

SAMANFATNING

Introduksjon: 13 ergoterapeutar frå seks norske og ein svensk kommune er blitt intervjuet om sine erfaringar med kvardagsrehabilitering. Helse- og samfunnsutfordringar i Noreg i dag tilseier at det er behov for helsetenester som kan gi brukarane større mogelegheit til å mestre kvardagsaktivitetar, vera sjølvhjelpne og kunne bu lengst mogeleg heime. Ergoterapeutar sin kjernekompetanse på aktivitet og oppgåveorientert tilnærming gir brukar mogelegheit til å trene på sjølvbestemte meiningsfulle aktivitetar i vande omgivnader. Målet er at brukar skal mestre desse aktivitetane på eigahand når kvardagsrehabilitering er avslutta, og dermed oppnå ein høgare livskvalitet.

Teori: Relevante tema som blir belyst er profesjonsteori, rollar, tverrfagleg samarbeid, profesjonskamp, brukarmedverknad og brukarstyring.

Metode: Studien har eit kvalitativt forskingsdesign for å belyse informantane sine erfaringar. Den metodologiske tilnærminga tek først og fremst utgangspunkt i Grounded theory, som ved hjelp av koding av materialet skal finne mønster og samanhengar som belyser informantane sitt hovudbodskap. For å sikre at informantane sine erfaringar også kjem tydeleg fram, blir det brukt ei fenomenologisk inspirert tilnærming.

Resultat: Kvardagsrehabilitering har gitt ergoterapeutar meir rom for å jobbe med aktivitetar gjennom oppgåveorientert tilnærming der trenarrollen er sentral. Nokre informantar opplever å ha ei nøkkelrolle, og ønskjer difor ei koordinator/ leiarrolle, medan andre legg meir vekt på det samla bidrag frå alle faggrupper. Kunnskapsgrunlaget til ergoterapeutane er bygd på både teoretisk, erfarings- og praksisbasert kunnskap, i tillegg til at brukarfokus og brukaren sin eigen erfaring spelar ei viktig rolle. Rollen som veileidar er sentral, og det kjem fram kontrastar der dei norske informantane har ei meir teoretisert overføringslæring til pleiepersonalet, medan dei svenske har ei meir praktisk tilnærming der dei oftast er ute hos brukar og veileidar. Eit tverrfagleg samarbeid med eit felles rehabiliterande tankesett er avgjerande for å få til kvardagsrehabiliteringa.

Diskusjon: Resultata kan sjåast i ein samanheng der aktivitet, rollar, kunnskap og samarbeid blir dei mest sentrale tema. Rolleavklaring, profesjonskamp og samarbeidsstrategiar er viktige tema å ta i betraktning.

Konklusjon: Denne studien kan brukast til å forstå ergoterapeutar sine erfaringar med kvardagsrehabilitering, og ut frå det vurdere viktige element for vidare implementering. Ergoterapeutar ser ut til å ha viktig kunnskap å bidra med i denne prosessen.

ABSTRACT

Introduction: 13 occupational therapists from six Norwegian municipalities, and one Swedish municipality have been interviewed about their opinion on their experiences with “everyday rehabilitation” (kvardagsrehabilitering). The health- and social challenges in Norway today show us that there is a need for health services that can provide service users the opportunity to cope with activities of daily living, to be independent and to be able to live at home as long as possible. Occupational therapists' special competence on activity and their task-oriented approach provide service users the opportunity to practice self-chosen and meaningful activities in familiar environments. The purpose is to make the service users master these activities on their own when “everyday rehabilitation” has ended, and thereby achieve a higher quality of life.

Theory: Relevant topics that will be discussed are theories about professions, roles, interdisciplinary collaboration, disagreements within the professions and patient-involvement.

Method: The study has a qualitative research design to illuminate the participant's experiences. The methodological approach is primarily based on Grounded theory, which through coding finds patterns and contexts in the material. This is done to illuminate the participants' main messages. A phenomenological inspired approach is chosen, to ensure that the participants' experiences also become visible.

Results: “Everyday rehabilitation” has provided more room for the occupational therapists to work with activities through task-oriented approach, and also for being a coach. Some participants prefer to take on a coordinating/leading role, while others give more value to the total contribution of all professions. The knowledge of occupational therapists is based on both theoretical and practically- based knowledge. In addition the focus on the service users own experience plays an important role. The role as a supervisor is important. The research shows that the Norwegian participants have a more theoretical way of supervising the helpers, while the Swedish participants have a more practical way, as they are supervising while they are together with the service users. An interdisciplinary collaboration with a rehabilitation-focused mindset is crucial to make ”everyday rehabilitation” work.

Discussion: The activities, the roles, the knowledge and collaboration are central themes, and can illuminate each other. Clarification of roles and disagreements within the professions together with collaboration strategies are important themes to take into consideration.

Conclusion: Through this study the occupational therapist's experiences with “everyday rehabilitation” have been explored, and important elements for further establishment have been pointed out. Occupational therapists have important knowledge in this process.

FORORD

Som nyutdanna ergoterapeut vart eg fort nysgjerrig på korleis kvardagsrehabilitering vert praktisert i kommunesektoren. Eg ønskja meg meir kunnskap om dette, og fann ut at å skrive ei masteroppgåve var ein fin måte å få innsikt i temaet. Det har vore eit spennande eventyr å reise på kryss og tvers i seks norske og ein svensk kommune for å samle data til studien. Ved å reise rundt og besøke informantane på arbeidsplassane deira, fekk eg eit lite inntrykk av korleis kvardagsrehabiliteringa vert praktisert i dei ulike kommunane. Gjennom heile prosessen har eg lært mykje om denne relativt nye tenesta i Noreg.

Eg vil rette ein stor takk til veiledaren min, Marit Solbjør, som har gitt meg inspirasjon og konstruktiv veiledning gjennom heile oppgåva. Takk og til Norsk Ergoterapeutforbund som har bidrege med forskingsmidlar slik at dette prosjektet kunne gjennomførast. Ikkje minst er det viktig for meg å få takka alle forskingsdeltakarane som stilte opp til intervju og har delt sine erfaringar. Heilt til slutt, takk og til familie og venner som har støtta meg gjennom heile prosessen.

FORKORTINGAR

ADL= Activities of Daily Living er typiske "livsoppgåver" som er nødvendige for å ivareta eigenomsorg som til dømes dusjing, inntak av mat og vasking av hus (Kielhofner, 2008). I oppgåva vil dette også bli omtala som aktivitetstrening.

COPM= The Canadian Occupational Performance Measure er eit kartleggingsinstrument basert på den canadiske ergoterapimodellen Canadian Model of Occupation Performance and Engagement (CMOP-E) (Townsend & Polatajko, 2007). Gjennom COPM kartlegg ergoterapeutar kva aktivitetar brukar ønskjer å jobba med i rehabiliteringsintervensjonen. CMOP-E inneheld grunnverdiar for ergoterapi praksis.

MOHO= Model Of Human Occupation er internasjonalt den mest brukte aktivitetsfokuserte (occupation focused) modellen i ergoterapi praksis (Kielhofner, 2008). MOHO vart spesielt utvikla for å fokusere på teori, forskning og praksis rundt aktivitet. Modellen ønskjer å støtte praksis som er aktivitetsfokuser, klientsentrert, holistisk, kunnskapsbasert og på same tid være komplementær til andre ergoterapimodellar og tverrfaglege teoriar (Kielhofner, 2008).

INNHALDSFORTEIKNING

SAMANFATNING	i
ABSTRACT	ii
FORORD	iii
FORKORTINGAR	iv
INNHALDSFORTEIKNING	v
1.0 INTRODUKSJON	1
1.1 <i>Innhald i oppgåva</i>	1
1.2 <i>Definisjon av sentrale omgrep</i>	2
1.3 <i>Eldre sine ressursar i lys av helse- og samfunnsutfordringar i Noreg</i>	3
1.3.1 St. meld nr. 47 ”Samhandlingsreformen” og St. meld nr. 29 ”Morgondagens omsorg”	4
1.4 <i>Det ergoterapeutiske fundament: menneske, aktivitet og omgivnader</i>	5
1.4.1 <i>Occupational science og aktivitetsvitenskap</i>	6
1.5 <i>Ergoterapeutar sin kompetanse med fokus på aktivitet og deltaking</i>	7
1.5.1 <i>Allmennhelse og eldre si helse som spesialistkompetanse for ergoterapeutar</i>	8
1.5.2 <i>Ergoterapi-prosessen med fokus på aktivitetsanalyse, COPM og oppgaveorientert tilnærming</i>	8
1.6 <i>Prosjektet ”Hverdagsrehabilitering i Norge”</i>	12
1.7 <i>Forsking på feltet</i>	15
1.7.1 <i>Östersund kommune i Sverige og Fredericia kommune i Danmark</i>	15
1.7.2 <i>”Grip Hverdagen”, eit kvardagsrehabiliteringsprosjekt i Århus kommune</i>	16
1.7.3 <i>Reablement og heimerehabilitering</i>	17
1.8 <i>Hensikt og problemstilling</i>	20
1.9 <i>Studien si oppbygging og struktur</i>	20
2.0 STUDIEN SITT TEORETISKE RAMMEVERK	21
2.1 <i>Profesjonsteori</i>	21
2.2 <i>Rollar</i>	23
2.3 <i>Tverrfagleg samarbeid i kvardagsrehabilitering</i>	24
2.4 <i>Profesjonskamp</i>	27
2.5 <i>Brukarmedverknad og brukarstyring</i>	28
3.0 METODE- EI KVALITATIV TILNÆRMING	33
3.1 <i>Metodeval og design</i>	33
3.2 <i>Rekruttering av informantar</i>	34
3.3 <i>Utval</i>	35
3.4 <i>Intervjusituasjonen</i>	36
3.5 <i>Transkribering</i>	38
3.6 <i>Vitskapsbasert standpunkt</i>	38
3.7 <i>Analyse</i>	39
3.8 <i>Studien sin validitet</i>	44
3.9 <i>Refleksivitet og min rolle som forskar</i>	44
3.10 <i>Etiske betraktningar</i>	46
4.0 RESULTAT	49
4.1 <i>Aktiviteten sin sentrale plass i kvardagsrehabiliteringa</i>	49
4.1.1 <i>Metodisk beskriving av ergoterapeutane sine arbeidsoppgåver og rollen som trenar</i>	49
4.1.2 <i>Ergoterapeutane sine tidlegare arbeidserfaringar med fokus på hjelpemiddel</i>	52
4.1.3 <i>Aktivitet og oppgaveorientert tilnærming som kjernen i kvardagsrehabiliteringa</i>	55
4.2 <i>Ergoterapeutane sine mange rollar i kvardagsrehabiliteringa</i>	58
4.2.1 <i>Ergoterapeutane si oppleving av rollen som koordinator/ leiar</i>	58
4.2.2 <i>Rollen som veileidar for ”motor-teamet”, heimetrenarar og heimetenestepersonalet</i>	60
4.2.3 <i>Rollen som veileidar for pårørande</i>	64

4.3 Ergoterapeutar sitt kunnskapsgrunnlag.....	65
4.3.1 Teoretisk kunnskap.....	66
4.3.2 Erfaringsbasert- og praktisk kunnskap	67
4.3.3 Brukarmedverknad og brukarstyring	68
4.4 Samarbeid mellom dei ulike faggruppene i kvardagsrehabiliteringa	72
4.4.1 Tverrfalgeg samarbeid	72
4.4.2 Strategiar for relasjonsbygging og utvikling av eit betre samarbeid	80
5.0 DISKUSJON	83
5.1 Aktivitet, rollar, kunnskap og samarbeid sett i samanheng	84
5.1.1 Aktivitet	84
5.1.2 Rollar	86
5.1.3 Kunnskap	90
5.1.4 Tverrfagleg samarbeid	92
5.3 "Styrkar og svakheitar ved studien"	94
5.4 Resultata sin betyding for vidare praktisk implementering	95
5.5 Forslag til vidare forskning	96
6.0 KONKLUSJON	97
LITTERATURLISTE.....	99
Vedlegg 1: Forespørsel om deltaking i forskingsprosjektet.....	I
Vedlegg 2: Intervjuguide.....	III

1.0 INTRODUKSJON

1.1 Innhald i oppgåva

Dette er ei masteroppgåve skriva på studiet i Helsevitenskap ved NTNU. Hovudtema i oppgåva er Kvardagsrehabilitering, og fokuset er knytt til ergoterapeutar si oppleving av å jobbe med rehabilitering på denne måten. Kvardagsrehabilitering er ei arbeidsform som har fokus på å bruke aktivitetar i rehabiliteringa. Brukar skal sjølv identifiserer kva for kvardagsaktivitetar som er viktige å mestre. I møtet med brukar starter ein alltid med spørsmålet; ”Kva er viktige aktivitetar i livet ditt no?”. Dette gjev grunnlag for vidare kartlegging og trening mot rehabilitering. Oppgåva tek utgangspunkt i intervju med 13 ergoterapeutar som jobbar med kvardagsrehabilitering i Noreg og Sverige. Funna i desse intervjuar er knytt opp til aktuell teori på fagfeltet. Hensikta med denne studien er å finne ut kva erfaringar ergoterapeutar som jobbar med kvardagsrehabilitering har på dette feltet. Dette for å kartlegge deira aktivitetsperspektiv, kunnskap, rollar, i tillegg til samarbeidet mellom dei ulike faggruppene.

Ulike former for kvardagsrehabilitering har eksistert i fleire land dei siste åra. Mellom anna har Sverige praktisert dette i over 20 år. I 2011 vart kvardagsrehabilitering innført som eit pilotprosjekt i ein norsk kommune, og fleire kommunar vel no å ta denne arbeidsforma i bruk. Ergoterapeutar ser ut til å vera sentrale personar i kvardagsrehabilitering, og innføringa av denne arbeidsmetoden vil såleis mogleg kunne føra til ei endring av ergoterapeuten sin arbeidskvardag. Som utdanna ergoterapeut finn eg det difor spennande å sjå nærare på denne måten å jobbe på. Eg ønskjer gjennom oppgåva å finne ut meir om kva erfaringar ergoterapeutane sjølv har med innføringa av kvardagsrehabilitering som arbeidsmetode. Oppgåva startar med ein introduksjon der det vil bli ei beskriving av helse- og samfunnsutfordringar i Noreg og ergoterapeutar sin kompetanse i møte med desse utfordringane. Deretter vil det bli gitt ei innføring i kvardagsrehabilitering. Forsking på feltet blir presentert med eksemplar både frå Skandinavia og internasjonalt, før introduksjonskapittelet blir avslutta med ei beskriving av hensikta med studien og problemstilling.

1.2 Definisjon av sentrale omgrep

For å gjera oppgåva meir forståeleg for lesarane, vel eg først å definere sentrale omgrep som blir brukt i teksten.

Rehabilitering= tidsavgrensa, planlagde prosessar med klare mål og verkemiddel, der fleire aktørar samarbeider om nødvendig bistand til brukarane sin eigen innsats for å oppnå best mogeleg funksjons- og mestringsevne, sjølvstendigheit og deltaking sosialt og i samfunnet (Lovdata, 2001). I Sverige kallar dei rehabilitering for ”*specifik rehabilitering*” som blir definert som tidsavgrensa og målretta tiltak som i hovudsak blir utført av ergoterapeutar og fysioterapeutar, og inkluderer meir utdjupa kunnskap om sjukdom, skade, behandling og trening (Månsson, 2007). ”Rehabilitering” og ”specifik rehabilitering” skil seg frå kvardagsrehabilitering ved at det berre er faggrupper med rehabiliteringskompetanse som utfører rehabiliteringa.

Kvardagsrehabilitering= ein tverrfagleg arbeidsmetode som forutset opplæring av tilsette i heimetenesta, både heimhjelparar og pleiepersonalet, og som bygger på tankesettet om kvardagsmestring (Ness et al., 2012). Sentrale kvardagsaktivitetar for brukar er utgangspunktet for rehabiliteringa. *Vardagsrehabilitering*= ei felles beteikning, som kommunane brukar i beskriving av dei tilbod om rehabilitering, som er retta mot brukarar i heimesjukepleien, og som blir gjennomført i brukaren sin heim eller nærmiljø, med mål om å forbetre brukaren si funksjonsevne og gjere dei meir sjølvhjelpne i dagleglivet (Socialstyrelsen, 2013).

Heimerehabilitering= inkluderer både ”*specifik rehabilitering*” og ”*vardagsrehabilitering*”. Det er ein innsats i brukarane sin heim og nærmiljø som har fokus på å vinna tilbake funksjon etter sjukehusinnlegging og vedlikehalde eller hindre reduksjon av funksjon (Månsson, 2007).

Aktivitetsanalyse= ein ergoterapeutisk metode som blir brukt til å identifisere kva krav ein aktivitet stiller til den som skal utføre aktiviteten (Borg, 2007). Vidare ser ein på kva ferdigheitar som trengs for å utøve aktiviteten og eventuelt korleis ein kan tilpasse aktiviteten ved å endre på nødvendige krav og ferdigheitar (Borg, 2007).

Funksjonstrening= enkeltståande treningstiltak som opptrening. Fordrar ikkje nødvendigvis koordinert oppfølging over ein antatt tidsperiode (Helsedirektoratet, 2014).

”Motor-team”= i denne oppgåva, namnet på det tverrfaglege samansette rehabiliteringsteamet som leder kvardagsrehabiliteringa.

”Heimetrenarar”= helsefagarbeidarar, omsorgsarbeidarar, aktivitetører, heimehjelparar eller assistentar (Tuntland & Ness, 2014). Desse utfører treninga, ”motor-teamet” har lært dei opp til å gjere.

Brukar= målgruppa for kvardagsrehabilitering, og blir presentert gjennom heile oppgåva.

1.3 Eldre sine ressursar i lys av helse- og samfunnsutfordringar i Noreg

Som ei innleiing til oppgåva vel eg å sjå på kva helseutfordringar vi står ovanfor i Noreg i dag, med spesiell vektlegging på dei eldre si helse, sidan dei er ei sentral brukargruppe i kvardagsrehabilitering. Dette er aktuelt, då det er viktig at arbeidsmetodane på feltet blir utvikla i retning av å kunne løyse dei utfordringane ein til ei kvar tid står ovanfor, på ein best mogeleg måte. Dersom ein klarer det, vil dette vere både samfunnsøkonomisk og til det beste for brukarane av tenesta.

Dei største helseutfordringane i Noreg i dag og i tida framover er ulike formar for kronisk sjukdom eller langvarige helseplager (Nasjonalt folkehelseinstitutt, 2010). Hyppigast førekommande er muskel- og skjelettsjukdommar, hjerte- og karsjukdommar, psykiske lidingar og rus, kreft, kols, fedme, overvekt og diabetes (Nasjonalt folkehelseinstitutt, 2010). Desse lidingane kan gi helseutfordringar som vanskeleggjer ulike funksjonar i kvardagen (Norsk Ergoterapeutforbund, 2011). Risikoen for nedsett funksjonsevne aukar særleg i alderen 80-85 år, og ei stor gruppe eldre vil trenge behandling og hjelp for svekka helse og funksjonsnedsetting i åra framover (Nasjonalt folkehelseinstitutt, 2010). Nasjonalt folkehelseinstitutt (2010) seier at betre medisinsk behandling og endra levevanar har ført til ei stadig auke i levealderen. I dag antek ein at 80-90 % av den norske befolkning vil bli mellom 80-100 år. Dersom ein tek utgangspunkt i befolkningsveksten av personar over 67 år, vil talet på yrkesaktive halverast i forhold til denne aldersgruppa (Nasjonalt folkehelseinstitutt, 2010). Dette vil gi samfunnsutfordringar i form av at det ikkje er nok ”hender” til å hjelpe. Det vert

såleis viktig at folk vert sjølvhjelpne så lenge som mogeleg. Dagens eldre har likevel betre eigenvurdert helse og funksjonsevne, i tillegg til at dei mestrar dei daglege aktivitetane sine betre enn tidlegare generasjonar (Nasjonalt folkehelseinstitutt, 2010).

WHO har ein visjon om ”aktiv aldring” (WHO, 2002). Dette handlar om å optimalisere mogelegheiter for helse, deltaking og sikkerheit for å oppnå eller vedlikehalde livskvalitet ettersom ein vert eldre. Her er det å bevare autonomi og sjølvstendigheit eit nøkkelmål (WHO, 2002). Dette synleggjer ei internasjonal satsing på å legge til rette for at eldre skal vera aktive agentar i eige liv. Tuntland & Ness (2014) peikar på at når eldre utfører kvardagsaktivitetar knytt til eigenomsorg, heim og fritid, har dei mogelegheit for å vedlikehalde og bruke den kompetansen dei har tileigna seg tidlegare i livet. Eksempel på slik kvardagsaktiviteter er å vaske seg sjølv, lage mat, stelle i huset eller gå på eldrekafé.

Eldre si helse og livskvalitet kan fremmast ved hjelp av fysisk trening, aktivitet og sosial deltaking (Borglin, Jakobsson, Edberg, & Hallberg, 2006; Green, Sixsmith, Ivanoff, & Sixsmith, 2005). Vidare ser ein at oppleving av sosial støtte og autonomi har ein klar samanheng med kvardagskompetanse (Chou, 2005). Kvardagskompetanse i denne konteksten er evna til å gjennomføre kvardagsaktiviteter som nemnt ovanfor. Stav et al. (2012) fann ut frå ein systematisk litteraturgjennomgang at engasjement i aktivitetar påverkar mange områder innanfor helse, funksjon og deltaking. Eksempel som blir beskrive er at eldre som er aktive lever lengre og har betre fysisk og psykisk funksjonsnivå (Stav, Hallen, Lane, & Arbesman, 2012). Ein studie gjort av Bowling (2008) beskriv at eldre opplev at deltaking i meningsfulle aktivitetar i samfunnet gir dei opplevinga av å bli respektert, i tillegg til at sosiale og personlege ressursar kan fremme og kompensere for endring i funksjon (Bowling, 2008).

Ut frå dette kan ein sjå at nokre av utfordringane framover blir å få til ei teneste som sikrar at dei eldre klarer seg best mogeleg på eigahand, og at aktivitet og deltaking her er viktige stikkord. Vidare skal vi no sjå på kva retningslinjer styresmaktene har lagt for å løyse dei utfordringane som her er presentert.

1.3.1 St. meld nr. 47 ”Samhandlingsreformen” og St. meld nr. 29 ”Morgondagens omsorg”

I St. meld nr. 29 ”Morgondagens omsorg” (2013) blir det skissert ei satsing på å utvikle tenester innanfor førebygging, tidleg innsats og rehabilitering ut frå befolkninga si alderssamansetning

og behov. Stortingsmeldinga peikar på at samhandlingsreformen skal sikre eit bærekraftig, heilheitleg og samanhengande tenestetilbod av god kvalitet, tilpassa den enkelte brukar. St. meld nr. 47 "Samhandlingsreformen" seier det skal satsast på helsefremming, rehabilitering, brukarinnflytelse, behandlingsforløp og forpliktande samarbeidsavtalar mellom kommunar og sjukehus (St. meld. nr. 47, 2009). Ein ser ut frå dette at det blir brukt store ord som lover ei god og samanhengande helseteneste gjennom mellom anna forpliktande samarbeid. Spørsmålet blir korleis ein skal klare å få til dette?

Dei tradisjonelle omsorgstenestene har sine styrkar innanfor behandling og pleie, men også utfordringar med lite fokus på førebygging, rehabilitering, og fysisk, sosial og kulturell aktivitet (St. meld nr. 29, 2013). Ut frå dei behova ein no ser kome, er det eit ønskje om å utvikle ei ny kommunal rolle for å gjennomføre dei nemnde satsingsområda. Dette vil krevje nye arbeids- og samarbeidsformer, nytt tenesteinnhald og nye måtar å løysa oppgåvene på (St. meld. nr. 47, 2009). Stortingsmeldinga framhevar vidare at innovasjonsprogrammet til "Morgondagens omsorg" ønskjer å jobbe med kvardagsrehabilitering, omsorgstenester i eit ressursorientert perspektiv, ei fagleg omlegging med større vekt på tidleg innsats, nettverksarbeid og omsorgsfellesskap med eit pårørandeprogram. Kvardagsrehabilitering blir i innovasjonsprogrammet peika ut til å være blant dei tre områda som er omsorgstenestane sine viktigaste utfordringar og mogelegheiter (St. meld nr. 29, 2013). Dette synleggjer at kvardagsrehabilitering ser ut til å bli eit sentralt satsingsområde framover.

Som tidlegare introdusert, ser ein at ergoterapeutar truleg kan spele ei viktig rolle i kvardagsrehabiliteringa. Før vi ser nærare på innhaldet i kvardagsrehabilitering vil eg difor belyse kva fundament ergoterapeutane jobbar ut frå, for deretter å belyse viktige oppgåver og kunnskap som er knytt opp til denne profesjonen. Dette i lys av å sjå kva kompetanse ergoterapeutar har for å utøva kvardagsrehabilitering.

1.4 Det ergoterapeutiske fundament: menneske, aktivitet og omgivnader

Eg vil starte med å introdusere det ergoterapeutiske fundament, for å gi eit innblikk i kvar ergoterapiprofesjonen spring ut frå. Borg (2007) løftar fram at mennesket sine aktivitetar og deltaking har betydning for helse og livskvalitet, og at dette er utgangspunktet for ergoterapi. Alle menneske har behov for å utføre meningsfulle, viktige eller nødvendige aktivitetar for å

kunne delta i kvardags- og samfunnslivet (Borg, 2007). Ergoterapi som profesjon er basert på eit ressursorientert og holistisk menneskesyn (Creek, 2005). Creek (2005) seier at ressursorientert vil sei at fokuset på problem og funksjonstap er bytta ut med eit fokus på mennesket sine aktivitetar, deltaking og interesser. Det holistiske menneskesynet ser på det fysiske, psykiske og åndelige som ein heilheit som fungerer saman, og ikkje kan forståast som åtskilte einingar (Creek, 2005).

Aktivitetfokuset som ergoterapeutar har, spring ut frå forståinga om at aktivitet er viktig for menneske si utvikling og eit bidrag til danning av personleg og sosial identitet (Creek, 2005). Creek (2005) belyser at gjennom aktivitet kan ferdigheit lærast og trenast, og ut frå det skapar mennesket mening og tilfredsstillir sine behov. Ness (1995) beskriv at "å gjere er å være" som illustrerer aktivitet som ein vesentleg og nødvendig del av menneske sin tilværelse. Han seier vidare at aktivitetar er eit middel for å skape ein meningsfull kvardag og fremme helse (Ness, 1995).

Ut frå dette aktivitetfokuset kan ein forstå at ergoterapeutane meiner det er viktig med aktivitet gjennom heile livet, ikkje berre når ein er ung og frisk. Ein tenkjer såleis at eldre sin livskvalitet heng saman med at dei kan halda fram med å vere aktivt deltakande, både i eige liv og i sosiale samanhengar. Vi skal no sjå litt nærare på omgrepet aktivitet, og at fokus på aktivitet har røter litt tilbake i tid.

1.4.1 Occupational science og aktivitetsvitenskap

Det engelske ordet "occupation", er eit rikt og fleirdimensjonert omgrep (Müllersdorf & Ivarsson, 2008), og eg vel i denne konteksten å oversette omgrepet til aktivitet, som blir det mest nærliggande ordet på norsk. Müllersdorf & Ivarsson (2008) beskriv at aktivitet handlar om kva ein gjer, kvifor ein gjer det og korleis ein gjer det. Det blir også peika på at dette inneber dimensjonar som konteksten, utøvinga, motivet, tid og plass, type deltaking og utfallet. Fisher (2013) poengterer at aktivitet har ei enorm kraft i rehabilitering fordi aktivitetar blir gjennomført slik dei blir gjort i folk sine kvardagsliv.

Occupational science blei etablert som akademisk disiplin i 1980 åra av ergoterapilærarar ved Department of Occupational Therapy, University of Southern California (Bendixen, Borg, Pedersen, & Altenborg, 2005). Det har bidrege til validering og kvalifisering av utøvinga av

ergoterapi (Bendixen et al., 2005). Bendixen et al. (2005) seier at denne disiplinen er eit tverrfagleg forskingsområde med fokus på mennesket sin kvardagsaktivitet og aktivitetsutfordringar frå ergoterapifaget. Vidare at nordiske ergoterapeutar har tatt denne vitskapen til seg, og vidareutvikla den til eit eige vitskapsgrunnlag som i Norden har fått den samla beteingninga aktivitetsvitskap. Aktivitetsvitskapen framhevar at utføringa av autentisk ergoterapi er å bruke sjølvbestemte, meiningsfylte aktivitetar (Bendixen et al., 2005). Dette for å utvikle brukaren sin oppfatning av seg sjølv og sine omgivnader for å kunne fungere i kvardagen (Bendixen et al., 2005).

Sidan oppstartinga av ergoterapi som profesjon, har meiningsfyltheit og deltaking i aktivitet blitt verdsett som det viktigaste fokusområdet i lag med målet for intervensjonen (Fisher, 2013). Innanfor ergoterapi blir meiningsfull aktivitet definert som ei subjektiv erfaring med unike identifiserbare kvalitetar, noko som er sentralt i både ergoterapiprosessen og i resultatet av aktiviteten (Eakman, 2013). Meiningsfull aktivitet blir beskrive som ei individuell evne til å finne viktigheit, trygghet, verdigheit og meiningsfullheit i den spesielle aktiviteten og til å tilfredstille grunnleggande psykologiske behov (Eakman, 2013). Ut frå dette kan ein tenkje at ergoterapeuten sitt fokus på meiningsfull aktivitet vert viktig for mange som har behov for støtte og hjelp i kvardagen. Ikiugu hevdar mellom anna at eit slikt fokus vert viktig for personar som har vore utsatt for livsendrande hendingar og skal tilbake til livet (Ikiugu et al., 2012).

1.5 Ergoterapeutar sin kompetanse med fokus på aktivitet og deltaking

Kjernen i ergoterapi er å gjere kvardagslivet mogeleg gjennom menneske sin aktivitet i leik, arbeid og eigenomsorg (Norsk Ergoterapeutforbund, 2011). Denne kjernekompetansen er den generelle kompetansen for alle ergoterapeutar. Vidare er dette delt inn i følgjande sju hovudområder, som igjen overlappar kvarandre:

Fremme deltaking og inkludering i kvardagslivet, utvikling av mennesket si mestring, tilrettelegging av aktivitetar, endring av omgivnadar, løysingsretta praksis, kunnskapsbasert praksis og samarbeidsorientert praksis (Norsk Ergoterapeutforbund, 2011). Vidare har Norsk ergoterapeutforbund (2011) delt spesialistkompetanse i ergoterapi inn i dei sju fagområda

allmennhelse, arbeidshelse, barns helse, eldre si helse, folkehelse, psykisk helse og somatisk helse.

Eg vel vidare å utdjupa ergoterapeutar sin spesialistkompetanse innanfor allmennhelse og eldre si helse, då dette i stor grad rettar seg mot kvardagsrehabilitering (Bjerkaas, 2012).

1.5.1 Allmennhelse og eldre si helse som spesialistkompetanse for ergoterapeutar

I kompetansebeskrivingane for spesialistar i allmennhelse og eldre si helse blir det beskrive at ergoterapeutar skal legge til rette for deltaking, inkludering og mestring av kvardagslivet for eldre personar med samansette funksjonsnedsettingar eller multidiagnosar (Norsk Ergoterapeutforbund, 2011). Dette skal gjerast ved å legge til rette overgang frå spesialisthelseteneste til heimen, vurdere rehabiliteringspotensialet og hjelpebehov, koordinere helsetenester, legge til rette for aktivitetar og være pådrivarar og koordinatorar for kvardagsrehabilitering. Forbundet beskriv vidare at ergoterapeutar med denne spesialkompetansen har kunnskap om å gradere aktivitetar i kvardagslivet og å trene systematisk på områder som eksempelvis matlaging, personleg stell og hushaldning. Ergoterapeutar har fordjupa kunnskap om kvardagsaktivitet og helse, rehabilitering, oppfølging heime og på arbeidsplassen og verdsetting av eldre sine ressursar og deltaking (Norsk Ergoterapeutforbund, 2011). Vidare uttalar forbundet at ergoterapeutar organiserer og strukturerer kvardagslivet i samarbeid med brukar, og på den måten legg til rette for kvardagsaktivitetar ut frå vurdering av korleis omgivnadane påverkar deltaking og inkludering. Kompetansen inneberer også velferdsteknologi og tekniske hjelpemiddel (Norsk Ergoterapeutforbund, 2011). Det er og viktig med informasjon og undervisning til brukarar, pårørande og kollegaer om aktivitet og helse. Eit anna viktig felt er å utføre risikovurdering for førebygging av fall og einsemd (Norsk Ergoterapeutforbund, 2011).

