sterkeste sider. En kan spørre seg om hva som egentlig blir lagt i «helhet», da fysioterapeut og ergoterapeut på sin side så en annen «helhet» enn den sykepleieren så etter på kjøkkenet og under dusj. En kan reflektere rundt at faggruppene til sammen ser en større helhet, der alle faggruppene samt bruker sammen må samarbeide for å klare å fange opp et helhetlig bilde av brukernes behov og nå brukerens mål (Hjelle et al., 2016).

Funnene i denne studien viser at det er fysioterapeuten i teamene som utarbeider og bidrar i organisering av treningsopplegget, som blant annet er i tråd med Langeland et al. (2016) sin følgeforskning. Det ble forklart at alle faggruppene gjennomfører treningsprogrammet, der det i et av teamene ble konkretisert at det ikke spilte noen rolle hvilken faggruppe som dro og gjennomførte treningsprogrammet da alle utførte det på samme måte. En kan spørre seg om gjennomføringen av treningsprogrammet faktisk blir gjennomført på samme måte av en sykepleier som en fysioterapeut, da ulike observasjoner og ulikt blick kan føre til at gjennomføring av treningsopplegget også blir gjennomført forskjellig. En av sykepleierne forklarte blant annet at hun observerte om bruker ble tung i pusten eller blå på leppene som en indikasjon på dårlig sirkulasjon, der en ergoterapeut poengterte at en sykepleier gikk inn i treningssituasjon med et annen blick enn hun selv ville gjort.

Observasjon underveis i hverdagsrehabiliteringsarbeidet kan også være med på å fange opp alvorlige forhold. Tid og ressurser til å observere og bruke sykepleierens kompetanse var sentralt, der resultatene viser at en observasjon kan føre til en annen viktig observasjon. Dette

blir understøttet av Vik og Eide (2012), som påpeker at en konsekvens av tidspress er mindre tid til konkrete og viktige observasjoner. De poengterer videre at dette kan føre til at den eldre kan miste funksjoner og ikke være like deltakende som tidligere. Sykepleieren som observerte store sår på beina til en av brukerne, der hun i utgangspunktet skulle vurdere sår på brukerens hender, forhindret trolig en utvikling av såret som potensielt kunne ført til et mer alvorlig utfall. Dette kunne igjen ha ført til utsettelse av rehabiliteringsperioden eller at bruker ikke kunne gjennomført opplegget i det hele tatt.

4.4 Sykepleierens arbeidsoppgaver og occupational well-being

Occupational well-being er når bruker opplever meningsfullhet og tilfredshet etter å ha deltatt på aktiviteter bruker selv opplever som verdifulle. Det er i dette underkapittelet ønskelig å drøfte hvordan sykepleier kan bistå i arbeidet mot å få bruker til å oppleve occupational well-being.

Mål om å bli selvstendig i medisiner, stomistell og hverdagens rutiner som dusj kan for noen være hovedmål i seg selv. For andre kan mål som å gå på cafe sammen med venner eller gå til frisøren være sentrale mål, og kan være meningsfulle aktiviteter for individet. For å kunne nå hovedmålet, kan veiledning/opplæring/tilrettelegging i blant annet medisiner, stomi og morgenrutiner være delmål på vei mot aktiviteter individet anser som meningsfulle. Sykepleier bidrar til at brukerens kroppslige funksjoner fungerer optimalt slik at bruker kan gjennomføre aktiviteter han/hun opplever som meningsfulle. En kan problematisere det slik: Får ikke brukeren nok søvn, riktige medisiner til rett tid eller ikke hatt tilstrekkelig inntak næringsrik mat, har ikke brukeren energi til å gå til frisøren, som oppleves som en meningsfull aktivitet som igjen kan føre til occupational well-being. Kort oppsummert: Ved at sykepleier fremmer brukerens selvstendighet i grunnleggende hverdagsaktiviteter, kan bruker gjennomføre meningsfulle aktiviteter som igjen kan føre til følelse av tilfredshet.