1.5.2 Ergoterapi-prosessen med fokus på aktivitetsanalyse, COPM og oppgåveorientert tilnærming

For å gi ei forståing av korleis ergoterapeutar brukar aktivitet i kartlegging og intervensjon, vil eg avslutte dette kapitlet med å gi ei kort oversikt over ergoterapiprosessen.

Ergoterapiprosessen har 3 hovudfasar. Den første fasen er kartlegging og målsetting. Her ser ein på kva aktivitetar som er viktige i brukar sitt liv og korleis desse blir utført på det noverande tidspunkt. Andre fase er intervensjon der aktivitetar som skal trenast på blir gradert og tilrettelagt ut frå brukar sitt funksjons- og ferdigheitsnivå. Siste fase i prosessen er evaluering med justering av intervensjonen ut frå ferdigheitsnivået. Dette fortset gjennom heile ergoterapiprosessen. Fisher (2013) beskriv at ergoterapeutar bør famne om aktivitetssentrerte perspektiv og implementere metodar som er aktivitetsbaserte og/eller aktivitetsfokuserte. Eit eksempel på ein slik prosess kan vere at ein observerer brukar direkte i ein aktivitet og ut frå det gjer ei aktivitetsanalyse.

Aktivitetsanalysen er eit av ergoterapeuten sitt hovudinstrument i rehabiliteringsintervensjonen med brukaren. Borg (2007) beskriv at aktivitetsanalyse er ein ergoterapeutisk metode som blir brukt til å identifisere kva krav ein aktivitet stiller til den som skal utføre aktiviteten. Vidare ser ein på kva ferdigheit som trengs for å utøve aktiviteten og eventuelt korleis ein kan tilpasse aktiviteten ved å endre på nødvendige krav og ferdigheit (Borg, 2007). Dette fordi personen sine evner varierer frå ulike aktivitetar og ulike aktiviteter krev ulike ferdigheit. Ergoterapeutar brukar også aktivitetsanalysar til å definere mål for intervensjon ut frå kartlegginga og evalueringa av aktivitetsutføringa saman med brukar (Borg, 2007). Denne metoden legg grunnlag for eit treningsopplegg eller tilrettelegging for aktivitet ved å skreddarsy eit individuelt opplegg for brukaren (Polatajko & Mandich, 2004).

Aktivitetsanalysen startar med å finne ut om brukar er motivert for aktiviteten, og vidare om han/ ho forstår kva som skal gjerast (Tuntland & Ness, 2014). Tuntland & Ness (2014) beskriv at deretter blir det kartlagt om brukar kan lærast opp eller trene på aktiviteten. Om dette let seg gjere, blir dette diskutert med brukar og ein utarbeidar eit konkret treningsopplegg. Viss ikkje blir det vurdert om aktiviteten kan leggest til rette eller gjerast enklare. Om aktiviteten ikkje kan tilpassast, blir det diskutert om omgivnadane kan forenklast eller leggest til rette (Tuntland & Ness, 2014). Eksempel på tilrettelegging kan vere bruk av diverse hjelpemiddel eller endringar i omgivnadane, eksempelvis med å gjere litt om på det fysiske miljøet i heimen. Aktivitetsutføringa er ein kompleks transaksjon mellom personlege faktorar, kroppsfunksjon og omgivningar (Fisher, 2013), som visar nødvendigheita av den detaljerte aktivitetsanalysen. Når aktiviteten matchar med brukar sitt mål i rehabiliteringa, kan dette føre til glede, produktivitet og restituering (Fisher, 2013). Ergoterapeutar er ei av få grupper som utfører ein praksis som bygger på vitskapeleg kunnskap om aktivitet. Aktivitetsbaserte intervensjons- og

evalueringsmetodar visar ergoterapiprofesjonen sitt unike aktivitets-sentrerte perspektiv (Fisher, 2013).

The Canadian Occupational Performance Measure (COPM) er eit av dei mest brukte kartleggingsinstrumenta innanfor ergoterapi, og blir i aukande grad også brukt i tverrfagleg rehabilitering (Tuntland & Ness, 2014). Fisher (2013) beskriv at COPM er eit aktivitetsfokusert verktøy som er mykje brukt av ergoterapeutar til å identifisere aktivitetar. Townsend & Polatajko (2007) beskriv at COPM bygger på den kanadiske ergoterapimodellen The Canadian Model of Occupational Performance and Engagement (CMOP-E) som er utvikla for å fremme brukarsentrert praksis (Townsend & Polatajko, 2007). Tuntland & Ness (2014) beskriv at COPM er målretta og har eit intensivt fokus på kvardagsaktivitetar som brukaren sjølv opplever som meningsfulle. Dette gjer at det eignar seg som eit kartleggingsverktøy i kvardagsrehabilitering, då ein der alltid starter med spørsmålet "Kva er viktige aktivitetar i livet ditt no?" (Tuntland & Ness, 2014). Det blir brukt til å få innsikt i brukaren sin vurdering av eigne aktivitetsutfordringar og evaluera nytten av dei rehabiliteringstiltaka som blir utført (Tuntland & Ness, 2014).

COPM er eit semistrukturert intervju der brukar skal identifisere problematiske aktivitetar innanfor eigenomsorg, arbeid og fritid, og deretter angir kor viktig kvar enkelt aktivitet er. Brukar skal ut frå det velje ut dei fem viktigaste aktivitetsproblema og score aktivitetsutføring og tilfredsheit for kvar av dei ut frå ein skala frå ein til ti (Borg, 2007). Ut frå samanlikningar mellom skår før og etter oppstartinga av tiltak evaluerer ein effekten av rehabiliteringsprosessen gjennom å vurdere om det har skjedd ei endring i perioden mellom dei to skåringstidspunkta (Tuntland & Ness, 2014).

Opplæring i det brukarsentrerte verdigrunnlaget i CMOP-E, som er bakgrunnsteorien for COPM er nødvendig for at det skal sikrast god kvalitet i intervju og skåring (Larsen & Carlsson, 2012). Dette visar nødvendigheita av relevant forkunnskap. Etersom ergoterapiutdanninga gir god kompetanse på verdigrunnlaget i CMOP-E, ser eg på ergoterapeutar som svært godt kvalifiserte kandidatar til å utføre denne kartlegginga. Ein kan likevel ikkje sei at COPM skal være forbeholdt ein spesiell profesjon, då det ikkje er påkrevd ei spesiell sertifisering for dette kartleggingsverktøyet (Tuntland & Ness, 2014). Larsen & Carlsson (2012) beskriv at i eit dansk kommunebasert geriatrisk rehabiliteringsprosjekt, der det vart nytta COPM, opplevde brukarane ei positiv forandring i både utføring og tilfredsheit med utføring av aktivitetane.

Dette synleggjer at brukarane er fornøgd med reiskapen. Evna til å administrere dette verktøyet må bli vurdert før instrumentet kan bli implementert vellykka i ein tverrfagleg geriatrisk rehabiliteringskontekst (Larsen & Carlsson, 2012).

I ergoterapiprosessen blir det brukt ei teoretisk og praktisk tilnærming som heiter ”ergoterapeutisk oppgåveorientert tilnærming”, som går ut på å bruke meiningsfylte aktivitetar som trening i staden for funksjonstrening. Oppgåveorientert tilnærming kan brukast i samanheng med kvardagsrehabilitering, der trening skal knytast til målretta og meiningsfylte aktivitetar i naturlege omgivnadar (Ness et al., 2012). Nyare utviklingsteori og teori om motorisk læring ligg til grunn for dei systematiske modellane for motorisk kontroll som tilnærminga bygger på (Crepeau, Cohn, & Schell, 2003). Motoriske læringsteoriar framhevar at ein best tileignar seg ferdigheit gjennom å vera aktiv i læringa og ein vektlegg betydinga av interaksjonen mellom personen og miljøet (Tuntland, 2006b). Brukar blir utfordra innanfor trygge rammer og støtta i eigen problemløysingsevne ved at fagpersonen guidar personen utan passiviserande instruksjon (VanSwearingen, Perera, Brach, Wert, & Studenski, 2011).

Eit viktig omgrep i oppgåveorientert tilnærming er ”overføring av læring”, som i denne konteksten er evne til å utføre ein aktivitet i ulike miljø (Tuntland, 2006a). Tuntland (2006a) beskriv at eit eksempel på dette kan vere at ein person som trener på å lage mat på eit treningskjøkken, kan klare å overføre denne kunnskapen heim til sitt eige kjøkken. Målet er å kunne overføre prinsippet frå læringssituasjonen til å bruke det i den verkelege verda (Randomski & Trombly, 2002). Miljøet bør vera så naturleg som mogeleg, og variere for å fremme overføringa av læring (Magill, 2003). Dette fordi ein person lærer å bruke visuelle hjelpestimuli frå omgivnadane i problemløysinga (Tuntland, 2006a). Det er anbefalt å trene på heile ADL aktiviteten framfor mønstertrening (aktivitetar stykka opp i delar og trening av kroppsfunksjonar), då dette vil gi det beste resultatet i adl-ferdigheit fordi ein på den måten opplever samanheng i oppgåva (Tuntland, 2006a). Ein vil få meir smidige og naturlege bevegelsesmønster av å trene på heile aktiviteten (Crepeau et al., 2003).

Korleis passer så ergoterapeuten sin kunnskap og arbeidsmetodar inn i utfordringane som ligg i innføring av kvardagsrehabilitering? For å belyse dette, må ein først sjå kva som ligg i omgrepet kvardagsrehabilitering.

1.6 Prosjektet ”Hverdagsrehabilitering i Norge”

På bakgrunn av mellom anna dei tidlegare nemnde helse- og samfunnsutfordringar Noreg står ovanfor i åra framover, starta Norsk ergoterapeutforbund saman med KS, Norsk sjukepleiarforbund og Norsk fysioterapiforbund prosjektet ”Hverdagsrehabilitering i Norge” i 2012 (Ness et al., 2012). Dei har utarbeida ein rapport på bakgrunn av litteratursøk, dialogkonferanse og diskusjonar i styrings- og prosjektgruppa, der dei beskriv at prosjektet skal bidra til å utvikle gode modellar for førebyggjande arbeid og heimerehabilitering i kommunale omsorgstenester (Ness et al., 2012). Kvardagsrehabilitering er ein tidsavgrensa innsats på mellom tre til tolv veker (Tuntland & Ness, 2014) der målsettinga er å rehabiliterare brukaren i eigen heim eller nærmiljø med hensikt på å forbetre brukaren si funksjonsevne og bli meir sjølvhjelpne i dagleglivet (Socialstyrelsen, 2013). Målgruppene for kvardagsrehabilitering varierer frå kommune til kommune, men det vanlegaste er over 18 eller 65 år (Rambøll, 2012). Tuntland & Ness (2014) beskriv at aktuelle kandidatar for kvardagsrehabilitering er heimebuande personar med gradvis utviklande funksjonsfall og opplever deltaking i sine kvardagsaktivitetar som utfordrande. Dette gjeld oftast eldre personar (Tuntland & Ness, 2014) som difor vert fokuset i den vidare framstillinga. Inklusjonskriterium er personar med rehabiliteringspotensial som bur heime, forstår instruksjon og er utskrivingsklare frå sjukehus eller døgnrehabilitering (Ness et al., 2012). Eksklusjonskriteriar er personar utan rehabiliteringspotensial som for eksempel langtkomne degenerative sjukdommar, terminal fase eller demens (Ness et al., 2012). Prioriterte brukarar er førstegongssøkjjarar som ikkje har fått tilbod om rehabilitering og heimetenester tidlegare og som søker praktisk eller personleg hjelp i heimen, tekniske hjelpemiddel, matombering eller trygghetsalarm (Tuntland & Ness, 2014).

Brukarane skal bli fanga opp i ein tidleg fase av funksjonsfall, lenge før dei blir pleietrengande (Tuntland & Ness, 2014). I arbeidet med eldre inneber kvardagsrehabilitering at ein jobbar for ei verdig og aktiv aldring med eit utgangspunkt i at eldre har ressursar og bidreg i samfunnet (Bjerkaas & Ness, 2011). Kvardagsrehabilitering hindrar såleis pasifisering og kan førebygge funksjonsnedsetting og dermed utsette behov for pleie og sjukeheim (Bjerkaas & Ness, 2011), noko som er viktig for den enkelte brukar. I tillegg vil det og gi ein samfunnsøkonomisk gevinst dersom ein får dette til. Bjerkaas & Ness (2011) framhevar at eldre ønskjer å vera aktive og bu lengst mogeleg heime, meistre kvardagslege oppgåver og delta i sosialt liv.

Ness et al. (2012) peikar på at helsetenesta sin tradisjonelle behandlings- og kompensierende kultur har hatt fokus på å "leve lengst mogeleg i eigen heim". Denne kulturen er truleg på veg inn i eit paradigmeskifte, til ein førebyggjande- og mestringskultur med fokus på å "leve lengst mogeleg i eige liv" (Ness et al., 2012). Kvardagsrehabilitering har som mål å snu hjelpe-tankegangen, som tradisjonelt har vore ein sentral verdi i helse- og omsorgssektoren (Tuntland & Ness, 2014). Dette skal skje ved at helsepersonell skiftar fokus frå "Kva treng du hjelp til?" til "Kva er viktige aktivitetar for deg i ditt liv no?" (Ness et al., 2012).

Tuntland & Ness (2014) spesifiserer at den viktigaste trenings- og læringsarenaen i kvardagsrehabilitering er heim og nærmiljø. Målet med kvardagsrehabilitering er å gjere brukar sjølvhjelpen i forhold til daglege gjeremål, slik at personen fortsatt kan bu heime, være aktiv i eige liv og delta sosialt og i samfunnet (Tuntland & Ness, 2014). Dette inkluderer ein kombinasjon av trening, teknologiske løysingar, endringar i omgivnadane og samarbeid med pårørande. Dei seier vidare at mange brukarar ser på det å mestre utfordringane i dagleglivet som dei viktigaste aktivitetane i livet. Ein ser såleis at det er tid for nytenking i kommunehelsetenesta og for å organisere heimetenestene på nye måtar (Tuntland & Ness, 2014).

Det er to ulike organisasjonsmodellar for kvardagsrehabilitering i Noreg (Füerst & Høverstad ANS, 2014). Füerst & Høverstad ANS (2014) beskriv at den eine modellen består av eit rehabiliteringsteam der ergoterapeut/ fysioterapeut, eventuelt sjukepleiarar og "heimetrenarar" saman, har fullstendig ansvar for heile prosessen i form av utredning, planlegging og gjennomføring av kvardagsrehabiliteringa. Füerst & Høverstad ANS (2014) beskriv at den andre modellen består av at rehabiliteringsteamet er "motor" for kvardagsrehabiliteringa, der desse har ansvar for utredning, planlegging og oppfølging av rehabiliteringsprosessen, men det er den kommunale heimetenesta som utfører arbeidet med å trene på aktivitetar saman med brukar. Dette gjer dei ut frå veiledning frå rehabiliteringsteamet (Füerst & Høverstad ANS, 2014). Kvardagsrehabilitering gir såleis ei styrka involvering og samhandling mellom ergo- og fysioterapeutar og personell i heimetenestane (Tuntland & Ness, 2014). I begge modellane er innsatsen intensiv i starten og blir gradvis avvikla ettersom aktivitetsfunksjonen betrast (Ness et al., 2012).

For å lykkast med kvardagsrehabilitering må ein legge om måten å jobbe på, og det krev ei utvikling av ein mestringskultur både blant brukarane og dei som jobbar i feltet (Bjerkaas & Ness, 2011). Vidare må ein få ei organisasjonsutvikling som går meir mot tverrfagleg

samarbeid. Det må vera klare målsetningar, vera tverrfagleg forpliktande, ha tilstrekkeleg og rett kompetanse og ta utgangspunkt i brukaren sine ønskjer og individuelle mål. Ikkje minst må endringa vera forankra i kommunen si leiing (Bjerkaas & Ness, 2011). Ein må utvikle eit tenkesett om at brukaren sjølv styrer deltakinga og kvardagsmestringa (Tuntland & Ness, 2014). Kommunane sin innføring av kvardagsmestring og kvardagsrehabilitering krev ei grunnbemanning av ergoterapeutar, fysioterapeutar og sjukepleiarar med rehabiliteringskompetanse (Ness et al., 2012). Teamsamansetninga varierer i dei ulike kommunane, der enkelte kommunar inkluderer ytterlegare faggrupper som eksempelvis vernepleiarar og sosionomar. Svenske og Danske forskingsrapportar beskriv at sentrale rollar for ergoterapeutar og fysioterapeutar i dette arbeidet er å ha ansvar for utredning, opplæring, veiledning og utarbeiding av tiltaksplanar (Kjellberg, Ibsen, & Kjellberg, 2011; Månsson, Nordholm, Andersson, Mikaelsson, & Ekman, 2006). Ergoterapeutar og fysioterapeutar skal vera ”motorar” i kvardagsrehabilitering. Dette inneber å være pådrivarar i prosessen med kartlegging, rehabiliteringsplan og veiledning (Tuntland & Ness, 2014).

Ein ser at det er mange arbeidsoppgåver i prosessen med kvardagsrehabilitering. Ein spennande diskusjon er kva som blir ergoterapeuten si oppgåve i denne prosessen.

Ness et al. (2012) seier at ergoterapeutane sine arbeidsoppgåver i kvardagsrehabilitering er å kartlegge brukaren sine aktivitetsønskjer gjennom COPM, utføre aktivitetsanalyser av adl-funksjon og legge til rette for og sette i gang trening av kvardagsaktivitetar i tråd med det oppsette målet. I denne studien ønskjer eg å finne ut korleis dette blir gjort i samarbeid med dei andre faggruppene. Ness et al. (2012) beskriv vidare at ergoterapeutar og skal vurdere behovet for tilrettelegging (hjelpemidlar, bustadsendringar og velferdsteknologi), i tillegg til å gi veiledning og oppfølging både til brukarar og andre i hjelpetenesta. Ergoterapeutar og fysioterapeutar treng kompetanse på veiledning fordi dei skal arbeide gjennom andre faggrupper (Kjellberg et al., 2011), og heimetrenarar vil ha behov for opplæring om førebyggjande og rehabiliterande tenking og arbeidsform (Tuntland & Ness, 2014). Ergoterapeutar si veiledningsoppgåve handlar om å støtte heimetrenarane, bidra til deira kompetanseutvikling og å sikre kvaliteten på dei tenestene som blir utført (Zingmark, 2013). Prosjektrapportar beskriv lite av det metodiske arbeidet som skjer i sjølve gjennomføringa av treninga (Ness et al., 2012). Dette er noko av det eg ønskjer å belyse i denne studien. Rapportar gir utrykk for at ergoterapeutar er nøkkelpersonar i prosessen med kvardagsrehabilitering, men det manglar konkretisering av ergoterapeutar sine rollar, arbeidsoppgåver og

kunnskapskompetanse (Ness et al., 2012). Nysgjerrigheita på å finne ut meir om dette er ein del av bakgrunnen for problemstillinga mi.

1.7 Forsking på feltet

I Skandinavia er det Sverige og Danmark som har lengst erfaring med kvardagsrehabilitering. Eg ser det difor som relevant å presentere litt forskning frå desse landa. Kvardagsrehabilitering har og oppstått i land utanfor Skandinavia. Dei har ikkje kalla det kvardagsrehabilitering, men ein ser at innhaldet har mange likheitstrekk. Det vil difor og bli presentert litt forskning som er gjort på desse rehabiliteringsformene.

1.7.1 Östersund kommune i Sverige og Fredericia kommune i Danmark

Östersund kommune i Sverige starta satsinga på ”hemrehabilitering” i 1999 og blir løfta fram som eksempelkommune på rehabiliteringsfeltet (Månsson, 2007). Drivkrafta bak satsinga, Maritha Månsson, beskriv at treninga går ut på å hjelpe den som har blitt sjuk til å klare kvardagsaktiviteter, kunne bu heime og klare seg sjølv. Arbeidsmetoden skal ta utgangspunkt i brukaren sin eigen vilje og kraft (Månsson, 2007). Månsson (2007) beskriv at ein skal ”vekke” brukaren sine interesser for sine egne ressursar og mogelegheiter, i tillegg til å oppmuntre til egne problemløysingar og vera handlekraftig i forhold til det. Satsinga på ”hemrehabilitering” førte til ei stor auke på tilsette ergo- og fysioterapeutar, noko som førte til minimum 0,5 ergoterapeut og 0,5 fysioterapeut per 300 person over 65 år (Tuntland & Ness, 2014). Den store satsinga på rehabilitering synleggjorde såleis behovet for fleire ergoterapeutar og fysioterapeutar.

I 2007 bestemte Fredericia kommune i Danmark seg for at dei skulle teste ut erfaringar frå Östersund (Tuntland & Ness, 2014). Interne uttaler frå Fredericia visar til resultat dei har oppnådd etter to år med kvardagsrehabilitering (Kjellberg, Kjellberg, Ibsen, & Christensen, 2012). Av 404 brukarar som har deltatt i, og avslutta kvardagsrehabilitering, vart 45% avslutta utan vidare hjelp, 40% med mindre hjelp enn dei elles ville hatt, og 15% med same hjelp som før (Kjellberg et al., 2012). Denne gode dokumentasjonen har vært stor drivkraft til utviklinga av kvardagsrehabilitering i Noreg (Tuntland & Ness, 2014).

1.7.2 "Grip Hverdagen", eit kvardagsrehabiliteringsprosjekt i Århus kommune

Eg vil no illustrere eksemplar frå eit konkret prosjekt for å synleggjere kvardagsrehabilitering i praksis. "Grip Hverdagen" er eit kvardagsrehabiliteringsprosjekt som Århus kommune i Danmark har gjennomført og evaluert (Tonnesen, Sørensen, & Nygaard, 2012). Tonnesen et al. (2012) beskriv at av 400 personar som har deltatt i prosjektet er 40% mellom 80 og 89 år, og forbetring av funksjonsevna har vore stor. I to år har kommunen jobba med paradigmeskiftet der helsepersonell har gått frå å "gjere for" brukaren, til å "gjere med", der brukaren er eksperten i eit tverrfagleg arbeid med felles mål (Tonnesen et al., 2012). Ut frå COPM kartlegging, som blir gjort av fysioterapeut eller ergoterapeut, vel brukar dei fem viktigaste måla ut frå vurdering av eigen ferdigheit (Tonnesen et al., 2012). Tonnesen et al. (2012) beskriv vidare at eit intervensjonsforløp kan for eksempel vera at ein brukar ønskjer å bli sjølvhjulpen i heimen i forhold til å klare seg sjølv med matlaging og personleg stell. Ein kan då tenkje at han eller ho får besøk fire gongar per dag for å trene på dei ulike aktivitetane i dette arbeidet. Etter ein månad blir innsatsen summert opp i forhold til korleis det går med den aktuelle brukaren og kva dei ulike faggruppene skal jobbe med fram til neste møte (Tonnesen et al., 2012). Tonnesen et al. (2012) beskriv vidare at samarbeid med pårørande blir framheva som viktig for at dei og skal forstå ideen bak rehabilitering.

Majoriteten av brukarane frå prosjektet "Grip Hverdagen" meinte at det i starten var viktigast å vinne tilbake dei mest grunnleggjande ferdigheitene, som å gå på toalettet og komme seg ut av senga. Tonnesen et al. (2012) beskriv at etter kvart vart det sosiale meir og meir viktig, og det var ønskje om å komme seg ut og rundt omkring i nærområdet og såleis finne strategiar for å ta tilbake kvardagen. Ergoterapeutane i prosjektet opplevde at det er godt å ha tid til å arbeide rehabiliterande, tverrfagleg og med konkrete mål (Tonnesen et al., 2012). Tonnesen et al. (2012) påpeikar at dei opplevde det som vanskeleg å formidle den rehabiliterande tankegang til kollegaer. Dei opplevde at tilsette i heimesjukepleien ikkje var optimalt inkludert og at rolle- og ansvarsfordeling var lite tydeleg (Tonnesen et al., 2012). Det blir i studien lagt vekt på viktigheita av at alle er villige og motiverte for å inngå i eit samarbeid der ein arbeidar saman mot eit felles mål, har felles ansvar for resultatet, god kjennskap til både sin eigen og andre sin faglige kompetanse, høgt informasjonsnivå og villigheit til å dele kompetanse og informasjon (Tonnesen et al., 2012). Gjennom prosjektet opplevde fleire av ergoterapeutane "å endeleg få

være ergoterapeut”, at ”faget” vart meir synleg og at fagkompetansen vart etterspurt på ein anna måte enn tidlegare. Tonnesen et al. (2012) løftar fram at ergoterapeutar har ei stor veiledande rolle ovanfor heimetrenarane, og at dei difor har behov for meir kompetanseutvikling på dette området.

1.7.3. Reablement og heimerehabilitering

Utanfor Skandinavia har kvardagsrehabilitering oppstått i blant anna Storbritannia, USA, Australia og New Zealand uavhengig av kvarandre (Tuntland & Ness, 2014). Tuntland & Ness (2014) beskriv at desse landa truleg har dei same samfunnsøkonomiske og demografiske utfordringane som Noreg no står ovanfor, noko som har pressa fram nytenking i offentlege heimebaserte tenester. Desse tilsvarande rehabiliteringsformene blir kalla ”reablement” i Storbritannia, ”active service model” i Australia og ”restorative home support” i New Zealand og USA (Parsons, Sheridan, Rouse, Robinson, & Connolly, 2013). For å synleggjere kva vi veit om feltet i dag, vel eg å gi ei kort innføring i ”reablement” frå Storbritannia. I tillegg vil eg beskrive heimerehabilitering, som eg ser på som nærliggande til kvardagsrehabilitering, da rehabilitering føregår i brukar sine vante omgivnader.

I Storbritannia definerer dei ”reablement” som ei intensiv, tidsavgrensa, tverrfagleg og heimebasert intervensjon for personar med dårleg fysisk og/ eller mental helse (Ryburn, Wells, & Foreman, 2009). Målet er at brukarane skal hjelpast til å lære eller re-lære dei ferdigheitar som det vert stilt krav til for at dei skal meistre sjukdom og delta maksimalt i daglige aktivitetar (Ryburn et al., 2009). Dette illustrerer tydelege likheitstrekk med kvardagsrehabilitering, både når det gjeld strukturen på arbeidsmetoden og målet for brukargruppa. Glendinning et al. (2010) beskriv ”reablement”, som ein kortvarig intervensjon som skal støtte eldre til å igjen lære ferdigheitar som aukar deira mogelegheiter for å være sjølvstendige. Dei har studert langtidseffekten av dette, der resultat visar at intervensjonsgruppa har signifikant betre effekt på helselatert livskvalitet etter tolv månader enn kontrollgruppa (Glendinning, Jones, Baxter, Rabiee, & Curtis, 2010). Denne helselaterte livskvaliteten inneber ei forbetring av mobilitet, eigenomsorg, daglige aktivitetar, smerter, angst/ depresjon og generell helse (Glendinning et al., 2010). Dette synleggjer at ”reablement” truleg gir mange av dei same helsegevinstane for brukar som kvardagsrehabilitering er meint å gjere. College of Occupational Therapists (2011) framhevar at ”reablement” har som mål å maksimera brukar sin grad av sjølvstendigheit ved å fjerne barrierar i omgivnader, auka sjølvtiliten og hjelpe brukar til å lære seg praktiske

ferdigheit på nytt. Dette synleggjer igjen tydelege likheitstrekk med kvardagsrehabilitering. I eit heimetenesteprojekt i UK såg ein at brukarane i "reablement" programmet hadde ein markant auke i sjølvstendigheit og funksjon (Littlechild, Bowl, & Makta, 2010), noko som indikerer at brukarane blir meir aktive. "Reablement" har skapt auka brukartilfredsstilling, og visar seg også å vera kostnadseffektivt i forhold til andre helse- og sosial tenester (Boniface, Mason, Macintyre, Synan, & Riley, 2013).

Rabbiee & Glendinning (2011) beskriv i sin studie at "reablement"-personalet skal observere og vurdere brukar sitt potensial, og deretter i nært samarbeid med brukar gi dei den støtta dei treng for å nå sitt fulle potensial. Dei løftar vidare fram at personalet skal lata brukar ta kontroll, samtidig som ein skal bygge opp deira sjølvtilitt og oppmuntre til å bli meir sjølvhjelpen (Rabbiee & Glendinning, 2011). Dette liknar på oppgåveorientert trening som blir mykje brukt i kvardagsrehabilitering, noko som indikerer at arbeidsforma liknar kvardagsrehabilitering. Desse likheitstrekk synleggjer at problemstillingar som blir reist rundt kvardagsrehabilitering også kan vera gjeldande for andre rehabiliteringsformer internasjonalt. Helsearbeidarar verdset råd om rehabiliteringsteknikkar frå ergoterapeutar for å få til utvikling (College of Occupational Therapists, 2011). Ein studie gjort av Wilde & Glendinning (2012) synleggjer at dersom brukar sitt mål ikkje blir ivaretatt, kan det lede til frustrasjon og demotivasjon. Viss det ikkje blir satsa på aktivitetar som er meiningsfulle for brukarar eller pårørande, kunne gevinsten av "reablement" bli redusert (Wilde & Glendinning, 2012). College of Occupational Therapists (2011) har gjort ei oppsummering av vitenskapleg og praktisk evidens om "reablement" som visar at ergoterapeutar har ei nøkkelrolle her fordi dei har ferdigheitene og ekspertisen som skal til for å trene helsepersonell i å utøve "reablement" (College of Occupational Therapists, 2011). Dette får meg til å ville finne ut kva ferdigheit og ekspertiser ergoterapeutane har i kvardagsrehabilitering og om dei opplever å ta ei nøkkelrolle der?

Heimerehabilitering, rehabilitering som føregår i heimen til brukar, har også fleire likheitstrekk med kvardagsrehabilitering, så vi skal sjå litt på kva dette er. I ein canadisk studie fann dei at i heimebasert rehabilitering med eldre opplevde brukarane at dei i større grad fekk ta del i sitt eige liv (Vik, Nygård, Borell, & Josephsson, 2008). Vik et al. (2008) seier vidare at brukarane hadde sterke ønskje om å ha kvardagslivet som utgangspunkt for rehabiliteringa, være agentar i eige liv, ta avgjersler, og ta del i kvardagslivet (Vik et al., 2008). Dette støttar oppunder at brukar er fornøgd med å ha ei aktiv brukarrolle, som det også er lagt opp til i kvardagsrehabilitering. Individet sine motor- og prosessferdigheit blir påverka av det miljøet dei blir utført i, og for at ergoterapeutar skal vite korleis brukar utfører kvardagsaktivitetar må

evalueringa av dette skje i dette heimemiljøet (Toneman, Brayshaw, Lange, & Trimboli, 2010). Dette kan sjåast i samanheng med det som er knytt til litteraturen om oppgåveorientert tilnærming som er ein sentral tilnærming i kvardagsrehabilitering. Eg vil forske på korleis informantane opplever å drive rehabilitering i heimen gjennom kvardagsrehabilitering. Ein studie av Cook et al. (2013) belyser at langtidsbrukarar med muskel- og skjelettskadar i eit heimerehabiliteringsprogram forbetrar helsa si etter intervensjon med ergoterapeut og fysioterapeut. Same studie visar også at investering i ein relativt kortvarig ergo- og fysioterapiservice sparar helsesystemet for pengar på lang sikt (Cook et al., 2013). Dette i form av at brukarane blir meir aktive og såleis klarer seg betre på eiga hand.

Tverrfagleg heimerehabilitering reduserer funksjonshemming hos eldre brukarar (Stott et al., 2006), og ein individualisert heimebasert ergo- og fysioterapi intervensjon kan auke sjølvtilitt (self-efficacy) til bevegelseshemma eldre (Sanford et al., 2006). Doig et al. (2011) sin studie visar at brukarane opplevde heimerehabilitering meir som det verkelege liv, i kontrast til rehabilitering på institusjon som vart opplevd meir som einsidig simulering av aktivitetar. Forholdet til terapeutane i heimerehabiliteringa vart opplevd som vennskap der terapeutane var besøkande, medan på sjukehuset vart terapeutane karakterisert som sjefar eller lærarar (Doig, Fleming, Cornwell, & Kuipers, 2011). Terapeutane beskriv meir terapeutiske fordelar og moglegheiter når aktivitets- og deltakingsretta tiltak gjekk for seg i brukaren sitt naturlege miljø (Doig et al., 2011). Doig et al. (2011) seier vidare at familiemedlemmane føretrekte heimerehabilitering framfor rehabilitering på institusjon. Desse forskingsresultata synleggjer fleire fordelar med at rehabilitering bør finna stad i brukar sin heim, noko som har gjort meg interessert i å sjå på kva desse fordelane går ut på.

1.8 Hensikt og problemstilling

Hensikta med denne studien er å belyse korleis ergoterapeutar frå fleire norske og ein svensk kommune erfarer kvardagsrehabiliteringa. Problemstillinga eg skal belyse er:

”Kva erfaringar har ergoterapeutar med kvardagsrehabilitering?”

Underproblemstillingar eg ønskjer å belyse er:

”Kva betydning har aktivitet i kvardagsrehabilitering?”

”Korleis erfarer ergoterapeutane at dei fyller rollane sine i kvardagsrehabilitering?”

”Kva kunnskap opplever ergoterapeutane å ha for å kunne utøve kvardagsrehabilitering?”

”Korleis erfarer ergoterapeutane det tverrfaglege samarbeidet ?”

1.9 Studien si oppbygging og struktur

Eg vil no presentere resten av innhaldet i oppgåva. I kapittel 2, teorikapittelet, vil eg presentere studien sitt teoretiske rammeverk, som har til hensikt å belyse ulike tema relatert til fokuset mitt. I kapittel 3, metodekapittelet, vil eg gjere greie for den metodiske framgangsmåten som studien bygger på, min eigen rolle som forskar og etiske avgjersler. I kapittel 4, resultatkapittelet, blir funna frå svenske og norske informantar presentert saman. I kapittel 5, diskusjonskapittelet, presenterer eg hovudfunn diskutert i lys av det teoretiske rammeverket, der store kontrastar mellom norske og svenske funn blir framheva. Eg avsluttar diskusjonskapittelet med å løfte fram metodekritikk og resultata si praktiske relevans og forslag til vidare forskning. Studien blir summert opp med ein konklusjon.

2.0 STUDIEN SITT TEORETISKE RAMMEVERK

I dette kapitlet vil eg ta for meg teori som eg opplever er relevant for å belyse problemstillinga mi. Eg har valt å starte med å presentere profesjonsteori for å gi ei ramme rundt ergoterapiprofesjonen. Vidare i kapitlet vil eg sjå på kva teorien seier om rollar og tverrfagleg samarbeid, då eg oppfattar dette som viktige element for å kunne lukkast med kvardagsrehabilitering. Det vil deretter bli beskrive teori rundt profesjonskamp, før det til slutt blir ein presentasjon av brukarmedverknad og brukarstyring.

2.1 Profesjonsteori

Ergoterapi er ei profesjonsutdanning, og eg vil no sjå litt nærare på kva som ligg i ordet profesjon, og kva slag kunnskapsgrunnlag som er viktig for denne yrkesgruppa.

Profesjon blir beskrive som kunnskapsbaserte yrker (Molander & Smeby, 2013), og er i hovudsak måten samfunnet i dag institusjonaliserer ekspertise på feltet (Abbott, 1988). Legeyrket er det mest utprega profesjonsyrket, medan andre yrker i helse- og sosialsektoren blir ofte blir sett på som semiprofesjonar (Molander & Smeby, 2013). Molander & Smeby (2013) beskriv semiprofesjon som ei namngiving av yrker som ikkje har utvikla eit eige vitskapleg kunnskapsgrunnlag. Det er ofte forbunde med meir erfaringsbasert- og mindre vitskapsbasert kunnskap (Repstad, 2004), som vil seie kunnskap ein har lært gjennom å praktisere kunnskapen. Lauvås & Lauvås (2004) synleggjer at det i dei siste 20-30 åra har komme mange nye profesjonar og yrkesgrupper i helsevesnet. Eksemplar er psykologar, pedagogar, sosionomar, fysioterapeutar, ergoterapeutar og vernepleiarar (Lauvås & Lauvås, 2004).

Det er fleire hierarki med kunnskap, og det er eit praktisk produkt ut frå korleis menneske samhandlar med verden heller enn eit abstrakt produkt frå den menneskelege tanke (Nairn, 2012). Det finst eit kunnskapshierarki i forhold til kva som blir rekna som god kunnskap og i følge Higgs et al. (2004) kan profesjonell kunnskap delast inn i tre kategoriar. Den første er propositional kunnskap, som er teoretisk kunnskap som ein kan lese seg til (Higgs, Andresen, & Fish, 2004). Higgs et al. (2004) seier den andre kategorien er kunnskap som profesjonelt handtverk. Den består av både generell profesjonell kunnskap, som praktisk erfaring og

kunnskap lært med spesifikke brukar i spesifikke situasjonar. Den tredje kategorien er personleg kunnskap henta gjennom livserfaringar frå samfunnet og kulturen ein lever i (Higgs et al., 2004). Dette synleggjer at profesjonell kunnskap er samansett av ulike typar kunnskap. Higgs et al. (2004) beskriv vidare at profesjonelle må utøve kunnskapspraksis eksplisitt ved å bruke ferdigheitar til refleksjon, teoretisering, kritisere forskning og utvikle praksiskunnskap, noko som synleggjer utøvinga sin kompleksitet.

Dei som jobbar i profesjonsyrka har praktiske funksjonar som krev praktisk kunnskap. Brodtkorb & Rugkåsa (2009) beskriv at tenesteproduksjonen i desse yrka blir til gjennom kommunikasjon i møte mellom menneske, og ikkje berre gjennom praktisering av det ein lærer gjennom bøker. Praktisk kunnskap er kroppsleg, og blir tileigna gjennom personleg erfaring (Molander & Terum, 2008). Dette er erfaringskunnskap, som i følge Gjørøseter (2013) er undervurdert i læringsprosessar som motverkar ei heller teoretisk overflatelæring. Gjørøseter (2013) seier vidare at når praktisk erfaringskunnskap blir tilført teoretisk kunnskap oppstår det djubdelæring. Dette forutset kontekstuell kunnskap og forståing (Gjørøseter, 2013), noko som synleggjer ei dynamisk utvikling der begge kunnskapsformar er relevante.

Taus kunnskap er ein annan form for kunnskap. Dette kan ein definere som ein utvikla intuisjon som det er vanskeleg å verbalt artikulere (Dreyfus & Dreyfus, 1986). Det er kunnskap som ein ikkje har eit bevisst forhold til, fordi handlingane har blitt ei rutine eller fordi kunnskapen aldri har blitt omgrepsfesta og/ eller språkleggjort. Lauvås & Lauvås (2004) seier at taus kunnskap såleis er ein del av den erfaringsbaserte kunnskapen. Denne kunnskapen er sterkt kulturelt betinga og blir bygd gjennom lang erfaring (Brodtkorb & Rugkåsa, 2009).

Upton, Stephens, Williams & Scurlock- Evans (2014) synleggjer i sin studie at ein i medisinen går vekk frå den tause kunnskapen ved at "evidence- based medicine" veks fram. Teoretisk kunnskap er den høgste anerkjente kunnskapen fordi den blir rekna som den mest pålitelige og etterprøvbare (Brante, 2011). Brodtkorb & Rugkåsa (2009) er og klar på at det no er ein aukande trend blant profesjonane å støtta seg på "evidence based" kunnskap. Det vil seie at ein byggjer på den vitskaplege kunnskapen, som såleis får høgare status enn den praktiske kunnskapen. Oppi dette er det ikkje så lett å dokumentere kommunikasjons-ferdigheitene, som og er vesentleg for at tenesta skal bli god (Brodtkorb & Rugkåsa, 2009). Ut frå dette ser ein at det er eit auka press for ergoterapeutar om å adaptere evidence- basert praksis i sine arbeidsrutinar (Upton, Stephens, Williams, & Scurlock-Evans, 2014).

2.2 Rollar

Eg oppfattar rollar som ein sentral del av problemstillinga og tenkjer difor det er viktig å sjå litt meir på kva teorien seier om dette. Når fleire faggrupper skal samarbeide blir det viktig å undersøke korleis rolleavklaring kan påverke samarbeidet.

Goffman (2004) seier at rollar er sosialiseringen si grunneining. Han beskriv at ei rolle består av den aktiviteten rolleinnhavaren vil utføre dersom han/ho utelukkande handlar ut frå dei normative krav som blir stilt vedkommande i den gitte posisjonen. Ein må da ta på seg ulike handlingar som høyrer til denne rollen (Goffman, 2004). Vidare blir det sagt at ein posisjon som regel er symbolisert med status, og posisjonane får ein sosial verdi som gir den som utfyller posisjonen ei tilsvarande mengde med prestisje. Goffman (2004) beskriv at ein kan oppretthalde eller øydelegge systemet ut frå rollen.

I ein sosial organisasjon er planlegging av rollar viktig (Goffman, 2004). Dette for å klarlegge kven som skal gjere kva. Å handle ut frå ei rolle som ein er trygg på kan skape eit effektivt samarbeid (Repstad, 2004). Når ein endrar ei rolle innanfor eit gitt sosialt system skapar det konsekvensar for dei andre rollane i samarbeidet (Lauvås & Lauvås, 2004). I tverrfagleg samarbeid har ein ofte lite kjennskap til dei andre yrkesgruppene sine rollar og dei fleste er mest interessert i å utvikle eigen rolle (Romedal & Karlsen, 1976), noko som belyser at det kan vera nødvendig med rollespesifisering. I følge Repstad (2004) er det viktig å avklare forventningar til rollen, og mangel på fastlagte rollar kan fort bli eit problem. Dette forstår eg som at utan avklarte rollar kan det fort bli kaos rundt kven som gjer kva, og tenestetilbodet kan bli rotete og mangelfullt. Eg definerer rolleavklaring i denne konteksten som at ansvars- og arbeidsområder er avklarte mellom dei ulike deltakarane i det tverrfaglege samarbeidet. Manglande rolleavklaringar kan og føre til at ein kjem i konflikt med innhavarar av andre rollar (Repstad, 2004). Repstad (2004) beskriv at rollekonflikt oppstår når det er motstridande normer og forventningar til kva rolleinnhavaren skal gjere.

Eit positivt aspekt med ei ny rolle er at det kan bli skapt ny aktivitet, nye haldningar og nye relasjonar som gjer at ein må ta eigen rolle og funksjon opp til ny vurdering (Lauvås & Lauvås, 2004). Det kan og oppstå situasjonar der det er einigheit om kva oppgåver som er viktige, men der det ikkje er tid til å fylle oppgåvene (Repstad, 2004). Dette er relevant å ta med i betraktning når kvardagsrehabilitering skal innførast. Korleis skal ein organisere tenesta slik at ein får gjort

dei oppgåvene som er påkrevd? Ein har lett for å ville halde seg til dei som støttar oppunder eigen oppfatning av sin eigen rolle for å styrke rolleidentiteten (Martinussen, 1986). Dette kan også skuldast rolleinnehavarane si bekymring for å miste sjølvstendigheit, yrkesidentitet og eigenart (Østerberg, 1977). Kommunikasjon om forventningar til ei rolle aukar sjansen for å komme fram til einigheit rundt rolleutforminga (Borum, 1976). Borum (1976) seier vidare at rolleavklaring først og fremst er for å ivareta brukaren sitt behov og ikkje rolleinnhavaren sitt.

I kvardagsrehabilitering, som er eit nytt felt, kan det tenkjast at rolleavklaring kan vera viktig for å få tenesta til å fungere optimalt.

2.3 Tverrfagleg samarbeid i kvardagsrehabilitering

I arbeidet med kvardagsrehabilitering er det mange faggrupper som er involvert. Vi skal difor vidare sjå litt på kva teorien seier om tverrfagleg samarbeid.

Lègarè et al. (2010) synleggjer gjennom sin studie om tverrfagleg samarbeid at tid, mangel på ressursar og ei ubalanse i makt er barrierar for tverrfagleg samarbeid. Dette ser eg på som viktige element ved innføring av kvardagsrehabilitering, då ein har sett at ei av utfordringane ligg i at det er for "få hender" til å hjelpe. Utdanning og trening for å oppnå tverrfagleg samarbeid, lik kunnskap og ei forståing av dei ulike disiplinane sine rollar er styrkar for det tverrfaglege samarbeidet (Légaré et al., 2010). Dette synleggjer at tydelege rolleavklaringar er viktig for at det tverrfaglege samarbeidet skal fungere. Bredland et al. (2002) er klare på at enkelte faggrupper ikkje kan "monopolisere" oppgåver eller brukargrupper fordi det kan føre til at ein ikkje får utnytta potencialet som ligg i tverrfaglegheita. Det vil seie å hindra andre grupper i å utvide sitt kompetanseområde eller arbeidsområde ved å unngå å gi veiledning eller dele av eigen kunnskap, for å verne og markere eige arbeidsområde (Bredland, Linge, & Vik, 2002). Bredland et al. (2002) seier at ei vanleg form for proteksjonisme hos alle yrkesgrupper er å vere redd for at andre overtek arbeidsoppgåver dersom ein gir av sin eigen kunnskap. Ein treng ikkje å vere redd for dette, då ein ser at desto meir ein gir av sin kunnskap, desto meir ser andre yrkesgrupper nytten i deg og di yrkesgruppe (Bredland et al., 2002). Dette synleggjer at det kan vera tenleg å dele fagkompetanse på tvers av yrkesgrupper. Eit anna fenomen er dette med å "hevde seg" i forhold til andre yrkesgrupper. Bredland et al. (2002) framhevar at behovet

for å ”hevde seg” avtek etterkvart som ein opplever å bli verdsett. For å stille seg open ovanfor andre i samarbeidssituasjonen krev det ein trygg forankring i eige fag gjennom ein sterk fagidentitet og støttande miljø (Bredland et al., 2002).

Brodtkorb & Rugkåsa (2009) løfter fram at tverrfagleg samarbeid kan vera vanskeleg fordi ulike fagbakgrunnar har ulike fokus, tolkingar og vurderingar av brukaren sin situasjon og ulike prioriteringar av tiltak. Veiden & Burkeland (1999) seier at tverrfagligheit er eit ideal om at ein ikkje skal bli blind i eige fag. Vidare at fleire faggrupper må vera representert for å kunna studera eit sosialt fenomen utfyllande. Ei utfordring er at dette kan bli motarbeida når medlemmar av profesjonen vil framheve sitt eige fag på bekostning av andre profesjonar (Veiden & Burkeland, 1999). Utfordringar ved samarbeid blir av Bredland et al. (2002) beskrive som forutintatte haldningar mellom yrkesgruppene, og for å få til samarbeid må ein ta eit oppgjær med dette. Ein må erkjenne at ein er ”ekspert” på kvar sin del av heilheiten og våge å sjå at sitt eige syn eller fagområde ikkje alltid er det beste (Bredland et al., 2002).

Ved å utvikle felles omgrep kan ein styrke kommunikasjonen og det blir lettare å samarbeide (Tuntland & Ness, 2014), noko som er viktig for at fagkunnskapen blir formidla og integrert, slik at dei rette avgjerslene blir tatt. Robinson & Cottrell (2005) belyser i sin studie at ein må ha klarere felles mål, investere tid i team-building øvingar og la teamet få utvikle eit felles språk. Kommunikasjon, avklaring av rollar og ansvar er ulike strategiar for å overkomme barrierar og styrke teamsamarbeidet (Robinson & Cottrell, 2005). Robinson & Cottrell (2005) seier vidare at ei manglande rolleavklaring kan påverke kommunikasjonen, og ein må vera bevisst på om eigen profesjon sin fagterminologi utelukkar andre profesjonar si deltaking i kommunikasjonen. Lauvås & Lauvås (2004) peikar også på at på arbeidsplassar der det er innarbeida faste rollar er metakommunikasjonen (å snakke om korleis ein kommuniserer) meir klar og tydeleg, der alle er innforstått med kva som skal gjerast. Når det skal utviklast nye samarbeidsformar kan metakommunikasjonen bli meir uklar, ”bremsane” kan komme på, og ein kan risikere å gå tilbake til slik det var før (Lauvås & Lauvås, 2004). Dette kan såleis vere med å belyse kvifor motstand til endringar kan oppstå. Dei ulike profesjonskulturane må skapa eit felles tverrfagleg verdigrunnlag og ei forståing og aksept for ulike profesjonskulturar (Månsson, 2007). Kvardagsrehabilitering sitt ”paradigmeskifte” gir meir fokus på eit helsefremmande perspektiv med stor vekt på ressursar, mogelegheiter, optimisme og mestring (salutogenese). Tuntland & Ness (2014) peikar vidare på at dette kan utfordre helsepersonell som er vant til å vektlegge diagnose og sjukdom (patogenese) (Tuntland & Ness, 2014).

Tverrfagleg samarbeid er ei heilheitleg tilnærming på teamarbeid for å nå felles mål, og er nødvendig i rehabilitering fordi oppgåvene er samansett og krev ei samordna og heilheitleg tilnærming (Bredland et al., 2002). Bredland et al. (2002) beskriv at i dette arbeidet skal ein samordna ulike typar kompetanse der resultatet er forventa å bli betre enn om kvar enkelt løyste oppgåva kvar for seg. For at kvardagsrehabilitering skal nå målet om eit aktivt kvardagsliv, krev det eit tett forpliktande samarbeid, der alle fagpersonar må ha lik forståing av arbeidsform, jobbe mot dei same aktivitetsmåla og ha eigarskap som samsvarar med verdigrunnlaget og tankesettet rundt kvardagsmestring (Tuntland & Ness, 2014). Bredland et al. (2002) beskriv at det er viktig å prioritere ei tverrfagleg tilnærming rundt kartlegging, målsetting og oppsett av plan i dei første fasane av rehabiliteringsprosessen. Dette for at alle skal vere innforstått med målsetting og kva det skal trenast på. Bredland et al. (2002) beskriv at arbeidsoppgåvene i eit tverrfagleg samarbeid krev formell kompetanse (utdanning) der kvar enkelt sin spesialkunnskap blir utnytta fleksibelt med tanke på brukarane sine mål. I tillegg blir realkompetanse (kunnskap, erfaring, personlege eigenskapar) sett på som viktig, da det kan vera hensiktsmessig å lære kvarandre overlappande kunnskap (Bredland et al., 2002).

Tuntland & Ness (2014) legg vekt på at i eit tverrfagleg samarbeid må det etablerast felles fysiske møteplassar for regelmessige møter, veiledning og oppfølging. Dette fordi fysisk nærheit mellom teammedlemmene er ein føresetnad for at det kan diskuterast og justerast metodar frå dag til dag (Tuntland & Ness, 2014). Robinson & Cottrell (2005) hevdar også at samlokalisasjon ved å samle profesjonane i same bygning gjer det lettare å involvere alle. Bredland et al. (2002) beskriv at ved å diskutere ideologi og finne felles verdiar vil ein fremme samarbeidet. Det blir vidare beskrive at opplevinga av likeverdighet mellom personane i teamet er avgjerande for at kvar enkelt skal kunne utvikle seg og bidra med sine eigenskapar og kompetansar. Det er viktig med ein aksept for ulike profesjonskulturar (Tuntland & Ness, 2014). "Maktrappa" må forsvinne og samarbeidsstrukturen bør være prega av gjensidig respekt og interesse, ressursorientering, lik tilgang til informasjon i teamet og lik formeell innflytelse (Bredland et al., 2002). I følge Higgs et al. (2004) er det i utdanning og profesjonell utvikling eit sentralt fokus å lære å tenke, snakke, og skrive likt, noko menneske frå same profesjon vil ha ein tendens til å gjere (Higgs et al., 2004). For at brukar skal nå sine mål må den enkelte profesjon og yrkesgruppe bidra med sin særeigne kompetanse og spesialitet (Tuntland & Ness, 2014), noko som synleggjer behovet for eit fokus på ein kombinasjonen av å både jobbe fagspesifikt kvar for seg og å samarbeide. Alle har fagspesifikke områder, og når oppgåva er

krevjande innanfor det fagspesifikke området ”må” denne fagpersonen utføre oppgåva sjølv (Bredland et al., 2002). Vidare seier Bredland et al. (2002) at i andre fagområder kan det vere oppgåver som fleire faggrupper beherskar. I dei fellesfaglege arbeidsområda er ingen spesialistar på området, fordi det i stor grad handlar om kvardagskunnskap (Bredland et al., 2002).

2.4 Profesjonskamp

Vidare skal vi sjå kva teorien seier om dette med profesjonskamp. Sidan nye rollar skal fordelast i kvardagsrehabilitering ønskjer eg å finne ut om å profesjonskamp er noko informantane opplever pregar arbeidet.

Eksterne hendingar startar ofte profesjonsforandringar, der nye oppgåver kan bli skapt eller gamle øydelagt gjennom forandringar i organisasjonen eller teknologien (Abbott, 1988). I etableringa av den nye helsetenesta kvardagsrehabilitering, er det mange nye oppgåver og rollar som skal skapast. Profesjonane har lett for å ville ta vare på eigne interesser i staden for å finne løysingar som gagnar organisasjonen som heilheit (Flermoen, 2001). Eg oppfattar at dette er viktig i etableringa av kvardagsrehabilitering, då nye rollar skal fordelast og fleire profesjonar vil ha sin plass. Profesjonar kan bruke organisert makt til å innhente prestisje (Abbott, 1988). Flermoen (2001) poengterer at dette i stor grad handlar om profesjonskamp. Eit sentralt aspekt ved profesjonar er bandet mellom yrket og ei bestemt oppgåve som yrket i juridisk forstand har kompetanse til å utføre (Abbott, 1988). Abbott (1988) seier vidare at konkurranse om profesjonsstatus kjem til syne gjennom kva myndigheit profesjonen har på ulike områder der profesjonar definerer oppgåver som ”sine”. I alle organisasjonar er det nokon som med sin rolle, posisjon eller profesjon, påverkar og styrer andre grupper sitt arbeid utover det den formelle makta i stillinga tilseier (Lauvås & Lauvås, 2004). Lauvås & Lauvås (2004) seier vidare at det kan oppstå irritasjon, sinne og makteslausheit når samarbeidspartnerar ser på seg sjølv som ekspertar på områder som ikkje utan vidare er innanfor deira eksklusive fagkompetanse. Maktrelasjonar handlar om kven som legg premissar for kven som gjer kva (Veiden & Burkeland, 1999). Monopolisering av bestemte arbeidsoppgåver handlar om å ville bruke ekspertkunnskap og eksklusive ferdigheitar i tillegg til å få privilegium og skjerming frå marknaden (Molander & Terum, 2008). Abbott (1988) seier at makt mellom profesjonar kan

handle om å vinne ein konkurranse, men også om å hindre konkurranse å oppstå. Ulike faggrupper har ofte noko felles kompetanse, og det oppstår oftast konflikstar der faga overlappar (Erichsen, 1996). Dette synleggjer at det kan vera utfordrande med uavklarte rollar og arbeidsoppgåver.

Under tverrfagleg konkurranse kan det oppstå sosiale forandringar mellom profesjonane (Abbott, 1988), noko som kan vera gjeldande i etableringa av rollar i kvardagsrehabiliteringa. Rehabiliteringsverksemda og pleie- og omsorgsverksemda arbeidar med to ulike oppgåver, har forskjellige kulturar og ulike verdihierarki, og det vert difor viktig å redusere mytar og fordommar mot kvarandre (Bredland et al., 2002). Rehabiliteringsverksemda vil truleg alltid vere ein minoritetskultur i forhold til pleie- og omsorgskulturen, og treng derfor beskyttelse for å ivareta sin eigenart (Bredland et al., 2002). Samtidig seier Repstad (2004) at ufaglærte har eit svakare vern mot kritikk og moralske dilemma enn dei profesjonelle med sin faglege ideologi.

2.5 Brukarmedverknad og brukarstyring

Sist i dette kapitlet vil eg belyse brukarperspektivet. Dette er teori som verken omhandlar informantane eller profesjonane i oppgåva, men er likevel viktig i kvardagsrehabilitering. Dette fordi brukarstyring er eit av grunnprinsippa i kvardagsrehabilitering og er såleis eit sentralt fokus gjennom heile prosessen.

Seim & Slettebø (2007) beskriv at brukarperspektivet handlar om at den profesjonelle eller tilsette skal ha brukaren sine interesser og behov i fokus. Eit kriterium i kvardagsrehabilitering er at det skal vera brukarstyring og ikkje berre brukarmedverknad (Ness et al., 2012). Eg vil derfor beskrive nokre forskjellar på desse to formene, sjølv om det er meir tilgjengeleg litteratur på brukarmedverknad enn brukarstyring.

Brukarmedverknad er basert på prinsippa om menneskeverd og likeverd, med fokus på at kvart enkelt menneske har friheit til å bestemme over eige liv (Hanssen, Humerfelt, Kjellebold, Norheim, & Sommerseth, 2010). Det handlar om at brukaren av helsetenesta får innflytelse på avgjersleprosessar og utforming av tenestetilbodet (Johansen & Solbjør, 2012). Arnstein sin modell for brukarmedverknad ”a ladder of citizen participation” som kom ut i 1969 har vore

ein viktig bidragsytar til å sette fokus på dette i helsevesenet (Tritter & McCallum, 2006). I modellen blir deltakinga målt ut frå kor stor makt ein har til å ta avgjersler (Arnstein, 1969). Modellen får kritikk for å ignorere viktige aspekt som omhandlar tillit i prosessen, spenningen mellom dei involverte og evaluering av kva grad brukar er involvert (Tritter & McCallum, 2006). Tritter & McCallum (2006) seier at det er behov for å bruke tid på å skape tillit til brukar, bygge konsensus rundt målsetting og finne brukar sitt ønskja deltakingsnivå, noko som tidlegare ikkje har vore i betraktning. Dette synleggjer sentrale element som bør vurderast når det blir jobba med brukarmedverknad.

Hanssen et al. (2010) peikar på at ein gjennom brukarmedverknad kan bidra til sjølvutvikling og sjølvrealisering, og ikkje minst betra maktbalansen mellom brukar og den offentlege forvaltning/ hjelpeapparat. Brukarmedverknad blir beskrive som relasjonen mellom tenestemottakar og tenesteutøvar, der tenestemottakaren deltek aktivt og har innflytelse på avgjersler som angår eiga helse og velferd (Seim & Slettebø, 2007). Brukar si deltaking og innflytelse vil variere, men målet er at brukar sjølv opplever å medverke i den grad det er ønskjeleg ut frå behov og føresetnader (Eriksen, 2007). Johansen & Solbjør (2012) seier at brukarmedverknad heng saman med "empowerment" der brukar ikkje blir objekt for profesjonsmakt, men heller får kunnskap og blir frigjort til å ta egne val. Det skal respekterast om brukar ikkje ønskjer å medverke i enkelte tilfelle (Syse, 2009).

Brukarstyring handlar om at brukar etterkvart skal styre over eige liv igjen, der brukarmedverknad blir betrakta som "ei midlertidig ordning" på veg mot dette (Bredland et al., 2002). Bredland et al. (2002) framhevar at målet for rehabilitering må vera brukarstyring, som er at brukar skal ta styringa over eige liv etter fullført rehabilitering. Rise et al. (2011) belyser at det er ulike oppfatningar av innhald i definisjonar på brukar si involvering i helsetenester. Det offentlege tenesteapparatet og brukarane har ulike verdiar knytt til dei tre kjerneaspekta respekt, dialog og likeverdig innflytelse på avgjersler (Rise et al., 2011). Dette synleggjer at det er utfordrande å definere eit klart skilje mellom brukarstyring og brukarmedverknad da det er ulike verdiar knytt til innhaldet i kjerneaspektet. Rise et al. (2011) seier at forskjellar som blir trekt fram er at tenesteytarane opplever respekt som at ein ser og høyrer brukar, ser på brukar som ein likeverdig del og tek brukar seriøst. Brukarane opplever respekt som det å bli lytta til og tatt på alvor (Rise et al., 2011). Rise et al. (2011) framhevar at det er ei einigheit om at dialog handlar om at begge partar er likeverdige eigarar av kunnskap og at tenesta skal få eit godt utfall gjennom ein respektfull dialog med brukar. Likeverdig innflytelse på avgjersler blir av begge

partar opplevd som å bestemme handlinga i lag. Det er behov for å tilpasse avgjersleprosessen ut frå økonomiske og organisatoriske avgrensingar, brukar sin sjukdomstilstand og ønskjer (Rise et al., 2011). Tenesteytarane i studien trur at brukarane ønskjer å være ansvarlige for endeleg avgjersler på eigahand. Dette blir motsagt av brukarane som opplever at det å måtte ta alle avgjersler sjølv er det motsette av å bli involvert. Dei ønskjer heller å gjere dette i fellesskap for å nå felles plattform (Rise et al., 2011). Dette synleggjer at brukar ikkje alltid ønskjer full brukarstyring, men heller eit felles samarbeid som er noko tenesteytarane må ta i betraktning. Ulike verdiar rundt kjerneomgrepa visar også at tenesteytarar og brukarar står i fare for å snakke forbi kvarandre, noko som kan vera ei barriere i implementeringa (Rise et al., 2011).

Gjennom brukarmedverknad blir tiltak basert på det som er viktig for brukar og ikkje det hjelparen meiner er rett (Vatne, 2007). Vatne (2007) seier vidare at ved aktivisering i eigen behandlingsprosess kan ein bli friskare. I helsetenesta er det eit spenningsforhold mellom å sjå på brukaren som ein fullverdig borgar opp i mot det å sjå på han som pasient som ikkje kan ivareta seg sjølv (Vatne, 2007). Mogelegheit til å medverke vil bli påverka av om ein har nødvendig kompetanse for å gjere informerte val, kompetanse til å ta avgjersler, om ein blir invitert til å komme med sine vurderingar og ønskjer i saken og korleis dei ulike aktørane sitt syn blir vektlagt når avgjersler skal takast (Hanssen et al., 2010). Dette synleggjer dei profesjonelle sitt viktige bidrag med å legge til rette for at brukar får lov å komme på bana. Gjennom å skape ein trygg relasjon og være lydhør kan ein legge til rette for at brukaren får komme fram med sine synspunkt (Hanssen et al., 2010). Dette illustrerer at trygghet i relasjonen blir eit viktig mål. Vatne (2007) peikar på at det etiske ansvaret som helsepersonellet har er å avvege balansen mellom individuell friheit med sikkerheit, trygghet og omsorg, basert på fagleg kunnskap. Så for å gjere ei hensiktsmessig vurdering av medverknad må helsepersonellet ta både eit moralsk omsorgsansvar og eit vurderingsansvar (Vatne, 2007). Brukarmedverknad kan tilføre tenestene ny kunnskap og dermed effektivisere dei (Mizrahi, Humphreys, & Torres, 2009).