Som funnene i denne studien viser, er riktig medisinbruk, regelmessig fysisk aktivitet, næringsrik mat og søvn viktig for å klare å gjennomføre hverdagsrehabilitering optimalt. Dette er også med på å forebygge funksjonsfall, både fysisk, psykisk og sosialt (Meld. St. 15 (2017-2018)). Det blir videre understreket i studien til Birkeland et al. (2017), at gode resultater fra hverdagsrehabilitering ikke hadde kommet om det ikke var for at teamet prøvde å forbedre

funksjon, styrke og balanse, samt sørge for at brukeren fikk i seg tilstrekkelig næring og riktige medisiner. Randström et al. (2012) beskriver blant annet hvordan tilstrekkelig medisiner var en forutsetning for at bruker skulle få fordeler av rehabiliteringen, men at dette ikke alltid var tilfellet. Dette blir også understreket i denne studien, der brukere som ikke hadde inntatt smertestillende før fysisk aktivitet hadde vanskeligheter med å utføre hverdagsrehabiliteringsopplegget. Dette vil igjen si at bruker ikke har mulighet til å gjennomføre meningsfulle aktiviteter, som igjen kunne ført til occupational well-being for brukeren.

Vabø og Vik (2017) viser til i sin rapport at rehabiliteringsarbeidet må peke mot aktiviteter brukeren selv opplever som meningsfulle og som styrker deres selvfølelse. Det blir poengtert videre at hverdagsrehabilitering ikke er avgrenset brukerens funksjonsevne, men til aktiviteter som er meningsfulle for brukeren selv. Enkelte av deltakerne i studien til Wilde og Glendinning (2012) opplevde på en annen side det motsatte, der det var lite fokus på sosiale aktiviteter som ble oppgitt som essensielle i deres hverdag og som de ønsket å bli selvstendige i. Det ble videre forklart at målsettinger som omhandlet å bli selvstendig i sosiale aktiviteter, ble lagt til side og ikke tatt med videre i rehabiliteringsprosessen. Det kan da være vanskelig for individet å oppleve occupational well-being, da sentrale aktiviteter utelukkes i rehabiliteringsprosessen.

5.0 Konklusjon

Sykepleierens arbeidsoppgaver blir presentert som varierte, allsidige «gull verdt» og «uunnværlig» for de andre faggruppene i teamet. Studien viser at sykepleierens tradisjonelle arbeidsoppgaver til dels har endret seg etter å ha begynt å arbeide i hverdagsrehabiliteringsteam. Dette kan sees ved at sykepleier har gått fra å «gjøre for» som fører til en passiv bruker, til å «jobbe med hendene på ryggen» og få en mer aktiv bruker. Fokus på brukerens ressurser og muligheter har vært sentralt, og preger sykepleierens arbeidshverdag i positiv retning. Studien viser at sykepleierens arbeidsoppgaver kan gi brukeren mulighet til å gjennomføre aktiviteter han/hun opplever som meningsfulle i egen hverdag. Dette da arbeidsoppgavene i stor grad retter seg tett mot brukerens kropp, helse og indre funksjon. Har ikke bruker fått tilstrekkelig søvn, mat/drikke, medisiner eller personlig stell kan det for bruker bli komplisert å gjennomføre meningsfulle aktiviteter som for eksempel å gå til frisøren eller gå på cafe med venner.

5.1 Metoderefleksjon

Malterud (2013 s.120) beskriver at man under metoderefleksjonen skal gjennomføre en kritisk refleksjon over metoden som har blitt valgt, der presentasjon av styrker og svakheter i valgt design er nødvendig.

Validitetsspørsmål retter seg blant annet mot studiens overførbarhet til allmennheten, spesielt i sammenheng med studiens utvalg (Malterud, 2013 s.58). Videre beskriver Malterud (2013 s.59) at overførbarheten ikke stiger i takt med økt utvalg, da et stort og uoversiktlig utvalg kan føre til en overfladisk analyse. Studiens empiri ble innhentet fra fire av i alt 230 kommuner som i dag har implementert hverdagsrehabilitering, der en kan stille spørsmålstegn ved studiens validitet og overførbarhet til allmennheten. Malterud (2013 s. 21) konkretiserer at ingen kunnskap er allmenngyldig, der resultatene ikke representerer allmenngyldighet uansett formål og omstendigheter. Funnene i studien kan ikke overføres konkret til allmennheten, da sykepleierens arbeidsoppgaver varierer fra team til team – som også sees i denne studien. Funnene kan på sin side gi et innblikk i sykepleierens arbeidsoppgaver i hverdagsrehabiliteringsteam samt bidra til økt innsikt i et tema det er lite innsikt i fra tidligere. «Member-checking» eller «deltakervalidering» ble gjennomført underveis ved kontinuerlig diskusjon sammen med veileder, samt forskergruppen da data ble presentert etter intervjuene og gjennomført analyse. Innsamling av data og analyse skjedde parallelt, som gjorde at forsker sammen med forskergruppen kunne reflektere rundt kategoriene før neste intervju samt kontrollere fortolkninger som hadde blitt gjort underveis, som blir beskrevet øker studiens troverdighet (Thorén-Jönsson, 2012 s. 149).