Brukarmedverknad er ei lovbestemt rettighet (Pasientrettighetsloven, 1999). Å omstille offentlege tenester basert på brukarane sin ekspertise er nødvendig (Tritter & DPhil, 2009). Det er avgrensa konseptuelt og teoretisk arbeid for å underbygge politikk og praksis rundt brukarmedverknad. Tritter & DPhil (2009) belyser at det er ikkje berre forholdet mellom brukar og tenesteytar som må takast i betraktning, men også kulturen i helsetenesta og staten sitt

ansvar. Å skape dialog, dele problem, identifisere avgrensingar og oppfordre til innovative avgjersler er essensielt og krev mot (Tritter & DPhil, 2009).

3.0 METODE- EI KVALITATIV TILNÆRMING

I dette kapittelet vil eg gjere greie for korleis eg har gjennomført studien min.

3.1 Metodeval og design

Hensikta med denne studien er å sjå på ergoterapeutar sine erfaringar med kvardagsrehabilitering. Kvalitative data kommuniserer informantane sine erfaringar ut frå deira livsverden (Patton, 2002), og eg ser derfor på kvalitativ metode som ein godt eigna metode for å finne svara på problemstillinga mi. Gjennom kvalitativ forskning blir det søkt svar på korleis sosial meining blir skapt og gir meining (Dezin & Lincoln, 1998). Dezin & Lincoln (1998) beskriv at denne forskingstilnærminga kan ein og nytte til å sjå på korleis forholdet mellom forskaren og det som skal studerast formar forskingar Det kvalitative forskingsintervju har som formål å, ut frå intervjupersonen sitt perspektiv, forstå sider av informanten sitt daglegliv og fortolke meininga med dei sentrale tema som kjem fram (Kvale & Brinkmann, 2012). Min intensjon har vore å ta del i informantane sine erfaringar, tankar og følelsar (Thagaard, 2003), og eg valte derfor det kvalitative forskingsintervju som datasamlingsmetode. Dette er godt eigna for å forstå verden frå subjektet sin ståstad, og for å avdekka oppleving av meining i forhold til erfaring (Dezin & Lincoln, 1998). Det opnar derfor opp moglegheiter til å komme tett innpå dei menneska som erfarer fenomenet ein ønskjer kunnskap om (Patton, 2002). Patton (2002) seier vidare at som forskar må ein ha den openheita som trengs for å forstå det ein studerer. Dette betyr vel mellom anna at ein må vere minst mogleg forutinntatt.

Under intervjuet vert det brukt ein intervjuguide (vedlegg 2) med ferdig formulerte spørsmål, stikkordsforma hjelpespørsmål og tilleggstema (Tjora, 2012). Ein står fritt til å utforske innhaldet i spesifikke tema i intervjuguiden ut frå den avgrensa tida intervjuet føregår (Patton, 2002). Eg vel å bruke eit semistrukturert intervju med ein intervjuguide. Dette for å få fram dei ulike tema som skal undersøkast, og samtidig kunne beskrive livsverden til intervjupersonen og fortolke betydinga av fenomenen som kjem fram (Kvale & Brinkmann, 2012). Kvale & Brinkmann (2012) beskriv vidare at det semistrukturerte intervjuet har ein bestemt metode og spørjeteknikk, sjølv om intervjuet er lik den daglege samtalen. Eit kjenneteikn på denne

intervjuforma er at intervjuguiden fungerer som ein lede-tråd inn mot dei tema ein vil undersøke (Kvale & Brinkmann, 2012).

I mine intervju stilte eg opne spørsmål, var open for uventa fenomen (Kvale & Brinkmann, 2012), og gav informantane mogelegheit til å fortelje i djubden der det var behov for det (Tjora, 2012). Dette gav ein fleksibilitet i intervjusituasjonen der nye spørsmål kunne formulerast eller rekkefølgja endrast på bakgrunn av det som kom fram i intervjuet (Patton, 2002). Slik fekk eg mogelegheit til å stille oppfølgings-spørsmål og dreie samtalen mot det eg ønska å få belyst. Forskingsintervjuet søker ei dialogisk tilnærming som legg til rette for at alle partar deltek og lyttar til kvarandre (Järvinen & MikMeyer, 2005) der interaksjonen er meningssskapande (Kvale & Brinkmann, 2012). Sidan det er ei kvalitativ tilnærming, var det viktig at deltakarane bidrog med data som var fyldig og rik på informasjon (Patton, 2002).

3.2 Rekruttering av informantar

Rekruttering av informantar starta med at eg tok kontakt med Norsk ergoterapeutforbund for å få informasjon om kva kommunar som hadde lengst erfaring med kvardagsrehabilitering. Vidare var eg i april 2013 på kurs om ”Kvardagsrehabilitering og kvardagsmestring” i regi av Norsk ergoterapeutforbund. Der fekk eg innspel til kva kommunar eg kunne kontakte og tok direkte kontakt med ergoterapeutar som var i målgruppa. For å komme i kontakt med fleire informantar sendte eg e-post til fagleiarar for ergoterapeutar i seks kommunar i Noreg og ein i Sverige. Då det er få ergoterapeutar som praktiserer kvardagsrehabilitering i kvar av dei norske kommunane vart det eit naturleg val å inkludere fleire kommunar for å få nok informantar og eit mangfald i materialet. Studien representerer derfor informantar med erfaringar frå ulike modellar av kvardagsrehabilitering, noko eg ser på som ein styrke i studien. Ein kommune i Sverige er representert fordi dei har lengre praksiserfaring enn dei norske kommunane. Dette gav mogelegheit til å undersøka likheit og ulikheit i erfaringar og kva lærdom som kan hentast frå Sverige. Eg spurte dei respektive fagleiarane om å få kontaktinformasjon til dei ergoterapeutane som fylte utvalskriteriet mitt og fekk positiv respons. Utvalskriterium var at informantane må være autoriserte ergoterapeutar og ha erfaring med praktisering av kvardagsrehabilitering. Deretter sendte eg førespurnad med vedlagt informasjonsskriv (vedlegg 1) til dei aktuelle informantane, der dei kommunane med lengst erfaring vart prioritert. Av

tretten førespurte individ, fekk eg sju deltakarar til studiet. Eg trengte fleire informantar og sendte ut nye førespurnader, framleis til dei same seks kommunane med lengst erfaring.

3.3 Utval

Empiriske data kan svare på spørsmål knytt til problemstillinga, og utvalet bestemmer kva side av saken det kan seiast noko om (Malterud, 2011). For å kunne svare på problemstillinga mi var eg avhengig av å få informantar som har erfaring med å praktisere utøvinga av kvardagsrehabilitering. Eg valde derfor å gjere eit strategisk utval, som er å setta saman utvalet slik at ein sikrar eit rikt material som belyser problemstillinga frå ulike sider (Malterud, 2011). Sidan formålet er å beskrive ei spesiell gruppe i djubden blir utvalet karakterisert som homogent (Patton, 2002). Dei er ikkje like i alder og kjønn, men har same grunnutdanning og jobbar med kvardagsrehabilitering. Førespurnadene gav til slutt positive svar frå tretten informantar, men det vart gjort eit gruppeintervju med to av informantane grunna tidspress i deira arbeidsplan. Eg enda dermed opp med å utføre tolv intervju, noko som var hensiktsmessig ut frå at kvalitative studiar ofte byggjar på 10-25 informantar (Malterud, 2011). Kvart intervju hadde sitt unike bidrag, der eg ikkje opplevde eit mettingspunkt før alle intervjua var gjennomført. Informantane er i alderen 27 til 52 år, med eit fleirtal av kvinnelege informantar. Dei blir derfor omtalt som "ho" i studien. Åtte av informantane har ingen tilleggsutdanning. Fem informantar har enten vidareutdanning, tilleggsstudium eller mastergrad. Vidareutdanning er innanfor faga; ergoterapi & allmennhelse, aldring & helse, psykisk helsearbeid og etikk. Årsstudium på idrettshøgskulen, tilleggsutdanning i leiing, pedagogikk og rehabilitering er representert som tilleggsstudium. Aktuell mastergrad er teken innan klinisk helsearbeid. Informantane har ulike arbeidserfaringar frå tidlegare, i tillegg til at tre av informantane har vore med å starta opp med kvardagsrehabilitering. 11 stykk har erfaring frå kommunen med arbeidsoppgåver som heimerehabilitering, kommunerehabilitering, hjelpemiddelformidling til heimebuande, syns- og hørselskontakt, barn og unge, oppgåveorientert trening, korttidsavdeling- og aktivitetsavdeling på sjukeheim og arbeid med menneske med psykiatriske vanskar, fysisk funksjonshemming, psykisk utviklingshemming og barn & unge. Av desse har nokon også erfaring frå rehabiliteringsinstitusjonar, ergoterapeut i tverrfagleg akutt-team, saksbehandlar, ergoterapeut i bydel og distriktsergoterapeut. Seks stykk har jobba på sjukehus på avdelingar innanfor psykiatri, slageinheit, rehabilitering og barn & unge. Tre stykk har jobba med

etableringa av døgnavdeling og rehabiliteringsavdeling i kommunen. Ein ser såleis at informantane har ein variert og allsidig arbeidspraksis.

3.4 Intervjusituasjonen

For å lykkast med djubdeintervju må ein skape ei avslappa stemning der informanten føler at det er greitt å snakka opent, tenke høgt og komme med digresjonar (Tjora, 2012). Deltakarane må føle seg trygge og ivaretatt, og som intervjuar bør ein lytte med eit opent sinn for å kunne oppfatte det uventa (Malterud, 2011). Intervjutida er verdifull, og intervjuaren kan ta kontroll over den ved å planlegge kva ein vil finne ut på førehand og såleis stille fokuserte spørsmål (Patton, 2002). Det er viktig å lytte aktivt for å kartlegge kvaliteten og relevansen i responsen, og gi hensiktsmessig verbal og nonverbal feedback undervegs (Patton, 2002). Ein må være sensitiv og lytte til nyansar i konteksten som får fram det fysiske miljøet, non-verbal åtferd, opne og skjulte agendaer (Nilssen, 2012) og ha interesse og respekt for det den andre seier (Patton, 2002). Nilssen (2012) seier vidare at det er ein god ide å notere seg kva ein ventar å finne før ein utforskar feltet.

Under intervjuet hadde eg fokus på å gi bekreftelse og merksemd til informantane for å gjera dei trygge i intervjusituasjonen. Eg opplevde med dette at dei følte seg vel og hadde lett for å opne seg. Eg lytta aktivt for å komma med relevante oppfølgingsspørsmål, og tok notatar når eg hørde uventa og interessante tema som eg ville ta opp att tråden på seinare i intervjuet. For å leggja til rette for ein avslappa stemning under intervjuet, er det lurt å la informantane velje kor intervju skal gjennomførast slik at dei føler seg trygge (Tjora, 2012). Eg intervjuar alle informantane på arbeidsplassane deira, forutan ein informant som ønskja å ha intervjuet heime hos seg sjølv. Intervjuar vart gjennomført på lukka rom som så godt som mogeleg var skjerna frå lyd og forstyringar. Likevel dukka det opp ulike forstyrrende element undervegs. Kollegaer banka på døra eller passerte fordi vindauga, telefonar ringte og printar skreiv ut ark. Eg vurderer at desse ”forstyrringane” ikkje har påverka resultatet.

Intervjuar blei gjennomført frå slutten av oktober til byrjinga av desember i 2013. Eg hadde på førehand avtalt med informantane over e-post når og kvar intervjuar skulle gjennomførast. Eg oppheldt meg eit par dagar i kvar kommune, der eg i tillegg til intervjuar fekk bli med og

observera korleis informantane utøvde kvardagsrehabiliteringa i praksis. Dette var for å kunne danne meg eit heilheitsinntrykk, sjølv om observasjonen ikkje er integrert som ein del av studien. Kvaliteten på informasjonen ein oppnår under intervjuet kjem i stor grad an på intervjuaren (Patton, 2002). Lydopptak gir ei sikkerheit om at ein får med seg alt som blir sagt, slik at ein under intervjuet kan konsentrere seg om å få god kommunikasjon, flyt i intervjuet og utdjuping og konkretisering av informanten (Tjora, 2012). Til dette brukte eg ein bandopptakar som eg plasserte på bordet midt mellom informanten og meg. Informantane fortalte ivrig og med stort engasjement, noko som gav meg innsikt og forståing i kvar enkelt sin verkelegheitsforståing av praksis. Intervjua hadde ein varigheit frå 38 min til 90 min.

Forskaren kan ta lærdom av erfaringar undervegs i prosessen og endra kurs med utgangspunkt i det (Malterud, 2011). Vidare seier Malterud (2011) at ein kan bruke prosjektloggen til å produsere prosessdata om kva endringar og erfaringar ein gjer undervegs. Prosjektloggen er eit uredigert arbeidsdokument som skal gjera det lettare å hugse vegval og avgjersler frå forskingsprosessen når ein seinare skal analysa data (Malterud, 2011). Perioden etter intervjuet er kritisk i forhold til validiteten av intervjuet, og ein bør her reflektere rundt kvaliteten på informasjonen (Patton, 2002). Det er viktig å fange opp inntrykk og ettertankar som ikkje havnar på bandet, som for eksempel kvifor samtalen vart leda i ei spesiell retning, og beskrive non-verbal kommunikasjon (Malterud, 2011). I etterkant av kvart intervju brukte eg prosjektloggbooka til å skriva ned hovudintrykk frå intervjuet. Der skildra eg om det var noko som var lett å fortelje om, mogelege forstyrrende faktorar og non-verbale uttrykk. I tillegg noterte eg om spørjetechnikken min var open eller lukka, korleis kommunikasjonen mellom informantane og meg arta seg, informanten sitt kroppsspråk og stemningsleie, konteksten og overraskande moment. Under første intervjuet oppdaga eg at informanten var kritisk til spørsmålet ”Korleis opplever du brukarstyring i praksis?”. Dette fordi ho var tydeleg på at dei ikkje driv brukarstyring, men heller brukarmedverknad. Ut frå denne erfaringa endra eg spørsmålet i intervjuguiden til ”Korleis opplever du brukarstyring opp mot brukarmedverknad i praksis?”, noko resten av informantane fann vanskeleg å skilje. Tema om motivasjon og nærheit til kollegaer var noko informantane løfta fram, og som etterkvart vart ein del av intervjuguiden. Prosjektloggbooka har eg brukt aktivt under den vidare analyseprosessen. Etter første intervju oppdaga eg at spørjetechnikken min kunne forbeistrast ved å stille meir opne spørsmål, spesielt i oppfølgingsspørsmåla. Dette fekk eg bekrefte då eg såg nærmare på notatane i prosjektloggbooka.

3.5 Transkribering

Kvale & Brinkmann (2012) beskriv transkribering som ein prosess der den fysiske samtalen mellom to personar blir omgjort til skrifteleg tekst. I følge Nilssen (2012) er transkriberinga ein viktig del av analyseprosessen, fordi ein får nye tankar og idear til koding når ein lyttar, skriv og ser kva ord og setningar som går att. Ein bør transkribere sjølv, for å bli godt kjent med materialet, og det er ein fordel om det skjer så raskt som mogeleg etter at opptaket er gjort (Nilssen, 2012). Å lese sin eigenskrivne transkriberte tekst gir mogelegheit til å sjå for seg kroppsspråk og uttrykk som oppstod i situasjonen (Tjora, 2012). Eg valde å gjere transkriberinga sjølv, for i størst mogeleg grad å unngå misforståingar, bli kjent med materialet og få med meg viktige nyansar i intervjuet. Transkriberinga vart gjort same dag, eller i løpet av dei påfølgande dagane etter kvart intervju.

3.6 Vitskapsbasert standpunkt

Mi metodiske tilnærming til det vitskapsbaserte standpunktet tek først og fremst utgangspunkt i Grounded theory. Det er ein induktiv og sosiologisk metode som har fokus på mønster for menneskeleg samhandling (Hjalmhult, Giske, & Satinovic, 2014). Grounded theory er å oppdage ein teori ut frå å systematisk innhenta data frå samfunnsforskning (Glaser & Strauss, 1967), eller finne ein teoretisk måte å forklare funna gjennom deskriptive beskrivingar (Corbin & Strauss, 2007). Teorien kan vera ei forklaring, ein prosess, ei handling eller ein interaksjon som er utført av ein stor mengde informantar (Creswell, 2007). Grounded theory som metode, blir brukt til å undersøke og forklare kva som skjer i sosiale prosessar, for å få eit teoretisk rammeverk (Glaser & Strauss, 1967) som gjennom etterforskning forklarar handlinga i den sosiale konteksten (Glaser, 1978). Det er viktig å vera open og minimera egne fordommar og personlege hypotesar sidan ein ikkje veit på førehand kva som blir relevant data (Hjalmhult et al., 2014). Informantane er dei som har opplevd det som skal undersøkast under ulike forhold. Det blir gjort ein open, aksial og selektiv koding i analysearbeidet for å analysera materialet (Starks & Trinidad, 2007). Grounded theory beskriv omgrepsmessig korleis informantane i ein studie handterer si hovudutfordring innanfor eit felt (Hjalmhult et al., 2014). Hjalmhult et al. (2014) beskriv vidare at analysen sin identifisering av denne hovudutfordringa er ein nøkkel til å forstå kvifor informantane handlar som dei gjer. Måten informantane vel å løyse denne hovudutfordringa på blir kjernekategori (Hjalmhult et al., 2014). Når ein skal oppdage teorien

genererer ein konseptuelle kategoriar, og den evidensen som kjem fram frå kategoriane blir brukt for å illustrere konseptet (Glaser & Strauss, 1967). Grounded theory presenterar dei strategiane/ mønstra informanten brukar for å handtera si hovudutfordring (Glaser, 1978). Det skjer ei utvikling av ein teori som kan forklare praksis eller være eit rammeverk for framtidig forskning (Creswell, 2007).

I tillegg til Grounded Theory, er mitt vitenskapsbaserte standpunkt også fenomenologisk inspirert. Fenomenologi er ein metode som skal undersøke strukturar i bevisstheita, og objekt som presenterer seg sjølv ved å framstille informantane sin direkte erfaring med fenomenet (Giorgi, 2009). Målet i fenomenologi er å studere korleis folk skapar mening ut frå deira levde erfaring, der informantane ofte har erfart fenomenet som skal undersøkast (Starks & Trinidad, 2007). Ei fenomenologisk haldning handlar såleis om å fjerne alle perspektiv frå bevisstheita, og sjå på objekta slik dei blir erfart av informantane, uavhengig om realiteten er slik dei oppfattar den (Starks & Trinidad, 2007). Fenomenologisk reduksjon blir på same måte å legge kunnskap og førforståing om det observerte objektet til side, for å hindre at tidligare erfaring påverkar og blir lik den nye erfaringa (Giorgi, 2009). Giorgi (2009) seier at dette er fordi vår naturlege haldning vil vera å konstant evaluere den nye erfaringa med tidligare erfaringar. For å unngå dette er det viktig å beskrive så nøyaktig som mogeleg kva ein ser, og prøve å finne essensen i det. Slik kan ein hindre at den nye erfaringa blir identisk med den gamle, i tillegg til at ein kan oppdage informantens sin verden ved å legge til side sine eigne førforståingar (Giorgi, 2009).

3.7 Analyse

I følge Malterud (2011) skal analysen av data bygge bru mellom rådata og resultat ved å organisere, fortolke og samanfatta materialet ved å drøfte empiriske funn opp mot eksisterande teoriar. Ho beskriv vidare at undervegs i arbeidet med analysedelen skal ein stoppe opp, tenke seg om, og sette alternative tolkingar og versjonar opp mot kvarandre med utgangspunkt i problemstillinga. Ein skal såleis vere kritisk reflekterande til materialet (Malterud, 2011). I den kvalitative analyseprosessen er koding og kategorisering kjerneaktivitetar (Nilssen, 2012). Eg valte å bruke Malterud sin variant av Giorgi sin prosedyre for å kode datamaterialet. Den blei gjennomført i fire trinn som består av å få eit heilheitsinntrykk, identifisere meningsdannande

einingar, abstrahera innhaldet i desse einingane og samanfatte betydinga av dette (Malterud, 2011).

Før eg starta med kodeprosessen gjorde eg eit deskriptivt arbeid for å få eit overblikk og bli kjent med datamaterialet. For å gjera transkripsjonen så effektiv og påliteleg som mogeleg gjekk eg gjennom lydopptaket fleire gongar, og registrerte alle pausar og kroppsuttrykk som latter, sukk, ”eh” osv. Dette for å komme så nær intervjusituasjonen som mogeleg. Første gongen skreiv eg inn det eg grovt sett fekk med meg. Under andre gjennomgang fylte eg inn manglande informasjon og retta opp i ordfeil. Eg fekk då oversikt over tema og viktige funn som eg noterte på eit separat notat. Der skilte eg norske og svenske intervju. For at dette deskriptive arbeidet skulle gi meg ein oversikt sorterte eg materialet i fire overflatiske kategoriar: ”ergoterapeutar sine rollar”, ”ergoterapeutar sine arbeidsoppgåver”, ”ergoterapeutar sin kompetanse” og ”andre funn”. For at kvar setning skulle gi meining, innebar det småredigeringar av datamaterialet, der eg høyrde at informanten prøvde å sei noko anna enn det som kom ut på band. Eksemplar på dette er at ein formulerer seg slik at orda kjem i ei ulogisk rekkefølje. Informantane sine ulike dialektar transkriberte eg ordrett for å gjere det lettare å hugse kvart enkelt intervju til den seinare analysefasen.

Malterud (2011) beskriv at i første trinn i Giorgis prosedyre ”open koding”, skal ein bli kjent med materialet. Ein skal lese gjennom heile det transkriberte intervjuet for å få eit heilheitsbilete, vurdere mogelege tema (Malterud, 2011), og gi namn på alle utsegn og hendingar i materialet (Hjalmhult et al., 2014). For å stille seg open for dei inntrykk ein kan få av materialet skal ein sette forforståinga og referanseramma si i parentes (Malterud, 2011). Malterud (2011) skriv vidare at ein kan notere idear, men ikkje systematisere, og deretter summere opp inntrykk etter første gjennomlesing. Ein skal deretter sjå på alle tema, og finne aktuelle hovudgrupper for vidare analyse gjennom systematisk refleksjon (Malterud, 2011). Eg las intervjuet systematisk frå start til slutt, samtidig som eg laga notatar i margen til kvar setning eller avsnitt for å finne gjentakande ord og tema, og var open for å finne uventa tema. Ord som rollar, aktivitet, veiledning, brukarmedverknad/ brukarstyring, pårørande, tverrfagleg samarbeid og profesjon gjekk igjen og utviklar seg til sentrale funn. Hjalmhult (2014) beskriv at kodane blir gruppert til så mange kategoriar som mogeleg for å få eit rikt materiale. Ein får då og mogelegheit til å sjå kva retning studiet tek før ein blir selektiv og finn hovudutfordringa til informantane. Eg starta denne opne kodinga med å skrive opp alle mogelege tema eg oppdaga utan å vera selektiv. Fleire tema gjekk att i dei same kategoriane, men dette var ein god måte å

sjå materialet frå ulike innfallsvinklar. Når ein opnar opp for å få tak i det datamaterialet fortel, gir ein slepp på teoriar ei stund (Nilssen, 2012). Eg opplevde på mange måtar å bli ”slukt” inn i materialet og oppdaga mykje meir enn eg gjorde i intervjusituasjonen.

Andre trinn i Giorgi sin prosedyre er å organisere materialet ved å gå gjennom kvar setning i heile teksten, for å identifisera meiningsbærande einingar (Malterud, 2011). Dette kan og kallast aksial koding, noko som skal klargjere kategorien sin eigenskap og finne ut kva som kan koplatt til denne kategorien (Creswell, 2007). Formålet er å finne ut kva faktorar som skapar hovudfenomenet, handlingar relatert til hovudfunna, situasjonsfaktorar som påverkar strategiane, og utfallet av strategiane (Creswell, 2007). Eg starta den aksiale kodinga med å samle alle dei tema og ord i margin som gjekk igjen. Eg sette følgjande nye namn på desse grupperingane; ”rollar”, ”arbeidsoppgåver” og ”kunnskap”, som vart tilnærma dei same namna som frå det deskriptive forarbeidet. I tillegg noterte eg over tjue paradoks frå intervju ut frå anbefalingar frå Malterud (2011). Eksemplar på paradoks som kom fram er ”ergoterapeutar er den einaste faggruppa som kan utføre COPM kartlegging vs. alle faggruppene i ”motor-teamet” kan utføre COPM”, ”informantane ønskjer meir rolleavklaring vs. informantane ønskjer meir overlappende arbeidsoppgåver”. Malterud (2011) seier at den beste dataen inneheld både motseiingar og paradoks, fordi ein reduserer risikoen for raske slutningar når dataen ikkje er eintydig og opplagt. Til slutt samla eg hovudkategoriar som gjekk att, likheit og ulikheit mellom svenske og norske intervju, og potensielle omgrep i eit separat dokument. Malterud (2011) beskriv at noko av datamaterialet kan kodast under fleire kodar, som ein deretter må vurdere om kan slåast saman (Malterud, 2011). Eg starta med rundt 20 kategoriar og såg etterkvart at mange omhandlar det same. Etter samanslåing sat eg til slutt att med fire kategoriar. Eg opplevde mykje læring i samanslåingsprosessen og såg stadig nye og uventa samanhengar når eg fordjupa meg i materialet og opna opp for det uventa. Kodeprosessen kan gjerast ved hjelp av å fargekode kvar setning ut frå kategoriar (Malterud, 2011). Eg gav relevante paradoks og hovudkategori ein fargekode og eit namn, fargekoda for hand og sorterte innhaldet som høyrer til kvart paradoks.

I tredje trinn skal ein abstrahere kunnskap frå andre analysetrinn ved å systematisk hente ut meining og ved å samle innhaldet i dei meiningsbærande einingane som er koda saman (Malterud, 2011). Målet er å utvikle kategoriar, tema, perspektiv eller dimensjonar i materialet (Nilssen, 2012). Nilssen (2012) beskriv at einingar som ikkje er meiningsbærande blir foreløpig lagt til sides. Eg forkasta kategoriar, som omhandla samarbeid med frivillige, utfordringar med

særskilte brukargrupper og organisatoriske utfordringar da dette vart på sida av problemstillinga. I dei kategoriane eg ville behalde fann eg meiningsinnhaldet. Når ein finn informantane si hovudutfordring og identifiserer denne som kjernekategori, blir berre dei kategoriane som er relatert til denne med vidare i datainnsamlinga (Hjalmlhult et al., 2014). Store kodegrupper kan delast opp eller slåast saman om dei passar i fleire kodegrupper (Nilssen, 2012). Eg slo saman kategoriane som omhandla det same, men bevarte ulike kategoriar for å få fram tydelege forskjellar (Nilssen, 2012). Nilssen (2012) peikar på at utfordringa er å utvikle kodar og kategoriar som ikkje berre gjentek og beskriv det informanten seier, men og å bruke tolkingsprosessar til å skapa mening i funna. Dette opplevde eg som utfordrande, men har prøvd å finne ei balanse mellom mine fortolkingar og informantane sine direkte erfaringar. For å granske og kvalitetssikre innhaldet i intervjuet las eg kvart intervju på nytt etter å ha funne mening i kvar kategori. Dette gav meg fleire kategoriar med gode deskriptive beskrivingar, og det blei opplevd som nyttig å gå tilbake til ”utgangspunktet”. Foreløpig beheldt eg informantane åtskilt for å få oversikt over likheit og ulikheit mellom dei. For å granske meininga i funna gjekk eg gjennom alle kategoriane igjen, men samla no hovudpoeng frå kvar informant, og slo deretter saman kategoriar som handla om det same. Eksempel på dette er rolleendringar der aktivitet får ein meir sentral plass, opplevinga av å vera nøkkelpersonar blei knytt til rollen som koordinator/ leiar og fleire likheitstrekk mellom samarbeid og profesjonskamp blei samla. Malterud (2011) peikar også på at ein tolkar teksten ved hjelp av fagleg perspektiv og ståstad, noko som og var med å farga prosessen min, sidan eg kjente att delar av innsamla data frå teorien eg hadde lese.

I analysen sitt fjerde trinn, i Giorgi sin prosedyre, skal ein sette saman bitane igjen (Malterud, 2011). Dette siste steget kallar Creswell (2007) selektiv koding, der forskaren utviklar hypotesar som beskriv forholdet mellom kategoriane. Det er viktig å løfte materialet frå å konkret beskrive kategoriar til no å tolke materialet (Malterud, 2011). Nilssen (2012) seier at gjennom tolking skal forskaren beskrive kva forteljinga betyr, og tek dermed fram teorien. Teorien kan såleis brukast som eit analytisk og fortolkande rammeverk til å forstå og forklare betydinga av det informantane har fortalt (Nilssen, 2012). Den teoretiske referanseramma er bakgrunnsforståinga vår når vi les materialet og finn samanhengar (Malterud, 2011). Teoretiske perspektiv kan brukast til å forstå teksten, sjå samanhengar og beskrive om analysen har leda til uventa funn eller overraskingar (Malterud, 2011). Undervegs i analyseprosessen fann eg fram meir litteratur som kunne underbygge funna mine. Dette var utfyllande i forhold til den teoretiske kunnskapen eg har frå før. Problemstillinga blir tydeleg formulert, spesifisert og

revidert gjennom arbeidet (Malterud, 2011). Eg oppdaga uventa funn i materialet mitt som for eksempel at informantane snakka meir om profesjon og samarbeid enn eg først innsåg. Kontrastar mellom norske og svenske informantar, som veiledingsprosedyre, var spennande overraskingar. Dette gjorde at eg reviderte problemstillinga mi undervegs, samtidig som eg undervegs i skriveprosessen oppdaga nye og uventa tema som måtte supplerast med teori. Analysen av datamaterialet påverka val av teori, samtidig som lesing av teori var med å skapa vidare analyse. Eg gjekk gjennom alle underkategoriane for å sjå kva innhald som gjekk igjen, og kopla desse saman for å finne dei store linjene i materialet. Presentasjon av resultat skal formidle mønster som kjem fram gjennom analysen (Malterud, 2011). Eg fann både likheit og ulikheit i dei norske og svenske funna, og har valt å slå dei saman i presentasjon av både resultat og diskusjonsdelen, men løfte fram kontrastane. Eg såg at mykje av funna mine handla om dei ulike rollane ergoterapeutane tek i kvardagsrehabilitering, der aktivitet får ein sentral plass. Samtidig som rolleavklaring, profesjonskampar og samarbeidsstrategiar blir belyst i møtet mellom faggruppene. Det er viktig å lage overskrifter som passar til ulike kodegrupper, og som kan utviklast som nye kodeomgrep (Malterud, 2011). Etterkvart som eg fann ut at dei ulike kategoriane handla om andre ting enn den overskrifta eg først hadde, laga eg nye overskrifter som var meir passande. Dette fekk meg og til å slå saman enda fleire kategoriar. Eit eksempel er at eg etterkvart såg at det eg tidlegare berre har sett på som profesjonskamp viste seg å handla om eit ønskje om å bli verdsett og få til samarbeid. Ein kan finne relasjonar mellom dei ulike kategoriane, og analysen fortset til det oppstår teoretisk metning av den utvikla teorien, noko som vil sei at meir datainnsamling berre bekreftar teorien (Hjalmhult et al., 2014).

Malterud (2011) påpeikar at til slutt må ein validera funna ved å gå tilbake til råmaterialet og undersøke kva som egentleg er blitt sagt, og sjekke at ein ikkje brukar omgrep som er langt frå originalmaterialet (Malterud, 2011). Eg kontrollerte at eg ikkje gjekk for langt vekk frå utgangspunktet i intervjuet ved å lese intervjuet ein siste gang. I tillegg har eg lest gjennom alle analysane i fleire rundar, for å få fram heilheitsbilete, og finne nye mønster og kryssingar. Ein kan finne nyttige kritiske spørsmål om ein finn material som motseier dei resultat ein har komme fram til (Malterud, 2011). Til slutt sette eg inn sitat for å eksemplifisere det som er skrive.

3.8 Studien sin validitet

Validitet, også omtala som gyldigheit, handlar om kvaliteten i dei tolkingane som blir gjort, og om innsikta kan støttast av andre undersøkingar (Ringdal, 2012). Malterud (2011) seier at ein kan vera kritisk til funna sine undervegs i prosessen. Validitet skal vurderast i alle fasar i forskinga, slik at det er ein logisk forbindelse mellom problemstilling, teori, metode og data som førar fram til kunnskapen (Malterud, 2011). Malterud (2011) beskriv at intern validitet handlar om at metoden ein har valt er relevant i forhold til problemstillinga. Ettersom eg er ute etter erfaringar, vurderer eg kvalitativ metode med intervju som ein relevant metode for å belyse problemstillinga mi. Utvalet mitt speglar tilbake ei variasjonsbreidde med representantar frå begge kjønn, aldersspreiing og geografisk variasjon. Ekstern validitet handlar om overførbarheit, og om korleis funna kan gjere seg gjeldande i andre samanhengar (Malterud, 2011). Dette blir synleggjort gjennom presentasjon av forslag til korleis denne kunnskapen kan implementerast i kvardagsrehabilitering, både i Noreg og internasjonalt.

3.9 Refleksivitet og min rolle som forskar

Refleksivitet er forskaren sine føresetnader og tolkingsrammer, i tillegg til vilje og evne til å være kritisk til eigen framgangsmåte (Malterud, 2011). Ein må kunna ta tvil, ettertanke og uventa konklusjonar i betraktning, og reflektere over korleis ein kom fram til tolkingane gjennom heile forskingsprosessen (Tjora, 2012). Forskaren må prøva å fjerna sine fordommar og forutbestemte meiningar om kva som skal komme og halde fenomenet slik det framtrer (Patton, 2002). Ved å gjere denne kritiske haldninga eksplisitt, aukar ein undersøkinga si truverdighet (Tjora, 2012). I kvalitativ forskning har forskaren ofte ei spesiell interesse for forskingsfeltet, noko som gjer det nødvendig med refleksivitet både i forskingsprosessen og i forforståinga (Nilssen, 2012). Sidan eg er utdanna ergoterapeut og har ei spesiell interesse for tema, har eg bevisst vore open om studien sin hensikt, og reflektert over val eg har gjort undervegs. Dette samsvarar med Nilssen (2012) sin påstand om nødvendighet rundt å reflektere over forskingsprosessen og gjere greie for si forforståing. Forforståinga handlar både om det teoretiske rammeverket, samt erfaringar, verdiar, kunnskap, forskingsfilosofi og haldningar til feltet (Nilssen, 2012). Eg vil no beskrive utgangspunktet mitt for val av tema der eg belyser min ståstad:

Eg har personleg vore interessert i kvardagsrehabilitering sidan eg vart introdusert for dette på ergoterapiutdanninga i 2011. Ein forelesarar frå Fredericia kommune i Danmark hadde undervisning for klassen, og fortalte oss om korleis dei praktiserte kvardagsrehabilitering der. Eg hadde då nettopp vore i praksis på eit rehabiliteringssjukehus i Noreg som utførte mykje aktivitetstrening med pasientane, og såg at dette førte til god rehabiliteringsprogresjon for pasientane. Ei utfordring som vart belyst på praksisplassen min, var at brukarane sjeldan fekk oppfølging med aktivitetstrening etter utskriving frå sjukehuset. Dette på grunn av manglande ressursar i kommunen eller liten grad av prioriteringar. I følge Ness et al. (2012) varslar Riksrevisjonen at kommunane har for få ergoterapeutar til at dei kan prioritera å jobba med pasientar som treng trening av finmotorikk og daglege aktivitetar i heimen, noko som støttar oppunder denne utfordringa. Eg såg potensialet kvardagsrehabilitering kan ha for å auka fokus på aktivitetstrening i kommunen. På kurset om kvardagsrehabilitering med Norsk ergoterapeutforbund i 2013, høyrde eg om korleis både svenske og norske kommunar hadde fått aktivitetsperspektivet tilbake til ergoterapipraksisen gjennom kvardagsrehabilitering. Det vart løfta fram eit ønskje om konkretisering av ergoterapeutar sine rollar, arbeidsoppgåver og kunnskapskompetanse innanfor kvardagsrehabilitering. Eg fatta dermed interesse for å gjera ein studie på dette temaet. Håpet er å kunne belyse ergoterapeutar sine erfaringar og utfordringar med praktisering av kvardagsrehabilitering, og at dette kan bli nyttig kunnskap i vidare utvikling av kvardagsrehabilitering både i Noreg og internasjonalt.

Den teoretiske førforståinga mi var den litteraturen eg hadde lese om kvardagsrehabilitering, og anna teori om blant anna ergoterapeutar sitt fundament i aktivitet, oppgåveorientert tilnærming, ergoterapeutar sin kunnskap og arbeidsoppgåver, brukarmedverknad og brukarstyring, tverrfagleg samarbeid, profesjonsteori og rollar. I forskingsprosessen har eg med jamne mellomrom gått tilbake til dette for å minna meg sjølv på kva utgangsposisjonen min er. Nilssen (2012) seier vidare at førforståinga får konsekvensar for kva spørsmål ein stiller og korleis vi stiller dei. Ei stor fallgruve er om førforståinga overdøyver den kunnskapen det empiriske materialet kunne ha levert, og om ein har eit sterkt engasjement, kan det vera berikande å søka råd frå andre for å korrigere eller utvikla intervjuteknikken (Malterud, 2011). Dette for å oppdage sine eigne blinde flekkar, slik at ein kan gjengi informanten sin historie på best mogeleg måte (Malterud, 2011). Til dette har eg brukt veiledaren min, der ho har gjort meg bevisst på nokre av mine blinde flekkar. Ut frå veiledning har eg blitt meir bevisst på å gå opent inn i materialet, utan eit ønskje om å finne spesifikke resultat. Veiledaren har stilt meg kritiske spørsmål undervegs, noko som har fått meg til å reflektere rundt prosessen og utvikla eit meir

nøytralt utgangspunkt (Malterud, 2011). Sjølv om ein har fokus på problemstillinga, må ein være open for det uventa, og ha stor toleranse for ambivalens og fleirtydigheit (Nilssen, 2012).

3.10 Etiske betraktningar

Før eg starta med utsending av informasjonsskriv, sendte eg inn prosjektbeskrivinga for godkjenning til Norsk samfunnsvitskapleg database, NSD. NSD er personvernombod for forskings- og studentprosjekt som blir gjennomført på alle universitet (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2006). Dei har retningslinjer om at ein skal informere informantane om at deltakinga er frivillig, der samtykket er fritt utan ytre press for å gjere samtykket gyldig (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2006). Informantane skal kjenne forskingsprosjektet godt nok til å kunne ta stilling til om vedkommande ønskjer å delta (Malterud, 2011). Eg las informasjonsskrivet høgt til informanten før intervjuet starta, for å repetere informasjonen og for å la informanten få komma med eventuelle spørsmål. Deretter måtte informanten signera informasjonsskrivet dersom det framleis var ønskje om deltaking, før eg starta intervjuet. Eg følgde Tjora (2012) sine retningslinjer om at tillit, konfidensialitet, respekt og gjensidigheit skal prege kontakten forskaren har til informantane. Som ein del av dette skal forskingsmaterialet anonymiserast (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2006). I den forbindelse er alle namn som er presentert under sitat i resultatkapittelet fiktive. Sidan alle informantane i studien blir omtala som ”ho” har alle fått jentenamn. Andelen ergoterapeutar som driv med kvardagsrehabilitering i Noreg er så liten at det er viktig å stille høge krav til å anonymisere informantane sin identitet gjennom den skriftelige formidlinga av resultata. Informasjon som kan avsløre informantane sin identitet kjem ikkje fram i studien, og det gjer heller ikkje namn på kommunar. Det er viktig å verne om ein ”tredjepart” som ikkje er direkte inkludert i forskinga, sidan kvalitativ forskning ofte føregår i små, gjennomsiktige miljø (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2006). Namna på desse ”tredjepartane” som både var brukarar, kollegaer og samarbeidspartnarar, blir anonymisert i studien. Eit etisk dilemma er at informantane ikkje ønskjer å stille kollegaer i eit lite fordelaktig lys, og kan derfor utelate ein del informasjon eller finpusse på sannheita.

Intervjua blei transkribert på dialekt, men for å sikre anonymitet i presentasjonen skreiv eg alt om til nynorsk. Kommunane har ulike måtar å organisera kvardagsrehabilitering på i forhold til

kor store ”motor-teama” er, og talet på heimetenesoner det blir samarbeida med. Eg har beskrive dette så lite som mogeleg for å unngå attkjenning av kommunar. Dei nasjonale forskingsetiske komiteene (2006) seier at forskaren har plikt til å streve etter sannheit. Dette er noko eg har vore bevisst på under heile forskingsprosessen. Lesaren får innsikt i korleis forskingsprosessen har føregått ved å belyse arbeidsprosessane og kva som har påverka førforståinga mi for å forske på kvardagsrehabilitering i Noreg.

Eg har fått tildelt forskingsmidlar frå Norsk ergoterapeutforbund, men dei har ikkje sine meiningar innblanda i resultat og diskusjon.

4.0 RESULTAT

Vidare i oppgåva skal eg presentere kva resultat eg fann i denne studien. Hovudelementa som kom fram har blitt til desse fire hovudkategoriane:

- 1) Aktiviteten sin sentrale plass i kvardagsrehabiliteringa
- 2) Ergoterapeutane sine mange rollar i kvardagsrehabiliteringa
- 3) Ergoterapeutane sitt kunnskapsgrunnlag
- 4) Samarbeid mellom dei ulike faggruppene i kvardagsrehabiliteringa

Gjennom desse tema vil eg beskrive kva ergoterapeutane har sagt i intervju. Eg vel å gjengi ein del direkte sitat frå intervjusituasjonen for å få fram informantane sine direkte erfaringar. Dette er då skrive i kursivskrift. Der eg har valt å fokusera spesielt på funna frå dei svenske informantane kjem dette som oftast mot slutten av kapittelet.

4.1 Aktiviteten sin sentrale plass i kvardagsrehabiliteringa

Eg vil starte med å beskrive kva arbeidsoppgåver ergoterapeutane opplever å ha i kvardagsrehabiliteringa. Dette for å synleggjere korleis ergoterapeutane jobbar i praksis. Deretter vil eg løfte fram korleis aktivitet og rollen som trenar er ein sentral del av dette.

4.1.1 Metodisk beskriving av ergoterapeutane sine arbeidsoppgåver og rollen som trenar

Arbeidsoppgåver rundt aktivitet blir av informantane framstilt som eit hovudfokusområde. Ergoterapeutane beskriv at dei utfordrar metodisk arbeid med aktivitet. Dette består av å først observere aktivitetar hjå brukar, for deretter å bruke det som utgangspunkt for vurdering av brukarane sine fysiske utføringar og prosessferdigheit i aktivitetsanalyser. Her vurderer dei adl-funksjonen, og kartlegg styrkar og utfordringar. I observasjonssituasjonen beskriv informantane at dei står med ”hendene på ryggen”, og ser korleis brukar gjer oppgåva. Dei har fokus på brukar sine ressursar. Ein informant illustrerer her konkret korleis ho snakkar og tenkjer når ho jobbar med ein brukar:

”No skal eg sjå litt på kva du klarar. Lat som eg ikkje er her. Du får hjelp til det du treng, men utover det skal du gjere som du pleier. Eg prøver å være så usynleg som mogeleg, men samtidig til stades for å kunne gi den lille puffen. Eg vurderer både balanse, rekkefølje, det med å hente fram dei tinga dei treng, vurdere alle oppgåvene dei gjer, altså alle deloperasjonane dei gjer og aktivitetsutføringa dei har.” (Kari, liten kommune, med på oppstart av kvardagsrehabilitering)

Kari beskriv her korleis ho hjelper brukar til å arbeide mot sitt fulle potensial i det metodiske arbeidet. I arbeidsprosessen blir det poengtert at det er viktig at brukarane får vise det dei kan, samtidig som dei blir trygga på at dei får hjelp dersom det trengs. Dette synleggjer at det blir lagt til rette for å finne løysingar og teknikkar gjennom å involvere brukar, og ei tru på mestring i trygge omgivningar. Fokuset er på brukar sine mål, motivasjon og tidlegare interesser, noko som synleggjer det brukarsentrerte fokuset. Informantane uttrykker at det nye fokuset i kvardagsrehabilitering, som dei har sakna i tidlegare praksis, er å gi brukar tilbake ansvaret for eige liv. Dette blir gjort ved å starte kartlegginga med spørsmål som ”Kva er viktig i livet ditt no?” og ”Kva aktivitetar er viktige for deg å meistre?”. Ei felles oppleving for alle informantane er at ei grundig og brei kartlegging av mål er heilt essensielt. I arbeidet med kvardagsrehabilitering vert det ofte avslørt at brukar har andre problemområder enn det som tidlegare har komme fram, og som dei eventuelt har fått hjelpevedtak på i heimesjukepleien. Dette kan tyda på at ei grundig kartlegging må til for å sikre at rehabiliteringa fokuserer på dei riktige behova, avdekkjer dei reelle problemområda og sikrar at brukar sine mål kjem i fokus. Informantane framhevar at COPM kartleggingsreiskap blir brukt for å kartlegge brukarane sine mål og aktivitetsutfordringar, som deretter blir eit utgangspunkt for intervensjon. Fleire av informantane fortel at dei brukar dette kartleggingsinstrumentet på alle brukarar, medan andre berre brukar COPM dersom det er vanskeleg å få tak i brukar sine mål. Basert på kartlegginga blir det beskrive at ”motor-teamet” lagar ein tiltaksplan ut frå kva brukar ønskjer å ha fokus på.

Informantane framhevar at det i intervensjonssituasjonen blir brukt teknikkar som å bevisstgjere, leggja til rette for, trygge, vurdere brukar sine fysiske ferdigheit, gradere hjelp og justere tiltak etterkvart som delmål er oppnådd. I adl-trening deler ergoterapeutane opp aktiviteten, og brukar trenar målretta på dei ulike delane. Eit eksempel som blir beskrive er at ergoterapeutar har kompetanse på korleis småmekaniske ting med fingrane skal gjerast ut frå kunnskap om aktivitetsanalyse og tilrettelegging. Intervensjonar og rehabiliteringsplanar blir laga både med og utan samarbeid med fysioterapeutar. Informantane beskriv treninga som at dei går inn til brukar i ein periode, der dei set i gang program og visar brukar øvingar. Når alt

går som planlagt overlèt dei ansvaret til heimetenestepersonalet. Ergoterapeutar erfarer at dei har ansvar for at heimetenesta sin aktivitetstrening blir rett utført. Dei erfarer at det i nokre tilfelle er vanskeleg å overlate arbeidsoppgåver til dei, noko som kan tyde på at ergoterapeutane har behov for å kvalitetssikre rehabiliteringsprosessen.

Rollen som trenar kjem fram som ei sentral rolle i dette metodiske arbeidet med aktivitet. Fleire informantar beskriv at både ergoterapeutar og fysioterapeutar er ute hos brukar kvar veke, for å ha kontinuitet og oppfølging i forhold til progresjon og endring i trening. Hyppigheita av brukarbesøk varierer frå ein gong i veka til fleire besøk om dagen:

”Det er mykje koordinering og veiledning, men vi er absolutt mykje ute hos brukar. Ja, det er vi. Det er vel nesten frå to til fem besøk kvar dag.” (Maria, stor kommune, lang og variert arbeidserfaring)

Dei informantane som beskriv at det er vanskeleg å få veileda alle i heimetenesta, seier at dei er meir ”inne sjølv” og trenar. Dette kan antyda at informantane i større grad tek trenarrollen sjølv når dei ikkje har heimetrenarar som kan utføre treninga. Hos brukarar med kognitiv svikt, erfarer fleire av informantane at dei i større grad går inn og trenar brukar sjølv. Dette kan peike på at informantane opplever at desse brukarane krev tettare fagleg oppfølging.

Datamaterialet belyser at ergoterapeutar, i tillegg til sine fagspesifikke rollar, og har andre arbeidsoppgåver for å få det daglege hjulet i kvardagsrehabiliteringa til å gå rundt. Dette er å dokumentere og journalføre hendingar, skrive innkomst- og sluttrapport, legge til rette i brukar sin bustad, opplyse om og vurdere behov for hjelpemiddel. Tre informantar, som har erfaring med oppstart av kvardagsrehabilitering, beskriv desse varierte arbeidsoppgåvene som morosamt, givande og meiningsfylt, men samtidig utfordrande. Utfordringane som blir peika på er å få ting i system og framdrift i etableringsprosessen. I tillegg kan det vera krevjande å få til struktur i teamet og fokus på rehabilitering blant alle faggrupper og struktur i teamet. Dette kan antyde at det å vera med å starte opp kvardagsrehabilitering kan gi ergoterapeutane eit større eigarskap og ein større ansvarsfølelse rundt organisatoriske og strukturelle utfordringar.

Dei svenske informantane har mange av dei same arbeidsoppgåvene som dei norske. Det som skil seg ut som forskjellig er mellom å driva omsorgsplanlegging på sjukehuset før heimreise, som vil seie å møta brukar på sjukehuset og leggja ein plan før heimreise. Her er

samarbeid med ein saksbehandlar på sjukehuset sentralt. Det blir vidare praktisert dokumentering gjennom signeringslister, som går ut på at pleiepersonalet skal signere og kommentere kvar gong dei har vore å trene heime med brukar. Slik blir rehabiliteringa dokumentert og følgt opp i større grad, der alle kan følge brukar si utvikling gjennom å lese desse kommentarane.

4.1.2 Ergoterapeutane sine tidlegare arbeidserfaringar med fokus på hjelpemiddel

Før oppstart av kvardagsrehabilitering har informantane hatt ulike arbeidserfaringar og rollar. Datamaterialet gir ikkje grunnlag for ei felles beskriving av dette, men eg vil løfte fram eksempel frå enkelte informantar. Ein informant sa dette:

”Då eg jobba på sjukehuset, opplevde eg at dei pasientane vi hadde inne vart utskrivne nesten før dei var i posisjon til å begynne med noko kartlegging i forhold til kva dei klarte og kva dei eventuelt trengde hjelp til. Altså det å jobbe som ergoterapeut på eit akuttsjukehus gir ikkje alltid like mykje rom for å gjere kartlegging. Så reiste dei heim, og så ante du ikkje kva dei hadde å komme heim til. Så det var litt sånn her...eg veit ikkje kva eg skal sei...eg følte meg litt utrygg i rollen min”. (Kari, liten kommune, med på oppstart av kvardagsrehabilitering)

Denne beskrivne utryggheta i ergoterapeutrollen gir utrykk for at utan ei ordentleg kartlegginga blir den vidare jobben opplevd som ufullstendig og utrygg. Det tette samarbeidet mellom yrkesgruppene og eit auka fokus på kartlegging blir spesielt framheva som det nye i kvardagsrehabilitering. Noko som gir både auka tryggleik og betre kvalitet i arbeidet med brukar.

”Hjelpemiddelformidlar” er eit eksempel på ein ”tidlegare rolle” som blir løfta fram.

Fleire av informantane gir utrykk for at dei ikkje treivst i denne rollen. Erfaringa som blir beskrive frå arbeidet ute hos heimebuande, er at brukarane kunne hatt behov for å trene meir på å bruke dei hjelpemidla dei fekk. Informantane er klare på at ein kunne ha oppnådd betre rehabilitering dersom ein hadde hatt mogelegheit til å trene på daglege aktivitetar, men at det tidlegare ikkje var rom for dette. Ein informant seier følgjande:

”Det var liksom inn...okey, du skal ha dei og dei hjelpemidla, versågod og ha det bra. Tidspress, og du fekk ikkje prøvd ut dei hjelpemidla ordentleg med brukarane. Det har ein betre tid til no”. (Ruth, lite arbeidserfaring, stor stillingsprosent)

Ut frå desse beskrivingane ser det ut som det verken har vore tilstrekkeleg mogelegheit for å trene brukar i daglege aktivitetar i den grad det har vore behov, eller gitt brukar nok opplæring i bruk av hjelpemiddel. Dette tydar på ei misnøye med den tidlegare praksisen, der dei opplever å ikkje ha fått utnytta potensialet i fagkompetansen.

Ergoterapeutane sine erfaringar med hjelpemiddel sprikar i to ulike retningar. Nokre av informantane har eit klart ønskje om å redusera hjelpemiddelbruken, medan dei andre opplever hjelpemiddel som ein viktig del av kvardagsrehabiliteringa. Dei informantane som ønskjer å redusere fokuset på hjelpemiddel argumenterer med at det nesten ikkje er søkt om hjelpemiddel etter at kvardagsrehabiliteringa starta opp. Dei beskriv seg sjølv som påpasselige med å vente med å søke hjelpemiddel til dei ser korleis funksjonsnivå artar seg hos brukaren. Det blir løfta fram at hjelpemiddel ikkje er svaret for alle saman og at ein må unngå denne ”standardpakka”. Det må heller jobbast for individuell tilpassing. Reduksjon i behov for hjelpemiddel blir beskrive som ein viktig sekundærgevinst av kvardagsrehabiliteringa. Hjelpemiddel blir sendt tilbake og eksempelvis trappeheisar og rampar blir avbestilt. Desse informantane erfarer at hjelpemiddel som oftast er det siste tiltaket som blir sett i gang, og det vert difor ein liten del av kvardagsrehabiliteringa.

I den andre retninga om hjelpemiddelbruk, argumenterer informantane for at hjelpemiddel framleis blir sett på som ein sentral del av rehabiliteringa og eit viktig middel for å få til trening. Dette blir illustrert av ein informant som seier følgjande:

”Enkle småting er fantastisk viktige. Vi har fått henvist så mange brukarar som berre har heimesjukepleien til å ta på seg støttestrømpene, og som derfor må ligge i senga til heimesjukepleien kjem. Med eit strømpestativ kan dei få på seg strømpene sjølv. Dei kan starte dagen når dei vil, og komme i gang. For eksempel det med å få henvist ein som skal tryggast i dusjsituasjon, og så har han ikkje ein krakk...da tar du med ein krakk og så plutselig er massevis av målsetningane nådd, fordi dei føler seg tryggare når dei kan sitte å dusje. Så sånne småhjelpemiddel kan være ganske viktig for å lykkes med kvardagsrehabiliteringa.” (Sigrid, liten stilling i kvardagsrehabiliteringa, lang arbeidserfaring)

Sitatet illustrerer at hjelpemiddel får større aksept når det fremmar brukar si deltaking i aktivitetssituasjonar. Det kan tolkast som at hjelpemiddel blir meir verdsett som eit middel for å oppnå trening i staden for eit rehabiliteringsverktøy i seg sjølv. Hjelpemiddel blir framstilt som ei støtte for å auka brukar sin trygghet. Informantane rettar merksemd på at kvardagsrehabilitering i dag handlar meir om små funksjonstap og inaktivitet. Desse informantane erfarer at kompenserande hjelpemiddel blir brukt mest i starten av rehabiliteringa, for deretter å bli fjerna etterkvart som brukar sitt funksjonsnivå betrar seg. Eksemplar som blir vist til, er at brukarar skiftar frå rullestol til rullator, og at det no ofte rekk med ein dusjkrakk eller ein toalettforhøgar. Det kjem såleis fram at småhjelpemiddel i større grad blir brukt enn dei store, tunge hjelpemidla. Dette tolkar eg som at mindre hjelpemiddel, som for eksempel dusjkrakk og støttestrømpestativ, får ei meir sentral rolle i kvardagsrehabiliteringa enn dei større, til eksempel trappeheis. Dette vil krevje at brukar er meir aktiv ettersom mindre hjelpemiddel ofte stiller større krav til aktiv deltaking enn dei større hjelpemidla. Såleis får dei mindre hjelpemidla ein meir støttande enn passiviserande funksjon. Ein informant skil seg ut og seier at ho driv mykje med vurdering, tilrettelegging og opplysning av hjelpemiddel i sin praksis. Ho likestiller og verdset hjelpemiddel på lik linje med aktivitetsretta tiltak.

Dei svenske ergoterapeutane i studien beskriv at dei har opplevd ei endring av arbeidsoppgåver og roller med tida. Dei har drive lengre med kvardagsrehabilitering enn dei norske. Dei har erfart at det tidlegare har blitt kompensert alt for mykje med hjelpemiddel, at behovet for hjelpemiddel har blitt mindre fordi ein i større grad driv adl-trening. Eit eksempel er at ein kunne tidlegare vera for raske til å sette inn hjelpemiddel. Dei svenske informantane poengterer sterkt at ein i eit rehabiliteringsløp må starte med å undersøke om funksjonen til brukar er trenbar, før ein eventuelt set inn hjelpemiddel. Hjelpemiddel blir omtala som noko ein bør utsette så langt det let seg gjere for å unngå at brukar blir avhengig. Hjelpemiddel blir sett på som eit reiskap for å kunne nå aktivitetsmål, og kan såleis bidra til at brukarar opplever mestring. Det blir erfart at dersom ein praktiserer aktiviteten mykje med brukar, er det ofte ikkje behov for hjelpemidlet i etterkant fordi brukar rehabiliterer raskare med aktivitet rett etter skaden. Hjelpemiddel blir såleis opplevd som eit alternativ dersom ikkje aktivitetstrening er mogeleg, eller som eit supplement. Som eit paradoks til dette seier ein svensk informant at ho framleis jobbar mykje med hjelpemiddel. Dette blir beskrive i sitatet under:

”Det blir brukt mest tid på bustadstilpassing og hjelpemiddel. Eg skulle ønske at eg hadde meir tid til verkeleg å jobbe med ergoterapi, liksom å jobbe med å formulere mål og trene på ulike aktiviteter...og jobbe med ergoterapiprosessen på en tydelegere måte som ein liksom lærte på skulen”. (Ninni, svensk kommune, 3 års arbeidserfaring)

Sitatet illustrerer at hjelpemiddel i praksis kan bli opplevd som å ”stele” tid frå andre viktige arbeidsoppgåver.

4.1.3 Aktivitet og oppgåveorientert tilnærming som kjernen i kvardagsrehabiliteringa

Informantane erfarer at det i kvardagsrehabilitering er rom for å hente fram ergoterapifaget i mykje større grad enn tidlegare. Å trene gjennom aktivitetar blir framheva som ei kjerneoppgåve. Kvardagsrehabilitering blir beskrive som rehabilitering i å meistra daglege aktivitetar som å kunne stå opp om morgonen, stelle seg, kle seg, lage mat, komme seg ut og vera sosial. Det blir tatt utgangspunkt i at alle dei aktivitetane ein gjer i løpet av ein dag kan brukast som trening der alle funksjonar blir tatt i bruk. Datamaterialet synleggjer at noko av fordelane med å trene i aktivitet, er at fleire funksjonar kan inkludrast i same aktivitet, og at det er ein del av brukar sin kvardag. Informantane opplever at oppgåveorientert tilnærming baserer seg på å knytte praktiske oppgåver til treningssituasjonar. Eit eksempel på dette kan vera å ta ut av oppvaskmaskina. Da har du ei klar oppgåve du skal gjere, men samtidig ein god treningssituasjon for å styrke ferdigheit og funksjonar slik at det kan overførast til andre situasjonar. Det blir erfart at i denne intervensjonsmetoden koplur ein lettare på automatiske handlingar, då det oftast føregår i kjente omgivnader. Ein prøver då å øva konkret på det brukar vil bli god på, slik at vedkommande skal få gjera sine daglege gjeremål ut frå eigne målsetningar. Ein av informantane forklarar oppgåveorientert tilnærming slik:

”Det er å leggja til rette innanfor nærmaste utviklingszone. Ja, leggja den akkurat der brukar føler mestring, tilpassa utfordringar og hjelpebehovet og heile tida gradere aktiviteten”. (Lilly, stor kommune, liten arbeidserfaring)

Sitatet beskriv korleis Lilly jobbar med oppgåveorientert trening, noko som synleggjer at ergoterapeutar har god kompetanse på dette. Dei fleste informantane er ukjent med sjølve omgrepet oppgåveorientert tilnærming, men når innhaldet i omgrepet blir fortalt, er dei kjent med det og snakkar entusiastisk om det. Dette kan tyde på at denne kunnskapen er internalisert

og ”taus”, noko som gjer at det er vanskeleg å sette ord på. Ein informant skil seg ut og er tydeleg kjent med omgrepet og framhevar eksempel på eige initiativ. Ho fortel at ho har mykje erfaring med å praktisere dette og beskriv ein situasjon der ho metodisk arbeidar med brukar i aktiviteten ”å smørja brødskiva”. Ho beskriv at ho observerer korleis brukar utfører aktiviteten, og vurderer utfordringar og styrkar ut frå ei aktivitetsanalyse. Oppgåva blir lagt til rette ved å gi brukar ein kniv med utvida grep da brukar har redusert styrke og finmotorikk i handa. Teknikkar i forhold til grep og bruk av kniven blir justert etterkvart. Informanten opplever oppgaveorientert trening som spennande, men at det og er utfordrande å finna gode spørsmål i situasjonen. Eksempel på spørsmål er: ”Ja, ser du korleis du held kniven no?”, ”Korleis kan du justera dette trur du?” og ”Kan du prøva på ein anna måte?”. Ho poengterer at dette må gjerast med ei mild og oppmuntrande stemme, og at terapeut og brukar utforskar situasjonen i lag. Målet er at brukaren skal eige metoden sjølv, slik at aktiviteten kan gjerast på eigenhand seinare. Det blir framheva at dersom brukar ikkje får prøvd den reelle aktiviteten i treningssituasjon, går dei glipp av praktisering av kvardagsfunksjon. Ein av informantane seier det slik:

”Overføringsverdien er så mykje betre... , det er så mykje enklare og få overført det dei lærer i rein funksjonstrening til praksis. Og då har du den forskjellen på dette her med ”can do” og ”do do”, altså dette her med at du endeleg klarar å reise deg opp og ned i frå benken hos fysioterapeuten, men så er det at du skal reise deg, snu deg og sette deg ned på do, som eigentleg er den store utfordringa.” (Anna, stor kommune, med på oppstart av kvardagsrehabilitering)

Som det blir sagt i sitatet erfarer informanten at når ein trener på å utføre aktivitetar i sin naturlege kontekst er det lettare å overføre dei ferdigheitene i andre aktivitetar. Alle ergoterapeutane i informantgruppa erfarer at den beste plassen for rehabilitering er i heimen til brukar, eller andre vande omgivnader. Informantane erfarer at i rehabilitering på institusjon blir brukar tatt ut av sitt vante miljø, og får ikkje øvd på oppsette mål i forhold til dei reelle kontekstane, noko som hindrar at brukar blir trygga i reelle situasjonar. Anna uttrykker seg vidare slik:

”Vanleg rehabilitering, da blir du dratt ut av heimen og inn enten i ein treningssal eller ein institusjon. Det blir ikkje like gunstig å trene på opp og ned av toalettet som ikkje er ditt eige altså, fordi det kan være høgdeforskjellar, det kan vera at det er trongare heime, at du må bevege deg heilt annleis heime. Ofte så er det mykje enklare på ein institusjon, og så trur ein på institusjonen at ja, men det her går jo greitt, ho kjem seg så greitt opp av senga og ut på do

om natta. Men så kjem du heim og så er det mykje lengre å gå, det er terskler i veggen, så du får ikkje...det er ikkje alltid det er overførbart føler eg.” (Anna, stor kommune, med på oppstart av kvardagsrehabilitering)

Som sitatet synleggjer, blir det av mange informantar framheva at det å trene på kvardagsaktivitetar i heimen gir brukar ei meir fullverdig ferdigheitstrening enn institusjonstrening. Informantane peikar vidare på at sjølv om ein har blitt flink til å praktisere aktivitetar på institusjon, kan ein risikere at det oppstår ein ny usikkerheit som gjer at funksjonsnivået går ned igjen når dette skal overførast til eigen heim. Dette illustrerer korleis overføring mellom ulike kontekstar kan skape usikre moment når det ikkje har føregått i vande omgivnader, og såleis redusere utføringskvaliteten. Eit institusjonsopphald blir omtala som ein plass der adl- basisferdigheit som å gå, stå, snu seg, kle seg, laga mat og handle blir trena opp til eit visst nivå. Deretter er det opp til heimesjukepleien å vidare støtta opp om dei tinga som ikkje er blitt trena på. Tidlegare erfaringar tilseier at dette ikkje har blitt gjort i den grad det er ønskjeleg, og at det har vore relativt lite fokus på å trena opp dei siste ferdigheitene slik at brukarane faktisk blir sjølvhjelpne. Det blir framheva at funksjonstreninga kan inngå som eit ledd i den oppgåveorienterte tilnærminga. Ein informant seier at det fine med kvardagsrehabilitering er at funksjonstrening gir menneske ei forståing av korleis kroppen verkar, og dermed kan ein kjenne det att i ein dagleg aktivitet, som for eksempel å gå i trapp. Sitatet under illustrerer korleis funksjonstreninga blir sett på som eit middel for å oppnå målet, som er aktivitet.