Et annet spørsmål knyttet til validitet er om metoden som er brukt representerer problemstillingen tilstrekkelig nok mot veien til relevant kunnskap. Er ikke metoden tilstrekkelig relevant, kan det heller ikke forventes at studiens resultater viser gyldige svar knyttet til problemstillingen (Malterud, 2013 s. 21-22). Det ble i studiens oppstart lenge vurdert hvilken metode og hvilke utvalg som kunne passe best til valgt problemstilling. Dybdeintervju av individuelle deltakere kunne på en side gitt empiri med detaljerte fortellinger og gått dypere inn i historier enn det et fokusgruppeintervju ville gjort (Malterud, 2012 s. 145). På en annen side ønsket jeg refleksjoner, felles erfaringer og konkrete fortellinger om sykepleierens arbeidsoppgaver i hverdagsrehabiliteringsteam, der fokusgruppeintervju ble sett på som et godt valg av metode for denne studien. Dette da samhandlingen mellom deltakerne inneholder viktig

empiri av en annen karakter enn det som ville kommet frem på et dybdeintervju (Malterud, 2012 s.76). Det ble derfor valgt, i samråd med prosjektleder, og benytte fokusgruppeintervju for å finne relevant kunnskap knyttet til problemstillingen.

Fokusgrupper av hele hverdagsrehabiliteringsteam ble valgt på bakgrunn av at de kjenner hverandre, som kan være en begrensning i innhenting av empiri. Det kan blant annet være spenninger mellom fokusgruppedeltakerne allerede før fokusgruppeintervjuets start. Om fokusgruppedeltakerne kun hadde vært uenige, kranglet og irettesatt hverandre – hadde det vært begrensede muligheter til analyse på det empiriske datamaterialet (Malterud, 2012 s. 45). Allerede eksisterende grupper kan ha snakket om samme tematikk ved en tidligere anledning, som kan ha ført til at gruppa følger gamle spor og veier der deltakerne forteller om det de pleier når tematikken blir lagt frem. Videre kan fokusgruppeintervjuer med deltakere som kjenner hverandre fra før være positivt for å få en god flyt i diskusjonen enn hvis deltakerne var ukjente for hverandre. Diskusjon og refleksjon rundt felles erfaringer er også svært positivt for det empiriske datamaterialet, og kan gi et godt grunnlag for videre analyse (Malterud, 2012 s. 46).

Det er viktig at forsker har et åpent sinn og er kritisk til fremgangsmåte samt konklusjoner ved å være tvilende og stille seg spørrende til hvordan prosessen har vært. Refleksivitet handler om at jeg som forsker skal være åpen om hvordan min forforståelse kan ha vært med på å påvirke forskningen, der man ønsker å konfrontere egne forestillinger og fordommer man har med seg inn i forskningsprosessen (Malterud, 2013 s. 20). Forsker hadde en aktivt spørrende holdning til egen forforståelse underveis i studien.

Kroppsspråket underveis i fokusgruppeintervjuene kan være med på å redegjøre for en viss forforståelse, der en må være forsiktig med å vise kroppsspråk som kan vise tegn på godkjennelse eller misnøye om det deltakerne forteller (Krueger & Casey, 2014). Det blir videre forklart at moderator sin rolle er å holde samtalen gående, sørge for at alle kommer til ordet og være en god lytter, der en ikke skal ta en stor plass i samtalen. Underveis i fokusgruppe- intervjuene opplevde jeg å ikke få tilstrekkelig rike nok beskrivelser om sykepleierens arbeids-oppgaver i team. Nikket jeg for mye i situasjoner der jeg heller burde spurt om en grundigere forklaring? Opplevde deltakerne at jeg hadde mer kunnskap om feltet enn jeg egentlig hadde? Hva kunne jeg gjøre for å få rike nok beskrivelser der forforståelsen ikke ble belyst ut ifra kroppsspråket? Dette var noen av refleksjonene rundt forforståelse som ble gjort underveis i prosjektet, og var med på å skjerpe intervjuguiden og min rolle som moderator.