”Ja, men ein kan godt supplere av og til med enkle øvingar også, det har vi jo gjort. For viss målet er å kunne gå til postkassa da, og brukar ikkje er sterk nok i beina, så kan vi øve oss på å gå når eg er der, og så kan han få eigenøvingar på å reise seg og sette seg frå stol for å styrke beina når eg ikkje er der...men oppgåveorienterte øvingar det er det viktigaste. For det er da brukar ser sjølv kva vi held på med.” (Trine, mindre stilling, lang arbeidserfaring)

Ein svensk informant belyser eit negativt aspekt ved å jobba med kvardagsrehabilitering i heimen til brukar. Ho beskriv at ein i heimen ikkje har tilgang på alt utstyret ein har på institusjon, og at supplerings med eit institusjonsopphald difor kan ha god effekt. Det blir løfta frem erfaringar med at det kan vera vanskeleg for brukar å bryte mønster og rutinar i heimen, og enklare å tørre å bryta innlærte gamle vanar på institusjon. Dette kan i enkelte tilfelle vera heilt nødvendig for progresjonen i treninga.

Vidare i oppgåva blir no fokus flytta over på korleis ergoterapeutar opplever dei rollane sine.

4.2 Ergoterapeutane sine mange rollar i kvardagsrehabiliteringa

Datamaterialet synleggjer at ergoterapeutane fyller mange forskjellige rollar i kvardagsrehabiliteringa. Felles for alle informantane er at dei gir uttrykk for at dei no opplever å kjenna seg trygge i rollen som ergoterapeut. Desse ”rollane” er å vera koordinatorar/ leiar, veileदारar for ”motor-team”, heimetrenarar, heimetenestepersonell og veileदार for pårørande. I tillegg kjem rollen som trenar som har blitt omtala tidlegare. Desse rollane vil no bli presentert.

4.2.1 Ergoterapeutane si oppleving av rollen som koordinator/ leiar

Det kjem fram i studien at fleire informantar opplever å naturleg ta ei koordinerande rolle i kvardagsrehabiliteringa. Dette gjennom å ha oversikt over heilheita, og ”legge styringa” for rehabiliteringa. Ein informant seier det slik:

”Eg trur at me har ein klar fordel. Men det kan godt henda det er fordi eg alltid har jobba sånn. Fordi når eg har drive med rehabilitering på institusjon så...var det alltid eg som tok..., eller som regel da, så var det eg som hadde kontakten opp mot heimen...altså pårørande og ut mot heimetenesta og pluss at ein kjente pasienten, for å sikra at alt var på plass til han skulle heim for eksempel. Og det trur eg handlar littegrann om at så lenge ein har fokus på korleis kvardagen skal fungera for vedkommande, så er det komplekst, og da må du ha oversikt, også blir du relativt god på å sjå alle dei kvardagslige situasjonane” (Anna, stor kommune, med på oppstart av kvardagsrehabilitering)

Sitatet illustrerer at informanten opplever at koordineringa handlar om å ha kontakt med alle involverte og få oversikt over heile prosessen gjennom fokuset på kvardagslivet. Informantane opplever å vera koordinatorar i forhold til å kartlegga innhaldet i tiltaket og sette opp ein plan for korleis innsatsane skal utførast. Innhaldet i tiltaket er den praktiske gjennomføringa av rehabiliteringa, noko som kan antyda at ergoterapeutane får eit stort ansvar for den faglege delen av kvardagsrehabiliteringa. Det kjem fram i studien at både ergoterapeutar og fysioterapeutar ledar rehabiliteringa, og omtalar seg sjølv som ”motorane” i teamet og at

kvardagsrehabilitering ikkje hadde fungert utan dei. Dette tolkar eg som at ergoterapeutane ser på seg sjølv som ein stor del av drivkrafta og kjernen i kvardagsrehabiliteringa, noko som igjen gjer dei til hovudpersonar og naturlege leiarar. Ergoterapeutane fortel at dei eksempelvis er i posisjon til å drive internundervisning til kollegaer og pleiepersonalet, få teamet ”i sving”, og eventuelt revurdere brukarar som er tatt med i kvardagsrehabiliteringa, men som kanskje etterkvart viser seg å vera utanfor målgruppa. Dette kan tyda på at ergoterapeutane både tek og får tildelt eit formelt leiaransvar innanfor ulike områder.

Det blir løfta fram at fleire av informantane opplever seg sjølv som nøkkelpersonar og ser på kvardagsrehabilitering som sitt fag. Ein informant illustrerer dette ved å seie at:

”Vi er jo så aktivitetsfokusert, i alle fall dei fleste av oss. Og det er jo kjempeviktig, for det er det å være i aktivitet som gjer at folk mestrer ting og mestrer kvardagen, og det er jo det kvardagsrehabilitering er. Så eg føler at kvardagsrehabiliteringa er jo veldig ”ergoterapi.”
(Gjertrud, middels stor kommune, lang og variert arbeidserfaring)

Sitatet beskriv korleis kvardagsrehabilitering blir kopla til ergoterapeutar sin profesjonskunnskap med spesiell vekt på kunnskap om aktivitet. Kvardagsrehabilitering ser ut til å vera ein mogeleg arena for å synleggjere ergoterapeutar sin fagkompetanse. Gjennom kvardagsrehabilitering erfarer ergoterapeutane å bruke faget sitt meir ved at dei i større grad får brukt sin kunnskap og får jobba meir med aktivitet. Det kan såleis sjå ut til å opne for at det blir etablere nye arbeidsområder og rollar som samsvarar meir med deira kunnskapsområde. Ergoterapeutar sitt kvardagslege språk blir trekt fram som eit verktøy for å bidra til at brukarane forstår kva ergoterapeutane kommuniserer. I kontrast er enkelte norske informantar heilt ueinige i dette. Dei likestiller seg sjølv med dei andre faggruppene. Ein informant skil seg ut og seier at ergoterapeutar sitt aktivitetsfokus ikkje nødvendigvis er knytt til ergoterapi som profesjon, men at det heller er personavhengig.

Dei informantane som berre har ein liten deltidstilling i kvardagsrehabiliteringa opplever ikkje å ha ei koordinator/ leiar rolle. Dei fortel at det er vanskeleg å få oversikt på grunn av for lite tid, og blir illustrert med følgjande sitat:

”Nei, faktisk ikkje. I og med at eg berre jobbar to dagar der inne, så klarar eg det ikkje. Fordi det skjer så mykje, for eg har liksom hatt fast onsdag, torsdag. Frå torsdag til neste onsdag så

skjer det ganske masse. Så det er ikkje mi hovudoppgåve føler eg...i teamet.” (Trine, mindre stilling, lang arbeidserfaring)

Det kan tyda på at det å vera mindre tilstade vanskeleggjer det å få oversikt og kontroll, noko som gjer at det då vert unaturleg å inneha ei leiroll. Samtidig synleggjer datamaterialet at ergoterapeutane ønskjer å fylle rollane ulikt.

4.2.2 Rollen som veileidar for ”motor-teamet”, heimetrenarar og heimetenestepersonalet

Informantane fortel at ”motor-teamet” med ulikt tal på ergoterapeutar og fysioterapeutar utgjer kjernen av fagpersonar. Enkelte kommunar har og inkludert andre faggrupper som sjukepleiar, sosionom, vernepleiar og miljøterapeut. Dei svenske informantane beskriv at ”motor-teamet” består av ergoterapeut, fysioterapeut, distriktssjukepleiar, saksbehandlar og sjefen for heimetenesta. ”Motor-teamet” samarbeider med heimetenesta eller har egne heimetrenarar som er sjukepleiarar, hjelpepleiarar, eller ufaglærte. Rollen som veileidar blir her framheva som ein sentral rolle. Å veilede kollegaer i ”motor-teamet” blir beskrive som det å lære kollegaer korleis rehabiliteringa skal utførast med kvar enkelt brukar. Fleire informantar erfarer at dei med sin ergoterapifaglege bakgrunn kan tilføre teamet kunnskap dei ikkje har frå før, og veiledning blir sett på som ei svært viktig oppgåve. Vekentlege møter med ”moter-teamet” går igjen som ein viktig veiledningsarena og eit fagforum, der kartlegging med COPM er eit viktig diskusjonstema.

Ergoterapeutane opplever å ha eit stort ansvar for veiledning og undervisning av heimetrenarar og heimetenestepersonale, som eg vidare i oppgåva vel å omtala som pleiepersonale. Eit eksempel på den teoretiske undervisninga til pleiepersonalet er at den er på seks til sju timar fordelt på tre veker. Dette vert opplevd som passande opplæring som ein ”startpakke”. Nokre informantar fortel at dei brukar mest tid på veiledning, da dei meiner at det ikkje er behov for å måtte gå inn å trene brukarane sjølv så lenge ein kan bruke sin fagkunnskap til å veilede heimetenestepersonalet. Nokre informantar peikar på at også i aktivitetstreninga med brukar er veiledning sentralt, noko som synleggjer at veiledarrolla kan vera ein del av trenarrolla og at desse såleis kan gli litt over i kvarandre.

Datamaterialet synleggjer at det på den eine sida blir opplevd som utfordrande å veilede pleiepersonalet fordi det kan vera vanskeleg å få dei med ”på laget”, men på den andre sida blir det opplevd som positivt når dei først er med på rehabiliteringstankegangen. Då er dei målretta og ivrige etter å motta veiledning. Dei svenske informantane fortel at dei har faste rutinar for utdanning av heimetenesetpersonalet ein til fire gonger per år. Dette er eit krav frå kommunen, som har lagt opp eit undervisningsmaterial med bestemt innhald. Undervisningstida er på mellom fire til åtte timar og tek for seg ergonomi, leddvern, forlyttingar, rehabiliterande holdningar og bruk av tilrettelegging. Det kan og være utdanning rundt visse hjelpemiddel, som personløfter og selar, då ein skal ha gjennomgått utdanning for å bruke dette. Alle i teamet skal ha skriftleg dokumentasjon på at dei har gjennomgått denne opplæringa. Det blir vidare lagt vekt på at ergoterapeut følger opp pleiepersonalet hos brukar etter undervisninga. Dei norske informantane gav ikkje uttrykk for at dei hadde nokon mal for undervisning eller material, noko som synleggjer ein kontrast frå Sverige. Andre veiledningsformer, som skriftelege veiledning i form av arbeidsplanar, og munnlege planleggingsmøte med personalet, blir også framstilt som viktig. Veiledningsrolla er veldig tydeleg beskrive av dei svenske informantane. Det blir poengtert at veiledninga er eit stort område for ergoterapeutar, noko som blir illustrert gjennom dette sitatet:

”Veiledning er vanskelig. Det å få ut sitt budskap, og at dei tek det på alvor. Veiledning er alltid vanskelig...og vi har til og med ein ergoterapeut som har studert det der litt ekstra, og skrive ein avhandling rundt veiledning av personalet. Det er eit stort område for oss. Eit viktig område som man bør ha bra kunnskap om- korleis ein veiledar andre personar på best måte.” (Elise, svensk kommune, med frå oppstart av kvardagsrehabilitering)

Dei svenske informantane framhevar at dei er avhengig av ein god dialog med brukar. Dette er avgjerdande for å få innsikt i tidlegare erfaringar til brukar, og såleis komme fram til felles einigheit om korleis intervensjonen skal utførast. Det blir vist til at dei demonstrerer, guidar, støttar og veiledar pleiepersonalet:

”Oftast så kan det jo ha komme et spørsmål til meg om et problem. Vi opplever for eksempel problem med å ikkje få brukaren opp til sittande på sengekanten eller at han ikkje kjem seg opp frå seng til ståande. Vi går dit saman, og ofte så er det sann at eg kanskje går dit ein gong på eigenhand først, for å lage meg ei oppfatning før eg seinare går dit med personalet. Så prøver eg å ha ein dialog med personalet. For det er ikkje alltid eg som sit på løysninga. Personalet

kan være kjempeflinke på ulike ting. Men dersom eg går dit først, så kan eg lage meg ei oppfatning av om det trengs et nytt hjelpemiddel eller om ein kan finne andre måtar å gjere det på (...)Eg visar, og så får personalet prøve. Kan det her være noko? Ja, seier dei, det her fungerer kjempebra eller, det her fungerer ikkje” (Elise, svensk kommune, med frå oppstart av kvardagsrehabilitering)

Sitatet illustrerer korleis Elise kvalitetssikrar rehabilitering med å veilede ute hos brukar. Informantane fortel at dei lettare kan oppdage ting når ein ser det med ”eigne auge”, noko som også kan bidra til å auke heimetenestepersonalet sin kompetanse. Dei fortel vidare at når dei er ute med heimetenesta kan dei få spørsmål om problem som dei ikkje greier å ta tak i dersom dei ikkje er ute med brukar i ein reell situasjon. Det kan sjå ut til at dei svenske ergoterapeutane verdset den praktiske overføringslæringa i større grad enn den teoretiske. Å prøve ut intervensjonen i praksis gir personalet moglegheit til å vera meir aktivt deltagande i utviklinga av intervensjonar enn det dei norske informantane fortel om. Dette kan antyde at dei svenske ergoterapeutane meiner at dei ved å prøve ut intervensjonar i praksis vil kunne ha moglegheit til å i større grad individuelt tilpassa eit treningsopplegg for brukar. I tillegg vil det i større grad sikre at heimetenestepersonalet får eit presist bilete av korleis tiltaket skal gjennomførast. Denne kontinuerlige oppfølginga av pleiepersonalet i Sverige tyder på at heimetenesta der får god veiledning og støtte gjennom heile prosessen.

I kontrast til dei svenske informantane beskriv dei norske informantane at dei praktiserer mest undervisning og demonstrasjon i møtelokal. Ein informant illustrerer eit eksempel på dette, ved å sei at:

”Då pleier vi å vera med på personalmøtet ein gong i veka, der vi har ein gjennomgang av pasienten. Fortel litt om erfaringar og opplevingar, også fordelar vi litt arbeidet da, eller kva som skal gjerast av øvingar. Etterkvart så evaluerer vi, og kanskje skiftar ut øvingar og då...så kan vi kanskje vise på personalmøtet eller forklara korleis det skal gjerast.” (Lilly, stor kommune, lite arbeidserfaring)

Sitatet illustrerer korleis denne veiledninga er basert på dialog og litt demonstrering som i større grad blir ein teoretisk overføringslæring. Dette kan tyde på at dei opplever at det har større verdi, eller det kan vere at dei gjer det på grunn av tidspress.

Ein norsk informant beskriv at ho driv opplæring før, under og etter heimebesøket, der pleiepersonalet får komme med tilbakemelding på kva dei opplever som utfordrande. Informantane peiker på at veiledning føregår i liten grad heime hos brukar, sjølv om det førekjem i enkelte tilfelle. Det kjem fram eit ønskje om ei endring blant nokre norske informantar der dei i større grad ønskjer å veilede direkte ute hos brukar og vera meir saman med heimetrenarane. Dette for å kunna veileda dei betre heime hos brukar i den rette konteksten. Dette kan illustrere ein tanke om ei utvikling der dei i større grad ønskjer å veilede direkte ved å vise øvingar til brukar. Ein anna informant illustrerer korleis veiledning i heimen er ein måte å ha kontroll på:

”Ja, og så melder jo heimetrenarane tilbake at kanskje noko har endra seg, kanskje er det ein situasjon som oppstod den gongen vi var der. Da er vi veldig på tilbodsida med å bli med ut. Så vi følger opp veldig, og har veldig kontroll på korleis det går med brukaren da.” (Maria, stor kommune, lang og variert arbeidserfaring)

Alle informantane opplever at det er viktig å få til eit kollektivt rehabiliterande tankesettet for å møte utfordringane i åra framover. Dette fordi eit felles tankesettet vil gjera implementeringa av kvardagsrehabilitering lettare. Fleire ergoterapeutar opplever at pleiepersonalet kan vere noko motvillige til veiledning i startfasen, men dersom brukarresultat visar positive endringar, ønskjer dei i større grad å bli veileda. Det blir beskrive at samarbeid med heimetenesta i stor grad handlar om å adaptere ergoterapeutar sine arbeidsmetodar ved at heimetenesta gjennomføre intervensjonen med brukar slik dei har blitt veileda til. Dette fordi heimetrenarane ikkje alltid har nok rehabiliteringskompetanse. Det blir framheva at rehabiliteringa er kvalitetssikra når pleiarane har implementert terapeutane sin tankegang.

”For viss det handlar om at vedkommande skal bli trygg i å gå med rullator igjen, så oppmoda vi heimetenesta til å ha fokus på det kvar gong dei er innom. At dei ikkje køyrer han til toalettet i rullestolen, men at dei alltid brukar rullatoren, slik at det kan bli mange ”drypp”, som er litt av poenget med å samarbeida med heimetenesta. At dette ikkje berre blir rehabilitering fem dagar i veka, eller kanskje berre to dagar i veka. Det blir veldig tett oppfølging, pluss at vi håpar på at heimetenesta vil følge opp med same tankegang hos den brukaren etterpå (Anna, stor kommune, med på oppstart av kvardagsrehabilitering)

Ut frå dette sitatet kan det sjå ut som at informanten ser på sitt eige bidrag som viktig for å ha fokus på rehabiliteringsbiten i kvardagsrehabiliteringa, og at det krev kontinuerleg god oppfølging for å unngå at rehabiliteringsfokuset skli ut. Ergoterapeutane gir på den eine sida uttrykk for at dei er avhengige av tilbakemeldingar frå heimetrenarane, samtidig som dei på den andre sida meiner deira faglege veiledning er nødvendig for å få til god kvalitetssikring. Ein informant seier det slik:

”(...)Heimetenesta var der fleire gongar for dagen. Og så var vi innom brukar ein eller to gongar i veka og drøfta med dei korleis dei hadde prøvd å gjera det sidan sist. Så kom dei kanskje med noko som var utfordrande, eller lurte på om kunne leggest til rette. Da er det å gå inn og prøva enten teknikk, eller tilrettelegging. Det er ikkje sånn at eg seier detta skal de gjera, men at vi har ei drøfting...der eg kan komma med min kompetanse og stilla spørsmål ”kan de prøva det kanskje?” ikkje sant, med ting som dei ikkje har tenkt på sjølv.” (Johanne, stor kommune, lang arbeidserfaring)

Andre veiledningsformar som kjem fram i datamaterialet, er å skrive planar og lage arbeidslister til heimetenesta. I tillegg blir telefonsamtalar med heimetenesta beskrive som viktige for å vidareformidle kva som er gjort, og kva som skal føljest opp når heimesjukepleien tek over etter at kvardagsrehabiliteringa er avslutta. Det kan sjå ut som at rollen som veileidar gir ergoterapeutar moglegheit til å få overblikk, styre, koordinere kvardagsrehabiliteringa, og på same tid gir dei ein måte å kvalitetssikre at intervensjonen blir gjort etter dei nødvendige krav sett ut frå ergoterapeutar sin fagkompetanse. Slik får dei brukt kunnskapen sin til å forme rollen.

4.2.3 Rollen som veileidar for pårørande

Ergoterapeutane erfarer å ha rollen som veileidar ovanfor pårørande. Pårørande blir som oftast opplevd som ein ressurs, men kan og vera ei utfordring. Eit eksempel på utfordringar er om pårørande hjelper brukar med kvardagsaktivitetar han/ ho skal utføre sjølvstendig slik at dette ikkje blir trening. Å veilede pårørande blir opplevd som tidkrevjande. Ei anna utfordring er at nokon informantar opplever mange pårørande som engstelege og redde, og visar til eksempel der pårørande vil at mor eller far skal få hjelp av fagfolk og ha moglegheit å få tenesta tilbake dersom brukar skulle få eit nytt behov for dette. Det blir vist til eksemplar der pårørande ønskjer at foreldra må få hjelp fordi dei har betalt skatt i alle år, til trass for at brukaren sjølv meiner å klare seg utan hjelp. Dette illustrerer at pårørande sine handlingar ikkje alltid samsvarar med

brukar sitt behov. Datamaterialet synleggjer informantane si forståing for at pårørande vil det beste for sine nærmaste. Det blir derfor løfta fram som viktig å formidle til pårørande at dersom brukar blir ein passiv mottakar av hjelp, kan det føre til raskare funksjonstap, både fysisk og psykisk. Det blir framheva at samarbeidsmøter med pårørande alltid blir forsøkt gjennomført ved start og avslutning. Dette mellom anna fordi det er viktig å gi pårørande den same informasjon som brukar får under vurderingsbesøket og at dei forstår tankegangen og praksisen i kvardagsrehabilitering. Nokon av informantane poengterer at det kan vera ein fordel å ta ein prat med pårørande aleine, for å sikre at deira eigentlege mening kjem fram. Dei tre informantane som har erfaring med oppstart av kvardagsrehabilitering, er spesielt opptekne av at pårørande må informerast og tryggast for at dei skal få ei forståing av utbyttet av treninga. Dette kjem mellom anna til uttrykk på denne måten:

”Det er veldig mange engstelige pårørande. Dei er redd for at ho mamma kan ramle, og dermed er det best at ho sit i ro i stolen. Helst i en løftestol så ho slepp å bruke kreftene på å røyse seg. Så den biten er litt..., det er ei utfordring, men samtidig er det interessant...og når ein går i ein dialog og informerer og forklarar... så går det veldig greitt”. (Kari, liten kommune, med på oppstart av kvardagsrehabilitering)

Sitatet illustrerer korleis god veiledning og informasjon ofte kan gi pårørande trygghet. Slik kan dei bli ressurspersonar og hjelp for fagpersonalet ved å bidra med trening av brukar. Resultat som synleggjer ei positiv endring bidreg også til ei meir positiv haldning. Ut frå dette kan det verke som ergoterapeutane tek på seg ansvaret for å formidle innhaldet i kvardagsrehabilitering til pårørande, løfte fram brukarmedverknad og viktigheita av å vera agent i eige liv. Det å investera tid i veiledning for pårørande kan sjå ut som å vera ”gull verdt”.

4.3 Ergoterapeutar sitt kunnskapsgrunnlag

I dette kapitlet vil det bli ei oppsummering av korleis ergoterapeutane i studien erfarer at deira kunnskap passar inn i kvardagsrehabiliteringa.

Det kjem fram i datamaterialet at teoretisk og praktisk- og erfaringsbasert kunnskap blir verdsett på forskjellige måtar blant informantane. Majoriteten av informantane opplever at den praktiske og erfaringsbaserte kunnskapen blir mest brukt i den daglege praksisen men samtidig at dei

nyttar ei blanding av desse kunnskapsformene fordi handlinga er styrt av kompetansen dei har tileigna seg både gjennom utdanning og erfaring.

4.3.1 Teoretisk kunnskap

Ei nølende usikkerheit prega fleire av informantane då dei skulle konkretisera kva teoriar kompetansen deira er basert på, og dei hadde vanskar med å setje ord på kva teoriar dei brukar i praksis. Den teoretiske kompetansen blir beskrive gjennom symbolske uttrykk som at teorien ligg ”i ryggraden” og som ein får av erfaring, noko som kan tyde på at den er internalisert og blitt ein del av heilheita i den profesjonelle kunnskapen. Ergoterapeutane seier at dei opplever å ha nok teoretisk kunnskap til å løysa dei fleste oppgåvene som dukkar opp i prosessen med kvardagsrehabilitering. Noko av den teoretiske kunnskapen som blir trekt fram er kunnskap om adl- funksjon, aktivitetsteori, aktivitetsanalyse og deltakarperspektiv. Ein informant beskriv:

”Vi er jo indoktrinerte med aktivitetsanalysen. Den er i botn heile tida. I tillegg til arbeidsmodellen”. (Berit, stor kommune, lang arbeidserfaring)

Berit synleggjer at den teoretiske kunnskapen om aktivitet er med i alle praktiske utøvingar. Ergoterapiteoriane blir beskrive som eit samspel mellom miljø, person, og det sosiale som påverkar brukaren. Den ergoterapifaglege modellen MOHO med vilje, vane og motivasjon som sentrale prinsipp, blir løfta fram som sentral. Ein informant løftar fram systemteori som eit bakteppe for heile yrkesutføringa. Der ser ein korleis ting heng i hop og påverkar kvarandre gjensidig. Teoretisk kunnskap er viktig for å kunna operera innanfor eit lovverk i forhold til rettigheitar og plikter. Vidare blir kunnskap om fysisk funksjon, sjukdom, skade, nettverket sin betydning, energiøkonomisering, rehabiliteringsideologi og nasjonale føringar framheva. Forsking på kvardagsrehabilitering i Sverige og Danmark og fysisk aktivitet blir også løfta fram som ein viktig del av den teoretiske kunnskapen.

På spørsmål om informantane opplevde at dei mangla teoretisk kompetanse på noko område, svarar fleire informantar at det trengs meir kunnskap om motiverande intervju. Dette er ein intervjuteknikk der ein set brukaren sitt perspektiv i sentrum. Vidare kjem det fram eit ønskje om meir generell kunnskap rundt brukargrupper innanfor rus og psykiatri. Enkelte informantar beskriv at dei manglar kompetanse på oppgåveorientert læring, generell rehabilitering,

aktivitetsteori og bevegelsesvitenskap. Dette illustrerer at nokon opplever eit behov for enda meir kunnskap innan det som vert rekna som kjernekompetansen for ergoterapeutar.

Dei svenske informantane belyser likheitstrekk til norske informantar når det kjem til den teoretiske kunnskapen. Ein kontrast er at dei har få kartleggingsverktøy som blir tatt i bruk. Dei beskriv at dei brukar ein veileidar som kommunen har utvikla, der det skal kartleggast i forhold til 3 graderingar som omhandlar nivå av effektivitet, anstrengelse og sikkerheit. Dei svenske informantane seier dei har kjennskap til COPM, men praktiserer ikkje dette i kvardagsrehabilitering. Dette kan gi ein indikasjon på at dei svenske ergoterapeutane i mindre grad brukar kartleggingsreiskap enn norske informantar, og at COPM ikkje er eit sentralt kartleggingsreiskap i deira kvardagsrehabiliteringspraksis.

4.3.2 Erfaringsbasert- og praktisk kunnskap

Dei fleste informantane hevdar at dei har mest fokus på den erfaringsbaserte- og praktiske kunnskapen i det daglege arbeidet med kvardagsrehabilitering.

”Det er vel kanskje mest den praktisk kunnskapen, tidligare erfaringar, alt du har lært opp gjennom...eg må innrømme at når eg møter brukar så går eg ikkje inn og tenker en viss teori. Altså, det ligg jo på en måte sånn bak i ryggraden, men det er jo det du har erfart tidligare du brukar mest.” (Trine, mindre stilling, lang arbeidserfaring)

Sitatet illustrerer korleis tidlegare erfaring i stor grad blir anvendt i det praktiske arbeidet med kvardagsrehabilitering. Dette kjem til syne gjennom uttrykk som ”auga som ser”, ”personleg eigna” og ”sunn fornuft”, noko som illustrerer at taus kunnskap har ein sentral plass i denne erfaringsbaserte kunnskapen. Det blir framheva at ein ikkje nødvendigvis følger malen i MOHO og aktivitetsteori, men at det ”sit i hovudet”. Ein informant seier følgjande:

”Erfaring er ganske viktig. Eg flyt veldig på at eg har mange års erfaring med å samtale med folk, støtte brukar på dei rette plassane og kunna utfordra litt.” (Anna, stor kommune, med på oppstart av kvardagsrehabilitering)

Sitatet får fram budskapet om at livserfaring er ein viktig del av den erfaringsbaserte kunnskapen ein tek med seg inn i profesjonsrollen. Informantane fortel at dei tek med seg

erfaring frå korleis dei har trent med tidlegare brukarar, og brukar dette som kunnskapskjede til å vurdere om delar av det kan takast med vidare til andre brukarar. Erfaring frå kollegaer i ”motor-teamet” blir trekt fram som ei viktig kunnskapskjelde. Å arbeide i lag med pleiepersonalet blir beskrive som positivt, då dei ofte har god kjennskap til brukarane, og difor ofte kan komme med gode løysingar og tilbakemeldingar. Desse eksempla synleggjer at erfaringar er sentralt på fleire områder, og at det å dele erfaringar symboliserer at ein verdset andre sin kompetanse. Måten å tenkje på blir og opplevd som ein del av den erfaringsbaserte- og praktiske kunnskapen. Fleire informantar opplever at fysioterapeutar og ergoterapeutar tenker litt likt, sjølv om arbeidsreiskapane er ulike. Ein informant hevdar at tankegangen er meir personavhengig enn fagavhengig. Dette kan tolkast som at tankegangen i utgangspunktet kan vera forankra i yrkestittel, men og at den individuelle erfaringa har stor verdi i den totale profesjonskompetansen.

Dei svenske informantane gir, i likheit med norske informantar, uttrykk for at dei har mest fokus på erfarings- og praktisk kunnskap i kvardagsrehabiliteringa. Dei måtte også tenke seg om ei stund for å finne svara på kva teoretisk kunnskap som ligg til grunn for praksisen. Dei meinte at det var vanskeleg å forklare detaljar om teori, og la vekt på at teorien ”sit i bakhovudet”. Ein informant frå Sverige seier det slik:

”Eg brukar oftast ingen spesiell mal, utanom at ein har denne prosessen i hovudet. I tillegg så får eg jo ganske ofte rapporteringar frå sjukehuset om korleis dei har gjort det der og kva skjema som er brukt. Dei blir jo utreda der også, av ergoterapeut og fysioterapeut inne på sjukehuset, så ein har jo eit bilete av det...når dei kjem heim.” (Elise, svensk kommune, med på oppstart av kvardagsrehabilitering)

Sitatet gir eit bilete på korleis dei svenske ergoterapeutane opplever at arbeidsprosessen i stor grad er erfaringsbasert, og korleis kunnskap frå kollegaer om tidlegare kartlegging og intervensjonar blir viktig.

4.3.3 Brukarmedverknad og brukarstyring

Brukarane sin kunnskap blir framheva som ein sentral del i kvardagsrehabiliteringa. Eg ser derfor på dette som ei viktig kunnskapskjelde som ein må ta med i heilheitsvurderinga. Fleire av informantane fortel at dei opplever at brukarane har forskjellig oppfatning av rehabiliteringa.

Nokon av brukarane gir uttrykk for at styrkeøvingar er kjedelege og eit ork, men at dei utfører treninga likevel fordi dei ser på det som nødvendig. Andre brukarar ønskjer å trene knebøyg og lårhev for å kunne seie at dei har trena. Det blir og beskrive at enkelte brukarar opplever at det å trene i aktivitet ikkje blir oppfatta som trening før etter at aktiviteten er ferdig. Eit eksempel som blir gitt er at brukar ber gjerne ergoterapeuten om å hente mat frå kjøleskapet og få den påsmurt, då vedkommande sjølv ikkje tenkjer på denne aktiviteten som trening. I slike situasjonar blir det erfart at ein må forklare hensikta bak aktiviteten til enkelte brukarar. Ein må seia kva ferdigheitar som blir utfordra i dei ulike øvingane, som i dette tilfelle er at vedkommande får brukt hendene sine til trening ved å lage maten sin sjølv. Dette kan tyde på at brukar og fagpersonar kan ha ulik forståing av kva som er rehabilitering, noko som synleggjer viktigheita av å få fram brukar sine opplevingar. Å formidle kunnskap om aktivitetstrening blir såleis sentralt for å gi brukar nok kunnskap til å forstå kva intervensjonen går ut på. På ei anna side opplever nokre informantar at brukarane får ein mestringsfølelse av å trene i aktivitet. Dei erfarer at brukar får meir motivasjon og sjølvtilit gjennom å sette eigne mål og vise kva dei tørr og klarar. Dette blir illustrert gjennom følgjande sitat:

”Vi er veldig fokuserte på dei måla brukaren har satt seg, og at det er det som skal styre heile prosessen. Dei er jo veldig kvardagslige, og det er jo kvardagslivet som skal fungere, og då må det jo bli kvardagslige mål.” (Maria, stor kommune, lang og variert arbeidserfaring)

Sitatet illustrerer korleis brukar sine mål blir opplevd å ha ein stor plass i kvardagsrehabiliteringa, og viktig for at brukar skal ha eit positivt utbytte av rehabiliteringa. Dette blir forklart med at mykje av treninga handlar om å oppnå trygghet, noko som synleggjer at gjennom aktivitetstrening får brukar trena på å meistre utfordrande aktivitetar i trygge omgivnader. Målet som blir framheva er at brukaren skal få eit verdig liv, føle at han duger til noko, ikkje blir hjelpetrengande, og kunne utvikle sitt potensial til det fulle.

I tidlegare arbeidserfaring har fleire informantar opplevd at det har vore praktisert lite brukarmedverknad. Eksempel som blir belyst er opplevinga av at det i praksis føregjekk mest på heimetenesta sine premisser, der målet ofte vart sett frå tenestekontoret, og ikkje samsvarer med brukar sine behov. Dette synleggjer eit manglande fokus på kartlegging av brukar sine mål og behov. Alle ergoterapeutane framhevar eit ønskje om å snu trenden til at brukar blir ein meir aktiv deltakar. Dei beskriv at ved å stille spørsmålet ”Kva er viktig for deg?” og ”Kva aktivitetar betyr noko for deg i kvardagen?” sikrar ein brukarmedverknad frå starten av i rehabiliteringa. I

datamaterialet kjem det fram ulike syn på om det blir praktisert brukarmedverknad eller brukarstyring, der dei to omgrepa blir definert på forskjellige måtar av informantane. Det blir lagt ulik vekt på kva grad av medverknad som ligg i omgrepet brukarmedverknad. Til trass for delte meiningar er det ein tilsynelatande einigheit om at kartleggingsfasen i større grad er brukarstyrt enn intervensjonsfasen, som går meir over i brukarmedverknad.

Dei informantane som er tydelege på at dei driv brukarmedverknad argumenterer med at rehabiliteringa er eit samarbeid der alle fagpersoner yter sitt bidrag, og inkluderer brukar. Dei beskriv at brukar sjølv utarbeider mål og er delaktig i prosessen, utan å ha full styring. Fagpersonar kjem inn med fagkunnskap, og har ansvar for å ivareta brukaren. Ein informant seier det slik:

”Ja, det er brukar sine mål som er styrande for vår intervensjon. Men, det er vår faglige vurdering som inkluderer brukar sin erfaring og kompetanse, som er det som betyr noko i forhold til måten vi skal jobba vidare på. Når det gjeld brukarstyring,- da tenker eg at vi står i fare for å bli nikkedokker. Sånn som omgrepet ligg i mitt hovudet så blir vi nikkedokker og utførarar, og såleis tenaren til denne personen. Sånn som eg ser brukarmedverknad, er det eit samarbeid der vi alle saman yter vårt bidrag, brukar inkludert.” (Johanne, stor kommune, lang arbeidserfaring)

Sitatet illustrerer korleis informanten tenkjer at brukarstyring hadde resultert i at fagpersonar hadde overlata for mykje ansvar til brukar, og at fagkompetansen på den måten hadde mista noko av sin verdi. Ei utfordring som blir belyst av informantane er at fagpersonar må hindra omsorgssvikt og ivareta brukar i dei tilfella der brukaren sine mål er urealistiske eller lite tenlege for rehabiliteringsprosessen. For å sikre brukarmedverknad må ergoterapeutane ha kunnskap om brukar sitt behov og samtidig kunne gjere etiske vurderingar. Det blir uttalt at fagpersonar har ein agenda, og at ein heller skal streva etter å komma til felles einigheit i staden for å bli ”tenestepiker”. Målet til brukar blir beskrive som styrande, men fagpersonar kjem inn med sine faglege vurderingar og kompetanse, og bestemmer mengde trening som ein del av kvalitetssikringen for å nå målet. Brukarstyring blir opplevd som meir utfordrande når brukar har kognitiv svikt, psykiske lidingar eller ikkje orkar å gjennomføra planlagt trening, eller når det kan kjennast som ei utfordring å bli frisk. Det blir og sagt at utfordringa kan handle om personlegheit, og ikkje om diagnosar. Eksempel som blir trekt fram er brukarar som aldri får bestemt seg for mål, og som har mange unnskyldningar for ikkje å trene.

Forskrifter og føringar for ergoterapeutar si tenesteyting blir vektlagt av informantane som viktige for å avklare forventningar mellom ergoterapeut og brukar. Det kjem fram at enkelte informantar opplever at det er lett for å overføre egne normer og verdiar til brukar, og derfor lett å lede dei utan at deira mål er i fokus. Dette blir forklart på følgjande måte av Johanne:

”Utgangspunktet er dei måla som brukar er med å lage sjølv. Det kan vere slik at vi kjem med forslag til kva vi kan gjera og kva vi kan jobba med. Brukar er med på å seie noko om kor ofte dei vil at vi skal komme å trene med dei. Korleis opplegget gjennom veka skal være. Kor mykje dei greier å gjere sjølv. Sjølv om vi er ganske gode til å oppfordra dei, ikkje sant.” (Johanne, stor kommune, lang arbeidserfaring)

Sitatet illustrerer at fagpersonar kan vere for aktivt inne i intervensjonsplanlegginga, noko som kan resultere i at brukar føler at han/ho ikkje har noko eige val. Ein informant fortel at ho har ei evalueringsveke mot slutten av rehabiliteringa, der ho prøver å utfordre brukar til å nå nye og meir utfordrande mål. Når det kjem til synlegheit og rolleavklaring ovanfor brukar, kjem det fram i datamaterialet at fleire informantar opplever at brukar er meir deltagande når terapeutar er hos dei enn når heimetenesta er der.

Ein anna gruppe informantar er klare på at dei praktiserer brukarstyring, og ikkje brukarmedverknad i kvardagsrehabiliteringa. Dette blir fortalt slik:

”Eg opplever at vi har brukarstyring i praksis i forhold til desse brukarane. Blant anna så er det jo det at dei faktisk har laga sine egne målsettingar (...) ja at dei då har valt desse tinga som er viktige for dei i kvardagen. Det blir på ein måte opp til oss som terapeutar å vera kreative nok til å møte ønska deira og finna det som passar dei. Dette føregår i deira heim. Det føregår på deira premisser, når dei har tid og når det fungerer for dei i deira kvardag. Ja, og dei har på eit kvart tidspunkt mogelegheit til å velje vekk dette, og sei at no vil eg ikkje meir. Målet er fokuset for brukarstyringa.” (Anna, stor kommune, med på oppstart av kvardagsrehabilitering)

Denne ergoterapeuten beskriv at ved å lata brukar styre så mykje av tiltaka som mogeleg får vedkommande meir ansvar. Desse informantane poengterer at det er viktig at brukar blir sett, og ein legg derfor opp aktivitetsprogram og treningsprogram saman med brukar, der måla skal vera i fokus. Andre informantar seier at dei strevar etter brukarstyring, men at det i praksis blir

meir brukarmedverknad. Det er ein føresetnad at det må vera aksept frå leiing og politisk hald for å få nok ressursar til å drive kvardagsrehabilitering. I tillegg til at tiltaka bør bli sett opp som vedtekne tiltak til brukar på same måte som andre tradisjonelle tenester frå heimetenesta.

Dei svenske ergoterapeutane uttrykker at dei opplever kvardagsrehabiliteringa som lite målfokusert. Dei ønskjer at brukaren i størst mogeleg grad skal bestemme kva tiltaket skal vera, men at det i praksis blir liten tid til å gjera ei grundig kartlegging av ønska mål. Dette er ein stor kontrast til dei norske informantane, som legg vekt på at måla er utgangspunktet for brukarmedverknaden og kvardagsrehabiliteringa. Dette kan tyde på at dei svenske ergoterapeutane er mindre brukarfokuserte enn dei norske.

4.4 Samarbeid mellom dei ulike faggruppene i kvardagsrehabiliteringa

4.4.1 Tverrfalgeg samarbeid

Alle informantane i studien opplever det store fokuset på tverrfagleg samarbeid i kvardagsrehabiliteringa som positivt og avgjerande. Dette fordi dei erfarer at dei treng ulik kompetanse i samansette situasjonar for å lykkast med dette arbeidet. Fleire informantar legg vekt på at å jobbe tverrfaglig handlar om å sjå både kompetanse og ressursar hos andre faggrupper, og våge å dele av eigen kompetanse. Dette blir illustrert gjennom uttrykk som ”å lata andre gå litt i dine bedd” som vil sei at ein må våge at andre brukar litt av ditt fag, og at ein ikkje kan eige fagkompetansen. Det blir framheva at dette kan ein få til ved å søke hjelp, overlappet kvarandre, gi av seg sjølv og ha fokus på kva vi kan få til i lag. Ein informant seier det slik:

”Det er ingen som klarer å sjå heilheita. Altså min heilheit, det er ut frå mine briller. Den er ut frå min fagkompetanse saman med mi livserfaring...Din og andre i teamet sin heilhet er farga av deira utdanning og deira livserfaringar...Vi har på vårt kontor et bilde som vi fekk donert frå fagkoordinator. Der er det eit musikkorps, og det er et bilde på tverrfaglegheit. Altså, vi er i same korpset, men vi spelar kvart vårt instrument, men vi er nøydt til å spele same melodi. Vi er nøydt til å starte samtidig og vi er nøydt til å slutte samtidig for å få melodien. Og det tenker eg er...for å få heilheita så er vi nøydt til å ha alle de her fragmentane som kvar enkelt

faggruppe klarer...kanskje brukaren er dirigenten?”. (Kari, liten kommune, med på oppstart av kvardagsrehabilitering)

Sitatet synleggjer korleis fleire faggrupper saman kan gi betre fagkompetanse enn faggruppene isolert kvar for seg når ein er trygg i eige fag og samtidig ser eigne grenser. Trygghet i eigen rolle blir erfart som viktig for å få til eit godt samarbeid. Ein anna informant illustrerer at det er viktig å våge å blande seg inn i kvarandre sitt fagfelt for å få til tverrfagleg samarbeid. Ho seier det slik:

”Eg syns det fungerer veldig bra. Og litt av nøkkelen med kvardagsrehabilitering er at ein faktisk vågar å trakka i kvarandre sitt bedd. Det betyr for eksempel at fysioterapeuten må overlata litt av sitt fagområde med rein funksjonstrening til heimetenestane, til oss, og stola på at vi klarer å utføra det lika bra, ikkje sant? Og det same gjeld i forhold til at vi veiledar i forhold til adl, tilrettelegging og korleis ein skal gradera det. Eg vel å tru at det fungerer bra når vi overlèt ansvaret til andre, sjølv om vi ikkje er der sjølv. Og visa versa, så må vi og av og til vera med på sjukepleiarfaglege oppgåver. Dersom brukarane skal lære seg å drype augo sjølv for eksempel, eller måla sitt eige blodsukker, så kan jo vi av og til sjå på når brukar gjer dette, slik at ein ser om dei mestrar det eller ikkje. Så vi må vera litt sånn..., våge det, og hjelpa kvarandre littegran for å få den totale opplevinga av ting.” (Anna, stor kommune, med på oppstart av kvardagsrehabilitering)

Anna beskriv her korleis tverrfagleg samarbeid fungerer bra fordi deltakarane i ”motor-teama” vågar å dele fagkompetanse, har tillit til kvarandre og er trygg i eige fag. Det blir erfart at dei ulike faggruppene spør kvarandre om hjelp til dei oppgåvene andre er betre på, samtidig som ein ikkje er redd for å overlappa kvarandre. Vidare vert det opplevd at dersom ein lurar på noko, er det nesten alltid nokon andre som har kompetanse på dette området. Informantane opplever at andre faggrupper har synspunkt ein sjølv ikkje har, og at dette til saman gir ei heilheitleg rehabilitering, noko som kjem brukaren til gode.

Eit paradoks til dei informantane som meiner ergoterapeutar er nøkkelpersonar i kvardagsrehabilitering er at andre informantar meiner at tverrfagleg arbeid ikkje bør bli terapeutfokusert. Dei meiner at fysioterapeutar og ergoterapeutar ikkje kan utføra kvardagsrehabilitering aleine, noko som illustrerer verdsetting av den mangfaldige

kompetansen. Dei felles haldnings- og arbeidsmetodar blir dermed beskrive som viktige, og illustrert av ein informant på følgjande måte:

” Og så er det jo veldig spennande for eksempel viss du er på besøk saman med ei anna faggruppe og du berre tenkjer oi, det hadde eg aldri spurt om eller det tenkte ikkje eg på. Så fantastisk at ein ser at, ja, ein treng dei forskjellige faggruppene for å komme i mål. Ja, og det med at vi fekk inn ein sjukepleier for eit halvt år sida, det har berre vært utruleg bra, for det har på en måte vært den kompetansen som vi har mangla.” (Sigrid, liten stilling i kvardagsrehabiliteringa, lang arbeidserfaring)

Denne informantgruppa opplever at alle faggrupper har ein likeverdig posisjon i kvardagsrehabiliteringa. Desse omtalar dei ulike faggruppene som kvardagsrehabiliteringsmedarbeidarar. Uttaler som ”det heiter ikkje ”dei”, det heiter ”oss”, kan tolkast som å være ei symbolsk form for å utrykke at ingen faggruppe har høgare status enn andre. Desse informantane erfarer at det er viktig å dra vekslar på kvarandre sine erfaringar, og å sidestille seg med pleiepersonalet for å forstå kvarandre. Dette blir belyst av ein informant gjennom dette sitatet:

”Altså, det er noko med å inkludera alle samene i dette her. Fordi, det sa jo eg til teamet og, at eg sidestille oss veldig med heimetenestene. Vi er ikkje meir verdt enn dei i det heile tatt, det er berre det at dette med å drifte er jobben vår, men vår fagkompetanse er jo ikkje meir verdt enn deira. Det er ikkje slik at vi skal komma å fortelja dei korleis dei skal gjera ting som dei alt er gode på. For dei har jo ein fantastisk kompetanse, både når det gjeld brukaren, og ikkje minst på andre områder enn det vi har...fagleg. Så det er viktig at vi forstår kvarandre og møter kvarandre der, og at samarbeidsklimaet blir veldig bra da. Alle må ha ein eigarfølelse til dette her, det er ingen som likar å bli kommandert til noko, sant.” (Anna, stor kommune, med på oppstart av kvardagsrehabilitering)

Datamaterialet synleggjer at desse informantane som likestiler ergoterapeutar med andre faggrupper, har meir erfaring med tverrfagleg samarbeid enn dei andre informantane. Dei meiner at det å jobba i eit stort tverrfagleg ”motor-team” gjer det enklare å oppnå ting, fordi alle har same rehabiliteringstankegang og er bevisste på kva dei gjer. Dette speglar eit positivt syn på tverrfagleg samarbeid, og eit likeverdig syn på kompetansen til alle yrkesgruppene i det tverrfaglege teamet. Desse informantane erfarer det som ei ulempe at heimetenesta ikkje alltid

er med frå starten av, fordi dei har nyttige tips å komme med. Det kan verke som desse informantane har eit ønskje om å veksle på kvarandre sine erfaringar i større grad enn dei informantane som ser på seg sjølv som nøkkelpersonar.

Datamaterialet belyser to ulike perspektiv på rolleavklaring. Nokre informantar har erfart lite konkrete rolleavklaringar mellom faggruppene, medan andre har opplevd denne rolleavklaringa svært tydeleg. Det er ulike meiningar om det skal være overlappende arbeidsoppgåver mellom dei ulike faggruppene eller ikkje, noko som kan tyde på at det er ulike oppfatningar om arbeidsoppgåvene skal vera felles for fleire faggrupper, eller meir skilt mellom kvar faggruppe. Tydelege rolleavklaringar og ikkje overlappende arbeidsoppgåver blir løfta fram som nødvendig av fleire informantar. Det blir trekt fram at det er naturleg å sjå på ein del ting kvar for seg innanfor eit fagspesifikt område, spesielt i treningssituasjonar. Eksempel som blir framheva er at ergoterapeutar har ansvaret for kartlegging og trening av aktivitetar, medan fysioterapeuten har ansvar for funksjonstreninga. Fysioterapeuten skal her mellom anna kartlegge trappetrening og sette opp eigentreningsprogram. Fysioterapeutar sin rolle blir beskrive som ordinær rehabilitering som kan knytast meir opp mot spesifikk rehabilitering. Desse informantane peikar på at ergoterapeutar burde være meir konkrete i sin beskriving av arbeidsoppgåver. Dette for å tydeleggjere ovanfor andre faggrupper kvifor dei trengs. Vidare at dei såleis kan få holde seg til arbeidsoppgåver innafør sin fagkompetanse. Dette kan tolkast som eit behov for meir rolleavklaring for å tydeleggjere rollar. Ein informant seier at ho ønskjer at dei skal snakke meir om rolleavklaring, slik at ein slepp å føle at ein overprøve kvarandre. Dette kan handle om at konflikhtar oppstår mellom faggruppene når rolleavklaringar ikkje blir tydeleggjort. Dette viser kanskje at rolleavklaringane finst, men at dei ikkje blir gjort eksplisitt og snakka nok om.

Andre informantar ønskjer meir overlappende arbeidsoppgåver, da dei erfarer at lite inndelte rollar og arbeidsoppgåver har fungert bra. Desse beskriv ergoterapeutrollen som ”allsidig”, ”utflytande”, ”all over”, og at dei som faggruppe kan brukast overalt. Det blir opplevd som betryggande at andre faggrupper overtek det arbeidet ein sjølv ikkje rekk i løpet av ein dag, og at det er ein tillit til at det blir bra. Desse ergoterapeutane erfarer at deira- og fysioterapeutane sine arbeidsoppgåver glir inn i kvarandre, og at profesjonsgruppene generelt har mange like arbeidsoppgåver. Det tverrfaglege samarbeidet med fysioterapeutane blir spesielt verdsett av informantane. Fleire informantar erfarer at dei to faggruppene ofte lagar tiltak saman, og opplever at kompetansen frå funksjonstreninga kan overførast til trening i aktivitet.

Fysioterapeutar sitt bidrag blir sett på som eit viktig supplement til ergoterapeutar sitt arbeid rundt aktivitetar.

Andre utfordringar det blir peika på blant informantane er det tidspresset informantane opplever at heimetenesta er utsett for, i tillegg til at det er utfordrande å snu den rehabiliterande tankegangen. Dei finn det vanskeleg å utføre kvar dagsrehabiliteringsoppgåva i tillegg til dei tradisjonelle arbeidsoppgåvene. Ein informant illustrerer samarbeidet slik:

”Nei, det er jo fordeler og ulemper med alt da. Du får jo ikkje snudd tankegangen til heimesjukepleien sånn på ein-to-tre. Dei har jo tidspress i tillegg. Så når vi hadde pilotprosjektet, da kunne vi liksom gå inn og jobbe for at brukaren skulle klare å gå på wc sjølv, og så var det ikkje alltid at den beskjedne vart gitt vidare til heimesjukepleien. Men samtidig, når ein jobbar litt tettare opp mot, så klarer du jo å sette i gang nokon prosessar som bevisstgjer dei litt meir, og kanskje også snu tankegangen der. Når vi har overtatt alt, så er det jo lettare, for da går alle inn med same tankegangen, og da er det lettare å oppnå ting kjappare.” (Trine, mindre stilling, lang arbeidserfaring)

Trine beskriv i dette sitatet at det er tidkrevjande å formidle informasjon og ”snu tankegangen” til heimetenesta, noko som fører til at det tek lengre tid å oppnå ønska resultat. Det blir lagt vekt på at det er individuelle forskjellar mellom heimetenestepersonalet, der nokon er veldig flinke til å unngå pasifisering, medan andre har mindre fokus på dette. Informantane seier det blir jobba aktivt for å lage gode samarbeidsrutinar, mellom ”motor-team” og pleiepersonalet der informasjon blir viktig for å få til dette. Det kjem fram i datamaterialet at samarbeidet blir opplevd som utfordrande i starten, men at det oftast betrar seg etterkvart.

For å få god kvalitet i kvar dagsrehabiliteringa, erfarer fleire av informantane at det å samkøyre ”motor-team” blir sett på som ei viktig oppgåve, der det er store krav til kommunikasjon. Tiltak informantane har utarbeida for å møte denne utfordringa er å prøve å vere flinke til å gi kvarandre beskjedar, skrive grundige journalnotat og ha telefonsamtalar, for å prøve å sikre at alle veit kva som skjer. Det blir gitt uttrykk for varierende grad av samarbeid i dei ulike heimetenestene. Nokre heimetenester blir beskrive som svært bra, der pleiepersonalet følger opp planlagde tiltak etter at kvar dagsrehabiliteringsteamet har ”vore inne”. Ergoterapeutane seier dei er opptatt av å inkludera alle i kvar dagsrehabiliteringa, både heimetenestepersonalet og ”motor-teamet”. Dei ønskjer at pleie- og behandlingkulturen må snu, for å få meir fokus på

aktivitet og deltaking. Kulturendringa blir sett på som å ha eit potensial, fordi ein vinn mykje på små endringar, sjølv om ein aldri vil få med seg alle. Det blir lagt vekt på at eit godt samarbeidsklima er viktig både for å forstå kvarandre, få heimetenesta på lag og gjennomføra kvardagsrehabiliteringa. Ein informant seier at dette er det beste samarbeidet ho har opplevd på så kort tid, og presiserer leiar sin betydning gjennom dette sitatet:

”Eg trur informasjon frå leder er kjempeviktig. At klar og tydeleg informasjon der har vore veldig viktig...Eg veit sånn som vår leiar og leiaren over der igjen, dei var ute på alle personalmøta til dei ulike heimesjukepleiesonene heilt i oppstarten for å informere om oss, fordi det var veldig mange rare rykte ute og gjekk. Og det har noko med at da har ikkje dei fått god nok informasjon frå sine ledarar igjen, til å vite heilt kva det her er” (Sigrid, liten stilling i kvardagsrehabiliteringa, lang arbeidserfaring)

Sitatet illustrerer Sigrid si oppleving med at det er svært viktig med klar og tydelig informasjon frå leiarane til pleiepersonalet. Vidare korleis ei positiv haldning kan smitte, og at det derfor er viktig for ergoterapeutane å opparbeide eit godt samarbeid med leiarane for heimetenesta. I tillegg blir det framheva at å bruke god tid saman med heimetenestane er avgjerande for eit godt samarbeid. Informantane legg vekt på at det er viktig å forstå kvarandre, møta kvarandre, og at alle må ha ein ”eigarfølelse”. Fordelar som blir framheva med tanke på samarbeid med heile heimetenesta, er at ein kan auke fokuset på kontinuerleg trening, med mange ”drypp” og tett oppfølging med rehabilitering. Erfaringar som blir framheva er at det har skjedd ei haldningsendring gjennom nokre år med samarbeid. Dette vert formidla slik:

”Der er det jo tradisjon på å tenka hjelp, sant. Men...ein merka jo at dei begynner å leita etter folk sitt potensiale. Altså dei begynner å tenke at dette kan han klare sjølv. Det trur eg og har noko med at vi kjem inn og har eit sånt fokus. At dei ser at dei klarar å rehabilitera nokon, slik at dei til slutt stryk dei frå listene sine. I heimetenestene så er det jo eit døgnkontinuerlig tilbod, og dei er ikkje alltid så ofte inne til same brukar, og dei gjer det som står på lista over oppgåver. Det står på lista at du skal utføra sånn og sånn. Så viss ingen går inn og begynner å tenke andre tankar og skriv noko anna på den lista der, så gjer ikkje dei det heller. Så vi har ein jobb, eller der er ein kulturendring, men det er absolutt eit potensiale der.” (Anna, stor kommune, med på oppstart av kvardagsrehabilitering)

Anna oppfattar heimetenesta som audmjuke, og seier dei har lært mykje om rehabilitering, men kan gløyme å ta det i bruk i ein travel kvardag. Det blir framheva eit behov til leiinga om at det blir sett av ekstra tid og ressursar til heimetenesta for å utføre trening på aktivitet.

Nokre informantar beskriv at dei opplever at andre tenester kan visa skepsis mot kvardagsrehabilitering, da dei er redd at den ikkje kan gi eit tilsvarende godt tilbod som den ”tradisjonelle” heimehjelpa. Fleire informantar erfarer at heimetenestepersonalet har ”den gamle” haldninga, og ser ein trussel i nye arbeidsoppgåver. Dei opplever at det er tryggare å gjere dei oppgåvene ein alltid har gjort. Dette kan tyde på at desse informantane opplever at det er vanskeleg å samarbeide med heimetenesta når dei ikkje er med på den rehabiliterande tankegangen. Det kan og tolkast som ueinigheit mellom ”motor-team” og pleiepersonale rundt kva kunnskap som skal gjelde i kvardagsrehabiliteringa. Profesjonskampen kan såleis kome til syne gjennom å ville fremme sin kunnskap utan å ta omsyn til fellesskapet. Ein informant uttrykker det slik:

”I teamet kvardagsrehabilitering så er det jo terapeutane som legg føringane på kva heimetrenarane skal utføre. Det er det jo, men samtidig så får vi jo heile tida tilbakemeldingar frå heimetrenarane om å justere tiltaka der. Vi har jo og av og til dette at heimetrenarane tar...dei får erfaringar litt etter kvart dei og...så dei tar litt ansvar og utfordrar der og da. Dei kan eksempelvis vurdere situasjonen sånn at dei kan utfordre brukar litt meir. Som oftast så ringer dei og spør ”er det greitt? Kan eg gjere slik?”, men det er jo ikkje alltid at det er anledning til å gjere det. Men stort sett så ringer dei først og spør om dei kan legge til nokon ekstra øvingar i forhold til sånn og sånn” (Kari, liten kommune, med på oppstart av kvardagsrehabilitering)

Sitatet illustrerer at heimetrenarane sine innspel blir tatt med i betraktning, men at ergoterapeutane legg føringane. Heimetrenarane ringer ergoterapeutane og spør om lov til å endre treningstiltak etter å ha observert at brukar har hatt progresjon. Ergoterapeutar sine erfaringar seier at det ikkje alltid blir stolt 100% på heimetrenarane, for ergoterapeutane er ”auga som ser”, og vil sjå ting sjølv i praksis.

Datamaterialet synleggjer at informantane er ueinige om kva faggrupper som skal få bruke COPM kartleggingsreiskap. Nokre informantar meiner det berre er ergoterapeutar som kan utføre COPM fordi det er eit kartleggingsreiskap som er utarbeida av ergoterapeutar som har

”spot on” kompetanse på å utføre den. Dei seier det kan komme andre svar om andre faggrupper utfører COPM fordi oppfølgingsspørsmåla til ergoterapeutane er meir aktivitetsretta enn andre faggrupper vil kunne få til. Andre informantar meiner at alle faggruppene i ”motor-teamet”, spesielt fysioterapeutar, har kompetanse til å utføre COPM etter utført opplæring. Dette kan sjåast på som samarbeidsutfordringar internt i ”motor-teamet”.

I likheit med dei norske informantane, meiner også dei svenske informantane at samarbeid med pleiepersonalet er svært sentralt i kvardagsrehabiliteringa. Det blir gitt uttrykk for ei oppleving av at pleiepersonalet har ansvar for å utøve tiltaka kvar dag, og er derfor ei viktig brikke i forhold til den praktiske utøvinga av kvardagsrehabilitering. Det blir belyst at det har utvikla seg ein kultur for rehabiliteringstankegang blant heimetenestepersonalet, men at denne kan bli betre. Ein svensk informant illustrerer at heimetenestepersonalet reagerte meir negativt i oppstarten av kvardagsrehabiliteringa:

”Det er litt ulikt, men det har blitt betre med tiden. Frå starten var det veldig motstand og litt ”piggane ut” når vi skulle komme inn, og vi kjente den der ”kva kjem du inn for, og skal fortelje korleis alt skal være, vi har jobba her i 30 år”. (Elise, svensk kommune, med frå oppstart av kvardagsrehabilitering)

Sitatet illustrerer korleis ein god dialog er eit nøkkelreiskap for utvikling av eit godt samarbeid.

Dei svenske informantane erfarer også at tid er eit hinder for heimetenesta som kan føre til at ein kan miste rehabiliteringsfokuset. Det blir løfta fram at det derfor er viktig å samarbeide med leiinga i heimetenesta, slik at pleiepersonalet skal få avsett nok tid til å utøva kvardagsrehabiliteringa. Dette tyder på at tid blir ein ytre faktor som er med på å avgjere om heimetenesta har kapasitet til å gjennomføra kvardagsrehabiliteringa eller ikkje. Slik blir leddarar for pleiepersonalet sett på som viktige personar for å få avsett den tida ein treng for å få kvardagsrehabilitering inn i tenestetilbodet.

I tillegg til mykje positive erfaringar med tverrfagleg samarbeid blir det framheva at i denne prosessen finst forbettringspotensial i å ha betre oversikt over oppgåvene til dei andre i ”motor-teamet”, og at dei må jobbe meir mot same mål for å unngå dobbeltarbeid. Når det er ueinigheit i det tverrfaglege teamet, blir felles mål framheva som ein løysingsstrategi, og at dette kan skapa eit tettare samarbeid med alle rundt brukar. I datamaterialet kjem det også fram at det kan vere

utfordrande å jobbe mot felles mål, men at dette er blitt lettare ettersom det har gått litt tid. Informantane seier at ergoterapeut og fysioterapeut lagar tiltak i lag ved å utarbeide eit stort felles mål, og deretter utarbeider dei kvar sine mindre delmål. Dette viser at ”motor-teamet” har eit tett samarbeid. Ein informant illustrerer dette ved å sei at:

”Alle har ulike innfallsvinklar. Eg sit jo her med distriktssjukepleiarane for eksempel, og dei har jo kjempemykje informasjon. Dei er jo mykje ute hos brukarane og kan snakke om deira status, ...sånn at eg får mykje informasjon frå alle mine kollegaer, og dei får informasjon frå meg sånn at vi kan utføre innsatsane på best mogeleg måte. Så, eg hadde verkeleg sakna det her med teamsamarbeid dersom eg satt aleine for eksempel. Eg trur ein kjem mykje lengre med en tverrprofesjonell/ faglig arbeidsmåte.” (Ninni, svensk kommune, 3 års arbeidserfaring)

Ninni beskriv her at å ha eit tett samarbeid er viktig for å få til det tverrfaglege, og at det er positivt med ulike innfallsvinklar. Informantane ser dette som ein prosess der det gjensidig handlar om å gi og tileigne seg kunnskap og kompetanse. Dette synleggjer viktigheita av avklarte rollar, og kan tyde på at dei har eit forbettringspotensial i forhold til kommunikasjonen seg i mellom. Dette kan og antyde at det er ei utfordring å forene dei ulike faggruppene sine ønskjer.