5.2 Forslag til videre forskning

Resultatene presentert i denne studien kan som skrevet tidligere ikke generaliseres direkte til allmennheten, men gi en pekepinn på hva som er sykepleierens arbeidsoppgaver i team. Videre forskning kunne blant gitt interessante funn i hvordan sykepleiers stillingsprosent påvirker de aktuelle arbeidsoppgavene han/hun har i teamet. Dette kan være aktuelt å undersøke på bakgrunn av funn i egen studie der en av sykepleierne med lav stilling opplevde å arbeide annerledes enn sykepleier som hadde større stillingsprosent. Videre viser funnene at sykepleier hadde et overordnet blikk, der også en av sykepleierne hadde et koordinerende ansvar som innebar å ha oversikt over teamet og brukermassen. Dette kunne det vært interessant og forsket videre på, da funnene viser at sykepleier har et mer koordinerende ansvar enn det som fremkommer i litteraturen. Det kunne også vært spennende å se nærmere på hvordan brukerne og deres pårørende opplever sykepleierens arbeid, og hva de opplever at er sykepleierens arbeidsoppgaver sett fra deres perspektiv.

6.0 Litteraturliste

Det har blitt valgt å skrive kildene i APA-stil i tråd med VIKO på NTNU sine hjemmesider.

- Augustinsson, S. (2012). Vetenskapsteori och vetenskapsfilosofi. I Granskär, M. & Höglund Nielsen, B. (Red.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård* (2 oppl., s. 15-26). Lund: Studentlitteratur.
- Birkeland, A., Tuntland, H., Førland, O., Jakobsen, F. F., & Langeland, E. (2017). Interdisciplinary collaboration in reablement – a qualitative study. *Journal of multidisciplinary healthcare*, *10*, 195-203. DOI: 10.2147/JMDH.S133417
- Christiansen, C. H. & Townsend, E. A. (2014) An Introduction to Occupation. I Christiansen, C. H & E. A. Townsend, E. A. *Introduction to occupation – The art and science of living*. (2. utgave, s. 1-34). New Jersey: PEARSON.
- Førland, O. & Skumnes, R. (2016). *En oppsummering av kunnskap – Hverdagsrehabilitering*. (Oppsummering nr. 2). Hentet fra <https://brage.bibsys.no/xmlui/handle/11250/2414929>
- Helsedirektoratet (2015). *IPLOS veileder for personell i kommunale helse- og omsorgstjenester*. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/436/Veileder%20for%20personell%20i%20kommunale%20helse-%20og%20omsorgstjenester.pdf>
- Hjelle, K. M., Skutle, O., Førland, O., & Alvsvåg, H. (2016). The reablement team's voice: a qualitative study of how an integrated multidisciplinary team experiences participation in reablement. *Journal of multidisciplinary healthcare*, *9*, 575-585. DOI: 10.2147/JMDH.S115588
- Hocking, C. (2009). The challenge of occupation: Describing the things people do. *Journal of Occupational Science*, *16*(3), 140-150. DOI: 10.1080/14427591.2009.9686655
- Johnsen, L. M. (2017). Sykepleierrollen i hverdagsrehabilitering – en kvalitativ studie om hvordan hverdagsrehabilitering kan påvirke sykepleierrollen (Masteravhandling). Høgskolen i Sørøst-Norge.

- Jokstad, K., Landmark, B. T., Hauge, S. & Skovdahl, K-I. (2016). Eldres erfaringer med hverdagsrehabilitering – Mestring og muligheter, krav og støtte i et dynamisk samspill. *Tidsskrift for omsorgsforskning*. 2(3), 212-221.
- Jørmeland, C. (2016). *Fra «ren terapeut» til «superbot» - en kvalitativ studie om ergo- og fysioterapeuters erfaringer med implementering av hverdagsrehabilitering* (Mastergradsavhandling). Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet.
- Kunnskapsdepartementet (2008). *Rammeplan for sykepleierutdanning*. Hentet fra https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kd/vedlegg/uh/rammeplaner/helse/rammeplan_sykepleierutdanning_08.pdf
- Krueger, R. A. & Casey, M. A. (2014). *Focus groups: A practical guide for applied research* Hentet fra https://books.google.no/books?hl=no&lr=&id=APtDBAAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT7&dq=focus+groups:+a+practical+guide+applied&ots=5oR5eerPAj&sig=LWdPhBI53yS6fB-OJhEi0kY7nGo&redir_esc=y#v=onepage&q=focus%20groups%3A%20a%20practical%20guide%20applied&f=false
- Langeland, E., Førland, O., Aas, E., Birkeland, A., Folkestad, B., Kjekken, I., Jacobsen, F. F. & Tuntland, H. (2016). *Modeller for hverdagsrehabilitering – en følgeevaluering*. (Senter for omsorgsforskning 2016:6). Hentet fra https://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/handle/11250/2389813/1/Rapport6_16_web.pdf
- Malterud, K. (2012) *Fokusgrupper som forskningsmetode for medisin og helsefag* (1 utg.) Oslo: Universitetsforlaget.
- Malterud, K. (2013). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning – en innføring* (3 utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Meld. St. 15 (2017-2018). (2018). *Lev hele livet – en kvalitetsreform for eldre*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Meld. St 19 (2014-2015). (2015). *Folkehelsemeldingen – Mestring og muligheter*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

- Meld. St. 26 (2014-2015). (2015). *Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Meld. St. 29 (2012-2013). (2013). *Morgendagens omsorg*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Moe, A., & Brataas, H. V. (2016). Interdisciplinary collaboration experiences in creating an everyday rehabilitation model: a pilot study. *Journal of multidisciplinary healthcare*, 9, 173-182. DOI: 10.2147/JMDH.S103696
- Nilsson, I., Lundgren, A. S. & Liliequist, M. (2012). Occupational well-being among the very old. *Journal of Occupational Science*, 19(2), 115-126. DOI: 10.1080/14427591.2011.595894
- Norsk Sykepleierforbund (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere: ICNs etiske regler*. Oslo: Norsk Sykepleierforbund.
- Pierce, D. (2001). Untangling occupation and activity. *American Journal of Occupational Therapy*, 55(2), 138-146.
- Rabiee, P., & Glendinning, C. (2011). Organisation and delivery of home care re-ablement: what makes a difference? *Health & social care in the community*, 19(5), 495-503. DOI: 10.1111/j.1365-2524.2011.01010
- Randström, K. B., Wengler, Y., Asplund, K. & Svedlund, M. (2012). Working with «hands-off» support: a qualitative study of multidisciplinary teams' experiences of home rehabilitation of older people. *International journal of older people nursing*. 29-33. DOI: 10.1111/opn.12013
- Rosberg, S. (2012). Fenomenologi. I Granskär, M. & Höglund Nielsen, B. (Red.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård* (2 oppl., s. 95-133). Lund: Studentlitteratur.
- Rostgaard, T. & Graff, L. (2016). *Med hænderne i lommen – Borger og medarbejders samspil og samarbejde i rehabilitering*. København: KORA.
- Ruud, M. B., & Heggdal, K. (2013). Sykepleie—en balansekunst i rehabiliteringsprosessen. *Klinisk Sygepleje*, 27(03), 31-41.
- Rzadkowska, J. (2018). Kompleks. Hentet fra <https://snl.no/kompleks>

- Thorén-Jönsson, A-L. (2012). Grounded Theory. I Granskär, M. & Höglund Nielsen, B. (Red.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård* (2 oppl., s. 135-153). Lund: Studentlitteratur.
- Vabø, M. & Vik, K. (2017) *Sammen om en aktiv hverdag. Hverdagsrehabilitering i Eigersund og Karmøy kommune – Erfaringer og refleksjoner fra et forskningsarbeid* (NOVA-rapport 2017:17). Oslo: Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring NOVA.
- Vik, K., & Eide, A. H. (2012). The exhausting dilemmas faced by home-care service providers when enhancing participation among older adults receiving home care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 26(3), 528-536. DOI: 10.1111/j.1471-6712.2011.00960.x
- Vik, K. (2018). Hverdagsrehabilitering og tverrfaglig samarbeid; en empirisk studie i fire norske kommuner. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 4(1), 30-39. DOI: 10.18261/ISSN.2387-5984-2018-01-05
- Vinge, S. (2018). *Kompleksitet i den kommunale sygepleje – En analyse af sygeplejerskenes perspektiver på kompleksitet i sygeplejen*. (VIVE-rapport 2018). København: Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd.
- Wilde, A. & Glendinning, C. (2012). «If they're helping me then how can I be independent?» The perceptions and experience of users of home-care re-ablement services. *Health and Social Care in the community*, 20(6). 583-590. DOI: 10.1111/j.13652524.2012.01072



INTERVJUGUIDE

Problemstilling

«Hva opplever det tverrfaglige rehabiliteringsteamet at er sykepleierens arbeidsoppgaver innenfor hverdagsrehabilitering?»

HØST/VÅR 2017-2018

Fokusgruppeintervju - Hverdagsrehabiliteringsteam

Spørsmål	Oppfølgingsspørsmål
<p>1. Hvor lenge har dere jobbet sammen i hverdagsrehabiliteringsteamet?</p>	
<p>2. Fortell om hvordan prosessen foregår fra begynnelse til slutt når dere får en ny bruker.</p>	<p>- <i>Hvor er sykepleieren i dette arbeidet?</i> - <i>Kan dere beskrive et brukereksempel?</i></p>
<p>3. Hvordan kartlegger dere brukerens behov?</p>	<p>- <i>Hva er sykepleierens oppgaver i denne kartleggingen? (Både før,- underveis,- og etter-kartlegging)</i></p>
<p>4. Hvordan reflekterer dere som team rundt hvem som har behov for hverdagsrehabilitering og ikke?</p>	<p>- <i>Kan dere gi eksempler på diskusjoner dere har hatt i forhold til dette?</i></p>
<p>5. Kan dere fortelle om situasjoner der samarbeidet med sykepleier var hensiktsmessig/nyttig?</p>	<p>- <i>Hva var årsaken til dette?</i> - <i>Kan dere beskrive en situasjon dere har jobbet sammen om en bruker?</i></p>
<p>6. Kan dere fortelle om situasjoner der samarbeidet med sykepleier ikke var så hensiktsmessig/nyttig?</p>	<p>- <i>Hva hendte da?</i></p>

<p>7. Hva er sykepleierkompetansen i dette teamet?</p> <p><i>(Brukes man til det man skal brukes til?)</i></p>	<p>- Hva er eventuelt behovet i teamet? - Hvordan deles sykepleierkompetansen med dere andre i teamet?</p> <p>- Eventuell annen formulering: Hvordan opplever dere at sykepleieren bruker sin kompetanse bevisst i rehabiliteringen for at brukeren skal klare oppgaver selv?</p> <p>1. Eksempel: I stedet for å gjøre stomistell for brukeren, veileder man brukeren til å gjøre stomistell selv. 2. Eksempel: Medisinering før trening</p> <p><u>Hvis det er problematisk å svare:</u> - Hva vil dere si er fysioterapeut kompetansen? Er det en grunn for at dere er usikre på hva sykepleierkompetansen er i teamet?</p>
<p>8. Fortell om brukersituasjoner der det var særlig behov for sykepleierens kompetanse.</p>	<p>- Hvilke oppgaver var da sentrale? - Har det vært situasjoner det ikke har vært særlig behov for sykepleierens kompetanse?</p>
<p>9. Hvordan brukes deres ulike kompetanse for at brukeren skal klare å bli selvstendig i egen hverdag?</p>	<p>- Fortell gjerne om dette via et brukereksempel.</p>
<p>10. Opplever dere at det er tilstrekkelig sykepleie-ressurs i teamet?</p>	<p>- Hvorfor? - Hvorfor ikke? - På hvilken måte?</p>

<p>11. Mange kommuner planlegger å integrere hverdagsrehabilitering i hjemmetjenesten. Hva tenker dere at sykepleieren kan bidra med i dette arbeidet?</p>	<p><i>- Spørsmålet blir stilt da det oppleves at det er et overordnet mål i de fleste kommuner at HVR-team skal integreres med hjemmetjenesten.</i></p>
<p>12. Det ble tatt opp i prosjektgruppa at sykepleier har særlig samarbeid med pårørende, hvilke erfaringer har dere med dette?</p>	<p><i>Kan dere diskutere dette?</i></p>

<p>Oppsummering</p>	
<p>13. Noe dere kunne tenke dere å si noe om som dere ikke har fått sagt i dag?</p>	
<p>14. Vet dere om noen andre jeg burde snakke med som kunne tilført dette temaet noe?</p>	



Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

«Sykepleierens arbeidsoppgaver i et tverrfaglig hverdagsrehabiliteringsteam»

Bakgrunn og formål

Formålet med denne studien er å undersøke hvordan det tverrfaglige teamet erfarer hvilke arbeidsoppgaver sykepleieren har i et tverrfaglig hverdagsrehabiliteringsteam.

Fokuset vil være mot hvilke arbeidsoppgaver sykepleieren utfører som bidrar til at brukerne skal mestre hverdagsaktiviteter og oppleve selvstendighet i eget liv.

Min problemstilling er som følger: «Hva opplever det tverrfaglige rehabiliteringsteamet at er sykepleierens arbeidsoppgaver i hverdagsrehabiliteringsteamet?»

Studien er min masteroppgave ved Master i Aktivitet og Bevegelse, Norges Teknisk-Naturvitenskapelige Universitet (NTNU).

Fire kommuner har blitt valgt ut på bakgrunn av problemstillingen, der jeg ønsker å inkludere flere yrkesgrupper for å få en god refleksjon og diskusjon rundt temaet. Du er forespurt om å delta i studien, da dine erfaringer er viktig for å kaste lys over valgt problemstilling, som det er lite forskning på fra før.

Hva innebærer deltakelse i studien?

Et tverrfaglig fokusgruppeintervju oppleves gunstig for å besvare forskningsspørsmålet, der refleksjon og diskusjon innad i hverdagsrehabiliteringsteamet kan bidra til å få økt fokus på sykepleierens arbeidshverdag. Spørsmålene vil omhandle erfaringer knyttet til hvordan

sykepleier, sammen med det tverrfaglige rehabiliteringsteamet og bruker, arbeider for at brukeren skal oppnå selvstendighet samt funksjons- og mestringssevne i aktiviteter han/hun selv verdsetter. Dette med spesielt fokus på sykepleierens arbeidsoppgaver. Gruppeintervjuet vil bli tatt opp på lydbånd til hjelp for arbeidet med masterprosjektet, samt at notater vil bli tatt for hånd underveis. Gruppeintervjuets varighet vil være ca. 2 timer.

Hva skjer med informasjonen?

Alt av datamateriale vil bli behandlet konfidensielt. Jeg, Maylen Reiersøl Dahl, og min veileder, professor Kjersti Vik ved Norges Teknisk-Naturvitenskapelige Universitet, vil ha tilgang til datamaterialet. Deltakere i studien vil ikke bli gjenkjent i publikasjonen, da personopplysninger som navn og fødselsnummer ikke skal bli hentet inn under studiens gang. Prosjektet skal etter planen avsluttes 01.06.19. Datamaterialet og opptak vil fra denne datoen makuleres og 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 vil bli slettet.

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

Masterstudent:

Navn:

Mobil:

E-post:

Veileder/Professor:

Navn:

Mobil:

E-post:

Samtykke til deltakelse i studien

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

(Signert av prosjektdeltaker, dato)



Resultat av meldeplikttest: Ikke meldepliktig

Du har oppgitt at hverken direkte eller indirekte identifiserende personopplysninger skal registreres i forbindelse med prosjektet.

Når det ikke registreres personopplysninger, omfattes ikke prosjektet av meldeplikt, og du trenger ikke sende inn meldeskjema til oss.

Vi gjør oppmerksom på at dette er en veiledning basert på hvilke svar du selv har gitt i meldeplikttesten og ikke en formell vurdering.

Til info: For at prosjektet ikke skal være meldepliktig, forutsetter vi at alle opplysninger som registreres elektronisk i forbindelse med prosjektet er anonyme.

Med anonyme opplysninger forstås opplysninger som ikke på noe vis kan identifisere enkeltpersoner i et datamateriale, hverken:

- direkte via personentydige kjennetegn (som navn, personnummer, epostadresse el.)*
- indirekte via kombinasjon av bakgrunnsvariabler (som bosted/institusjon, kjønn, alder osv.)*
- via kode og koblingsnøkkel som viser til personopplysninger (f.eks. en navneliste)*
- eller via gjenkjennelige ansikter e.l. på bilde eller videoopptak.*

Vi forutsetter videre at navn/samtykkeerklæringer ikke knyttes til sensitive opplysninger.

Med vennlig hilsen,

NSD Personvern