4.4.2 Strategiar for relasjonsbygging og utvikling av eit betre samarbeid

Fleire informantar er opptekne av å skape ein felles plattform for å fremme samarbeidet mellom ”motor-team” og pleiepersonal. Ein informant beskriv eit erfart eksempel der det blei brukt undervisning for pleiepersonalet 15 min kvar dag i 14 dagar til å skape denne plattformen. I løpet av undervisningstida blei det erfart at terskelen vart lågare for å ta kontakt, og dei fekk fleire henvisingar om nye brukarar. Heimetenesta tok meir initiativ til å aktivisere brukar etterkvart. Dette antyder at ved å sette av tid til undervisning, kan ein kome eit steg nærmare ein felles rehabiliterande tankegang og arbeidsmåte.

Fleire informantar opplever at morgonrapportar og lunsj med pleiepersonalet er ein viktig samarbeidsarena. Desse erfarer at kvardagsrehabiliteringa ikkje hadde fungert dersom ergoterapeut og fysioterapeut hadde vore lokalisert separat frå pleiepersonalet, fordi det hadde skapt distanse og framandheit. Dette blir illustrert slik av ein informant:

”Eg tenkjer det at når det gjeld kvar dagsrehabilitering, så er det viktig at terapeutane er godt synlige for heimesjukepleia slik at ein ikkje berre kjem inn ein gong i blant og trer tiltak ned over hovudet på dei. Fordi at eg som ergoterapeut er tilsett i heimesjukepleia, så er eg der kvar morgon i rapporten, og eg er der og et lunsj. Så viss ein hadde ein rein ergo-fysio avdeling, heilt avskilt frå heimesjukepleia, så trur eg ikkje det hadde fungert så godt”. (Berit, stor kommune, lang arbeidserfaring)

Sitatet synleggjer viktigheita av relasjonsbygging, der fysisk nærheit er eit sentralt bidrag for å skapa ein teamfølelse. Andre beskriv at ”motor-teamet” besøker heimetenestene i lunsjen fleire gonger i veka for å gi og få rapport. Denne rapporten består av blant anna å undervise på eit enkelt og praktisk nivå i 5-10 min, med ei drøfting i etterkant. Det blir vidare løfta fram at motorteamet er bevisste på å vera audmjuke, og vil ikkje ta for mykje av lunsjtida til heimetenesta. Dette blir beskrive på følgjande måte av ein av informantane:

” Vi et jo lunsj med dei to gonger i veka. Dei veit jo fort kven vi er. Dei ser oss hele tida, så eg trur den nærleiken har veldig mykje å sei. Og så får jo vi lov no etter kvart å...eller dei får jo ut ei arbeidsliste kvar i månaden. ”Du skal gå inn til fru x og gjere det og det”, og der står det jo også kvar dagsrehabilitering, kva dei skal gjere (...)” (Gjertrud, middels stor kommune, lang og variert arbeidserfaring)

Andre fordelar som blir erfart, er at ved å vera i miljøet har ein fleire møtepunkt der ein kan snakke om brukarar og kvar dagsrehabilitering. Synleggjering av ergoterapeutar blir beskrive som eit eksempel på korleis ein kan bidra til å endre tankegangen hos pleiarar. Ut frå dette kan det verke som desse samarbeidsstrategiane vil fremme samarbeid, utvikle nærleik, tillit, gode relasjonar og felles kunnskap.

Dei svenske informantane framhevar også samlokalisering som ein strategi for å fremme samarbeid mellom ”motor-team” og pleiepersonalet.

”Jo, men akkurat det at ein får den nære kontakten. At eg ikkje berre blir nokon som kjem inn og peikar og seier gjer sånn her og så går eg, utan at eg høyrer til i deira daglige arbeid. Eg høyrer deira frustrasjon eller deira opplevingar. Dei kan sei til meg at ”det her fungerer ikkje, kva er det du har funne på hos den her personen? Det her går ikkje”. Og så blir eg med for å sjå på kva det er som ikkje går” (Elise, svensk kommune, med frå oppstart av kvar dagsrehabilitering)

Elise beskriv verdsetting av den daglege kontakten for å få til eit sterkare samarbeid. Dei svenske informantane framhevar at det er positivt å bli kjent, jobbe nært kvarandre og vera lokalisert i same bygg. Dei fortel at ”motor-team” og heimetenesta treffest dagleg, og opplever at nær kontakt skapar tilhøyrgheit i det daglege arbeidet. ”Motor-teamet” har felles lokale med heimetenesta, treffest dagleg, kommuniserer og stiller opp for kvarandre. Det blir erfart at å vera i same lokale gir mogelegheit til å treffast kvar dag, noko som er ein positiv faktor for å styrke det tverrfaglege samarbeidet.

5.0 DISKUSJON

Korleis kan ein så drøfte informantane sine erfaringar opp mot gjeldande teori?

Informantane opplever at det i kvardagsrehabilitering har blitt meir rom for aktivitet gjennom oppgåveorientert tilnærming. Trenarrollen er her sentral. Nokre informantar opplever å ha ei nøkkelrolle, og ønskjer difor ei koordinator/ leiarrolle, medan andre legg meir vekt på det samla bidrag frå alle faggrupper. Grundig kartlegging av brukar sine aktivitetsmål, interesser og ferdigheitar skapar eit stort brukarfokus. Den praktiske- og erfaringsbaserte kunnskapen blir opplevd som den mest sentrale i det daglege arbeidet med kvardagsrehabilitering, sjølv om dei norske informantane sin veiledningspraksis ser ut til å vera meir prega av teoretisk overføringslæring gjennom veiledning i møter på arbeidsplassen. Dette er ein kontrast til dei svenske informantane som praktisk utfører overføringslæring direkte på brukar i veiledninga av personalet. Nok informasjon til pårørande er viktig for å få dei til å bli ressurspersonar i rehabiliteringsarbeidet. Tverrfagleg samarbeid blir framheva som avgjerande, der rolleavklaring og profesjonskamp er utfordringar som må arbeidast med. Ueinighet om kven som skal utføre COPM-kartlegginga er eit av fleire spenningsforhold blant faggruppene. Konkrete strategiar for å fremme samarbeidet er samlokalisering, deltaking i møtevirksomheit, godt samarbeid med leiar for pleiepersonalet og å utvikle eit felles rehabiliterande tankesett.

Ut frå resultata skil ”aktivitet”, ”rollar”, ”kunnskap” og ”samarbeid” seg ut som dei mest sentrale tema. Eg vil derfor ha hovudfokus på desse i drøftinga, og prøve å sjå desse i lys av andre tema som datamaterialet syner. Kontrastar mellom norske og svenske informantar blir belyst. Til slutt vil eg diskutere ”styrkar og svakheitar ved studien” og funna sin relevans for den vidare praktiske implementeringa av kvardagsrehabilitering. Her blir det presentert nokre sentrale element vi kan lære av dei svenske informantane, som har lang erfaring med kvardagsrehabilitering. Kapitlet vert avslutta med idear til vidare forskning.

5.1 Aktivitet, rollar, kunnskap og samarbeid sett i samanheng

5.1.1 Aktivitet

Slik eg forstår datamaterialet er kunnskap om aktivitet ein sentral del av rehabiliteringskompetansen. Polatajko & Mandich (2004) syner gjennom drøfting av forskingsresultat at ergoterapeutar gjennom aktivitetsanalysen legg grunnlag for eit treningsopplegg for brukar. Dette samsvarar med erfaringane til informantane i denne studien. Dei norske informantane påstår i tillegg at COPM-kartlegginga er sentral som grunnlag for utforming av ein intervensjon. Ut frå dette tolkar eg at grundig kartlegging for å finna brukar sitt aktivitetsbehov er ei viktig oppgåve for ergoterapeutane. Fisher (2013) visar gjennom empiriske funn at aktivitet har ei enorm kraft i rehabiliteringa. Dette meiner også informantane i denne studien, som opplever at eit individuelt tilpassa intervensjonsopplegg basert på eigendefinerte meiningsfulle aktivitetar gir den beste rehabiliteringa. Basert på denne einigheita er det grunnlag for å seie at kunnskap om aktivitet er ein sentral del av ergoterapeutar sin rehabiliteringskompetanse. På ei anna side løftar norke informantar fram hjelpemiddel som ei viktig støtte i rehabiliteringa. Dette kan integrerast som ein heilheitleg del saman med aktivitetstreninga.

Eakman (2013) sin empiriske forskning synleggjer at meiningsfull aktivitet er ein viktig faktor for å tilfredstille grunnleggjande psykologiske behov og Bendixen et al. (2005) seier gjennom sin teoretiske framstilling at autentisk ergoterapi handlar om å ta utgangspunkt i sjølvbestemte meiningsfulle aktivitetar. Ikiugu et al. (2012) visar gjennom sine forskingsresultat at meiningsfull aktivitet er sentralt når ein skal tilbake til eige liv etter livsendrande hendingar. Dette opplevde også informantane i min studie som såleis knyt kvardagsrehabilitering til kjernen av ergoterapifaget. Dei ønskjer å basere rehabiliteringa på det brukar opplever som meiningsfulle aktivitetar og slik eg ser det kan dette gi gode terapeutiske verknader. Creek (2005) syner i sin framstilling av forskingsresultat at ferdigheit kan lærast og trenast gjennom aktivitet. Tuntland (2006a) anbefaler gjennom si drøfting av forskingsresultat å trene på heile aktiviteten framfor funksjonstrening, då det vil gi dei beste adl- ferdigheitene. Crepeau et al. (2003) drøftar ut frå forskingsresultat at ein vil få meir smidige og naturlege bevegelsesmønster av å trene på heile aktiviteten. Majoriteten av informantane i denne studien er einige i dette. I tillegg poengterer dei at denne forma for trening vil gjere brukarane meir sjølvstendige i utføring av kvardagsaktivitetar. På ei anna side påstår andre informantar at funksjonstrening er ein viktig del i aktivitetstreninga. Ut frå dette tolkar eg at ergoterapeutane har eit stort

engasjement for at aktivitetstrening gir den beste rehabiliteringa, men at funksjonstrening kan bli sett på som ein viktig del av dette. Informantane erfarer at brukarane har ulike preferansar på kva dei ønskjer av aktivitetstrening og funksjonstrening. Samarbeid med fysioterapeutar blir i den forbindelse verdsett for å få til eit heilheitleg tilbodet for brukar.

Basert på ulike forskingsresultat seier Magill (2003) at miljøet bør vera så naturleg og variert som mogeleg for å fremme overføring av læring. Tuntland (2006a) drøftar korleis ”overføring av læring” er viktig i oppgåveorientert tilnærming for å kunne utføre ein aktivitet i ulike miljø. Dette seier også informantane i denne studien. Dei framhevar også at oppgåveorientert tilnærming baserar seg på å knyte praktiske oppgåver til treningssituasjonar. Eg tolkar dette som at det å bruke praktiske oppgåver i treningssituasjonar har størst effekt i eit naturleg miljø, då det er her brukaren skal leve sitt liv. Ness et al. (2012) seier gjennom sin rapport at oppgåveorientert trening skal innehalde målretta og meningsfulle aktivitetar. VanSwearingen et al. (2011) visar gjennom empiriske funn at det er hensiktsmessig at brukar blir guida og utfordrar innanfor trygge rammer. Informantar i min studie påpeikar det same, men i tillegg framhevar nokre viktigheita av å finne balansen mellom å gi brukar nok utfordring til å utvikle seg, samtidig som ein skal gi nødvendig støtte for at vedkommande skal kjenne seg trygg nok til å utvikle sine ferdigheitar. Slik eg ser det er målet med oppgåveorienterte tilnærming at brukar skal mestre kvardagsaktivitetar på eigenhand etter at kvardagsrehabiliteringa er ferdig, og såleis oppnå høgare livskvalitet. Eakman (2013) synleggjer i sin studie at meningsfull aktivitet er viktig for helse og livskvalitet. Bowling (2008) visar gjennom empiriske funn at eldre ønskjer å vera aktive i eige liv, og ta del i det sosiale i samfunnet. Tuntland & Ness (2014) drøftar på bakgrunn av forskingsresultat og erfaringsdeling, at mange brukarar ser på det å mestre utfordringar i dagleglivet som dei viktigaste oppgåvene i livet. Informantane i denne studien erfarer at dette samsvarar med slik dei opplever sine brukarar sitt behov. Samtidig påpeikar andre informantar at ein må respektere dei brukarane som ikkje ønskjer aktiv deltaking, sjølv om dette kan vera ei utfordring. Mi fortolking av dette er at informantane opplever at brukarane har mange gevinstar av å trene på kvardagsaktivitet, samtidig som ein må lytte til brukar sine individuelle behov. Det kan i denne samanheng vera utfordrande å ikkje bli farga av eigne profesjonsverdiar.

5.1.2 Rollar

Lauvås & Lauvås (2004) beskriv gjennom sine fortolkingar av empiri at eit positivt aspekt med nye rollar er at det skapar ny aktivitet, haldningar og nye relasjonar som gjer at ein må ta eigen rolle og funksjon opp til vurdering. Ein viktig rolle som kjem fram i datamaterialet er trenarrollen, der det å drive ergoterapi med større fokus på aktivitet vert sentralt. Informantane opplever i likheit med informantane frå studien til Tonnesen et al. (2012) at dei gjennom kvardagsrehabilitering ”endeleg får være ergoterapeut” og at faget vert meir synleg og fagkompetansen meir etterspurt enn tidlegare. Svenske og Danske forskingsrapportar (Kjellberg, Ibsen, & Kjellberg, 2011; Månsson, Nordholm, Andersson, Mikaelsson, & Ekman, 2006) beskriv at sentrale rollar for ergoterapeutar er å ha ansvar for utredning, opplæring, veiledning og utarbeiding av tiltaksplanar. Tuntland & Ness (2014) seier at ergoterapeutar skal vera ”motorar” som inneber å vera pådrivarar for kartlegging, rehabiliteringsplan og veiledning. Ergoterapeutane si oppleving av å ha ei nøkkelrolle som koordinator/ leiar heng saman med at dei opplever å ”sjå heilheita” på bakgrunn av sin totale kompetanse. Slik eg ser det ønskjer ergoterapeutane på bakgrunn av dette eit stort fagleg ansvar for å kvalitetssikre tenesta.

Goffman (2004) seier ut frå sin forskning at planlegging av rollar er viktig i ein sosial organisasjon. Légaré et al. (2010) synleggjer gjennom empiriske funn at forståing av dei ulike disiplinane sine rollar styrkar det tverrfaglege samarbeidet. Robinson & Cottrell (2005) viser gjennom empiriske forskingsresultat at ein må avklare rollar og ansvar for å overkomme barrierar og styrke team-arbeidet. Repstad (2004) drøftar at manglande rolleavklaringar kan føre til at det blir konfliktar med innhavarar av andre rollar. Vidare at dette og kan skje når det er motstridande normer og forventningar til kva rolleinnhavaren skal gjere. Informantane i denne studien er einige med Repstad (2004) og seier at mangel på rolleavklaringar kan medføre rollekonflikt både internt i ”motor-team” og mellom ”motor-team” og pleiepersonell. Dei svenske informantane erfarer tydelegare rolleavklaringar i praksis enn dei norske informantane, og syner einigheit med Légaré et al. (2010) gjennom innarbeida klarare avgrensingar mellom dei ulike faggruppene sine arbeidsoppgåver. Blant informantane totalt sett kjem det fram at nokre er einige med Robinson & Cottrell (2005) og presiserer at rolleavklaring er nødvendig for å unngå dobbeltarbeid og ueinigheit om kven som har kompetanse til å gjere kva. Desse meiner i likheit med informantane i studien til Tonnesen et al. (2012) at kjennskap til eigen og andre sin kompetanse er viktig. Andre informantar påstår det motsatte og ønskjer ein flatere struktur for å gi rom for fleksibilitet og overlappande arbeidsoppgåver, der ein kan få innblikk

i kvarandre sine fagområder. Dette kan sjåast i lys av Veiden & Burkeland (1999) si definering av at tverrfaglegheit er eit ideal om at ein ikkje skal bli blind i eige fag. Basert på dette tolkar eg at det er ulike ønskjer om kva grad ein ønskjer rolleavklaring og overlappende arbeidsoppgåver. På den eine sida kan det verke som at veldefinerte rollar og arbeidsoppgåver kan føre til mindre fokus på samarbeid, noko som eventuelt kan verte uheldig for brukar. På den andre sida blir det erfart at rolleavklaring er avgjerande for eit godt fungerande tverrfagleg samarbeid.

Bredland et al. (2002) drøfter ut frå relevant forskning at desto meir ein gir av sin kunnskap, desto meir ser andre yrkesgrupper nytten i deg og di yrkesgruppe. Det er spesielt ein informant i mitt datamaterialet som, i likheit med informantane i studien til Tonnesen et al. (2012), er einige i at det er viktig å dele kompetanse og informasjon mellom faggrupper. Andre informantar var meir delte, der nokon var opptekne av å halde kunnskapen meir for seg sjølv, medan andre var tydelege på å verdsette andre sin kunnskap. Uavklarte rollar kan i eit alternativt perspektiv sjåast på som ein faktor som kan auke faren for profesjonskamp, der dei ulike profesjonane eventuelt ønskjer å ”kapre” arbeidsoppgåver. Repstad (2004) belyser at det vil bli skapt effektivt samarbeid gjennom å handle ut frå ei rolle ein er trygg på, noko informantane i denne studien erfarer. Ut frå dette kan det sjå ut til at trygghet i eigen rolle til dels kan vege opp for uavklarte rollar som eit bidrag til å få til eit betre samarbeid.

Informantane i denne studien opplever veilederrolla som sentral, noko som samsvarar med det informantane i studien til Tonnesen et al. (2012) erfarer. Det mest kontrastfulle funnet i studien er forskjellen på korleis norske og svenske informantar opplever rollen som veiledar for pleiepersonalet. Hovudforskjellen er at dei svenske informantane nesten dagleg veiledar pleiepersonalet ute hos brukar, medan dei norske veiledar mest gjennom demonstrasjonar i møtelokal på arbeidsplassen. Tuntland (2006b) belyser i sin studie at brukar best tileignar seg ferdigheitar gjennom å vera aktiv i læringa der ein har fokus på interaksjonen mellom personen og miljøet. Dette er informantane i denne studien er einige i, men dei svenske informantane framhevar det å veilede ute hos brukar som meir kvalitetssikkert, fordi dei reelle behova til brukar berre kan oppdagast i direkte kontakt. Mi fortolking av dette er at ved å veilede i den konteksten rehabiliteringa føregår i, kan ein tilpassa intervensjonen etter brukar sine ferdigheitar i relevante omgivningar og såleis kvalitetssikre meir.

Tuntland & Ness (2014) beskriv at satsinga på ”hemrehabilitering” i Sverige førte til ei auke i tilsetningar av ergoterapeutar og fysioterapeutar. Ness et al. (2012) belyser at kommunar har for få ergoterapeutar til å kunne jobbe med trening og daglege aktivitetar i heimen. Kjellberg et al. (2011) syner i sin forskning at ergoterapeutar og fysioterapeutar treng kompetanse på veiledning fordi dei skal arbeide gjennom andre faggrupper. Fisher (2013) viser at aktivitetsutføringa er ein kompleks transaksjon mellom personlege faktorar, kroppsfunksjonar og omgivnader. Basert på det Fisher (2013) seier fortolkar eg denne veiledningsprosessen som krevjande og kompleks. Majoriteten av informantane i studien min er einige med Kjellberg et al. (2011) og etterlyser meir kompetanse på veiledning. Nokre av dei norske informantane i denne studien seier at dei skulle ønskje dei kunne ha vore meir saman med pleiepersonalet og veilede dei betre heime hos brukar, som kan sjåast i lys av Tuntland & Ness (2014) og Ness et al. (2012). Dette kan på ei side tolkast som at det i norske kommunar ikkje blir prioritert å gjennomføre dette i praksis. Dette kanskje til dømes på grunn av geografiske variasjonar og lange avstandar, noko som kan vera svært ressurskrevjande. På ei anna side kan det tenkjast at det i Noreg er mindre kultur for å reise heim til brukar og veilede, da den teoretiske overføringslæringa ser ut til å vege tyngre enn den praktiske. Samstundes kan ei auka veiledningskompetanse medføre ei større trygghet i fagkompetanse og kanskje bidra til at dei norske ergoterapeutane i større grad veileder personalet ute hos brukar.

Å vera veiledar for pårørande blir erfart som ei viktig rolle av ergoterapeutane i denne studien. Informantane opplevde i likheit med informantane i studien til Tonnesen et al. (2012) at samarbeid med pårørande er viktig for å kunne formidle ideen bak kvardagsrehabilitering. Doig et al. (2011) visar gjennom empiriske funn at familiemedlemmar opplever heimerehabilitering som meir føretrekt enn rehabilitering på institusjon. Informantane i denne studien har tilsvarende erfaringar, da dei fleste opplever at pårørande er positive til kvardagsrehabilitering. Datamaterialet synleggjer at nokre pårørande blir opplevd som engstelege om dei ikkje får tilstrekkeleg informasjon. Dette kan resultere i at dei ikkje ”spelar på lag” i forhold til dei tiltaka som vert sett i gang for brukar. Ved å informere om rehabiliteringstankegangen kan ein trygge pårørande og gjere dei til ressurspersonar. Dei vil då lettare oppleve kvardagsrehabilitering som eit godt tiltak. Mi fortolking av dette er at det er viktig å prioritere tid til informasjon til pårørande.

Debatten rundt kva faggrupper som skal få bruke kartleggingsreiskapen COPM kan sjåast i lys av ein profesjonskamp. Townsend & Polatajko (2007) beskriv i sin forskning at COPM bygger

på den canadiske ergoterapimodellen CMOP-E som er utvikla for å fremma brukarsentrert praksis. Larsen & Carlsson (2012) synleggjer gjennom empiriske funn at opplæring i det brukarsentrerte verdigrunlaget i CMOP-E er nødvendig for å sikre god kvalitet i intervju og skåring. Fisher (2013) beskriv ergoterapeutane sitt unike aktivitetssentrerte perspektiv med kompetanse på aktivitetsbaserte og aktivitetsfokuserete metodar. Molander & Terum (2008) drøftar basert på relevant forskning at monolisering av bestemte arbeidsoppgåver handlar om å ville bruke ekspertkunnskap og eksklusive ferdigheitar. Tuntland & Ness (2014) seier derimot at COPM ikkje kan vera forbeholdt ein spesiell profesjon, då det ikkje er påkrevd ei spesiell sertifisering. Motsetningar kjem tydeleg fram i mine data. Nokre informantar er einige med Townsend & Polatajko (2007) og Fisher (2013), om at det berre er ergoterapeutar som kan utføre COPM. Dei argumenterer med at dette er eit kartleggingsreiskap som er utarbeida av ergoterapeutar og at andre faggrupper derfor ikkje har nødvendig kunnskap. Desse informantane seier at fagkompetansen deira er ”spot on” for å utføre COPM, og er samstemde med Molander & Terum (2008) og Larsen & Carlsson (2012) om at ergoterapeutar er den faggruppa med ekspertkompetanse, og at det kan komme andre svar om andre faggrupper utfører COPM, fordi dei har utfordringar med å få til aktivitetsretta oppfølgingsspørsmål. Andre informantar i denne studien er einige med Tuntland & Ness (2014), og seier at alle faggruppene i ”motor-teamet”, spesielt fysioterapeutar, har kompetanse til å utføre COPM etter utført opplæring. Dette samsvarar også med det informantane i studien til Tonnesen et al. (2012) praktiserer. Ut frå desse motsetningane fortolkar eg at det er det ueinigheit om COPM skal vera forbeholdt ergoterapeutar eller om det skal vera eit likeverdige eigarskap til kartleggingsreiskapen.

Ness et al. (2012) seier at gjennom kvardagsrehabilitering har ein ei målsetning om å snu hjelpetankegangen til å ha fokus på kva aktivitetar som er viktige i brukar sitt liv. Flermoen (2001) belyser i sin fortolking av anna forskning at profesjonar har lett for å ville ta vare på egne interesser i staden for å finne løysingar som gagnar organisasjonen som heilheit. Alle informantane i denne studien er einige med Ness et al. (2012). Ein informant påpeikar spesielt at ved å la andre faggrupper utføre COPM, kan dette auke oppmersomheit rundt ergoterapeutar sin tankegang på aktivitet. Informantane ønskjer å fremme fokus på aktivitet, men i motsetning til det Flermoen (2001) ønskjer informantane i denne studien å finne løysingar som gagnar organisasjonen som heilheit med vekt på at det skal vera til det beste for brukar. Basert på dette kan ein alternativ måte å forstå denne profesjonskampen vera at ergoterapeutar sikrar fokus på

aktivitet gjennom å lata andre faggrupper ta del i COPM, der dette såleis blir ein arena til å implementere det rehabiliterande tankesettet hos alle faggrupper.

Bredland et al. (2002) beskriv viktigheita av ein trygg forankring i eige fag gjennom ein sterk fagidentitet og eit støttande miljø for å stille seg open ovanfor andre i samarbeidssituasjonar. Til trass for at ergoterapeutane i denne studien opplever trygghet i eigne rollar, blir det erfart at rollane ikkje er like tydeleg for andre profesjonar. Dei opplever at det er viktig å vera tydeleg og synleg for både brukarar, pårørande og andre faggrupper. Behovet for å vera synleg som profesjon tolkar eg som eit ønskje om å bli sett og tatt på alvor som faggruppe. Bredland et al. (2002) belyser at behovet for å ”hevde seg” avtek etterkvart som ein opplever å bli verdsett. På bakgrunn av dette meiner eg at ein må arbeide for ei konkretisering av dei ulike faggruppene sine rollar i eit tverrfagleg samarbeid. I tillegg må ein vurdere eigen rolle ut frå om det gagnar eigen profesjon eller om det er til det beste for brukar.

5.1.3 Kunnskap

Higgs et al. (2004) visar gjennom empirisk forskning at profesjonell kunnskap består av både teoretisk kunnskap, praktisk erfaring og livserfaring. Gjøsæter (2013) seier i sin studie at erfaringskunnskap er undervurdert i læringsprosessar og når praktisk erfaringskunnskap blir tilført teoretisk kunnskap oppstår det djubdelæring. Majoriteten av informantane i min studie er einige, men legg vekt på at den erfaringsbaserte kunnskapen er den viktigaste i det daglege arbeidet med kvar dagsrehabilitering. Dette kan også bli forstått ut frå Repstad (2004) som seier at semiprofesjonar ofte er forbunden med meir erfaringsbasert kunnskap. Andre informantar påstår at den teoretiske kunnskapen er verdsett på lik linje med den praktiske- og erfaringsbaserte, men at det er vanskeleg å setje ord på denne kunnskapen. Molander & Terum (2008) seier i sin studie at praktisk kunnskap er kroppslig, og blir tileigna gjennom personleg erfaring. Dreyfus & Dreyfus (1986) drøftar at taus kunnskap er ein utvikla intuisjon som det er vanskeleg å verbalt artikulere. Informantane i denne studien har tilsvarande erfaringar og kjem med beskrivingar som ”det ligg i ryggmargen” og ”auga som ser”, noko som fortel at denne tause kunnskapen er ein del av informantane sin praksis. Mi fortolking er at desse ulike kunnskapsformene blir forstått og verdsett på forskjellige måtar av informantane, men det ser ut til at informantane ikkje er vande med å spesifisere kva kunnskap dei bruker, spesielt når det kjem til den teoretiske. Higgs et al. (2004) seier at profesjonelle må utøve praksiskunnskap eksplisitt. Tuntland & Ness (2014) beskriv at ved å utvikle felles omgrep kan ein styrke

kommunikasjonen og det blir enklare å samarbeide. Robinson & Cottrell (2005) synleggjer gjennom empirisk forskning at utvikling av eit felles språk er sentralt. Ut frå dette tolkar eg at å uttrykke fagkunnskap eksplisitt kan bidra til å utvikle eit ”felles språk” blant faggruppene som vera nyttig i det tverrfaglege samarbeidet.

I tillegg til basisen i ergoterapeutane sin kunnskap, poengterer informantane viktigheita av brukar som kunnskapskjelde. Seim & Slettebø (2007) drøftar at den profesjonelle skal ha brukaren sine interesser og behov i fokus. Johansen & Solbjør (2012) seier i sin studie at brukarmedverknad handlar om at brukar av helsetenesta får innflytelse på avgjersleprosessar og utforming av tenestetilbodet. Vatne (2007) seier basert på sin fortolking av anna forskning at helsepersonell har det etiske ansvaret for å avvege balansen mellom individuell friheit med sikkerheit, trygghet og omsorg opp mot helsepersonellet sin faglege kunnskap. Ness et al. (2012) seier at eit kriterium i kvardagsrehabilitering er at det skal vera brukarstyring og ikkje berre brukarmedverknad. Rise et al. (2011) påpeikar gjennom sine empiriske funn at det offentlege tenesteapparatet og brukarane har ulike verdiar knytt til definisjonar på brukar si involvering i helsetenester. Vidare at brukarar ønskjer å ta avgjersler i fellesskap og at det er behov for å tilpasse avgjersleprosessar ut frå brukar sin sjukdomstilstand og ønskjer. Tritter & McCallum (2006) syner gjennom sine empiriske funn at det er behov for å bruke tid på å skape tillit, bygge konsensus rundt målsetting og finne brukar sitt ønskja deltakingsnivå. Hansen et al. (2010) drøftar at brukarmedverknad kjem an på om brukar blir invitert til sjølv å komme med vurderingar og ønskjer. Syse (2009) diskuterer ut frå lovverket at ein skal ha respekt for om brukar ikkje ønskjer å medverke i enkelte tilfelle.

Motsetningar kjem tydeleg fram i mine data der alle, i likheit med Rise et al. (2011), har ulike oppfatningar av kva som ligg i omgrepa brukarmedverknad og brukarstyring. Alle informantane er einige med Seim & Slettebø (2007) og Johansen og Solbjør (2012) om at brukarane sine interesser må vera i sentrum og påverke utforming av kvardagsrehabiliteringa. Nokon informantar påstår i likheit med Syse (2009) og Tritter & McCallum (2006) at brukar sine behov for deltaking varierer. I lys av Vatne (2007) har informantane ulike meiningar rundt kor mykje brukar sjølv skal bestemme. Alle informantane er einige i at dei profesjonelle har eit fagleg ansvar for å ivareta brukarane. I likheit med Ness et al. (2012) opplever alle informantane at oppstartsdelen av kvardagsrehabilitering, med kartlegging og utvelging av mål, var det som i størst grad retta seg mot brukarstyring. Nokre informantar er einige med Hansen et al. (2010), og seier at treninga skal skje på brukar sine premisser der det såleis er opp til helsepersonellet

å vera kreative nok til å møta brukar sine behov. Andre er einige med Rise et al. (2011) om at eit likeverdig bidrag mellom helsepersonell og brukar er den beste praksisen. Mi fortolking er at på den eine side har helsepersonellet ansvar for å legge til rette for at brukar skal vera i fokus, samtidig som ein sikrar at dei får eit fagleg godt tilbod. På den andre sida må det respekterast om brukar, ut frå sine forutsetningar, ikkje ønskjer å vere så aktivt deltakande i heile denne prosessen. Nokre gongar kan ein truleg oppleve at brukar har ønskjer der helsepersonell kan kjenna seg usikre i forhold til fagleg forsvarlegheit. Slike dilemma må ein eventuelt ta opp til drøfting.

5.1.4 Tverrfagleg samarbeid

Bredland et al. (2002) seier at samarbeid er nødvendig i rehabilitering fordi oppgåvene er samansett og krev ei samordna og heilheitleg tilnærming. Tuntland & Ness (2014) beskriv at kvardagsrehabilitering krev eit tett forpliktande samarbeid der alle fagpersonar må ha lik forståing av arbeidsforma. Vidare at dette inneber å jobbe mot dei same aktivitetsmåla, der alle må ha eigarskap til verdigrunnlaget og få opplæring om førebyggjande og rehabiliterande tenking og arbeidsform. Informantane i denne studien er einige i dette. Dei opplever tverrfagleg samarbeid som avgjerande for å få til kvardagsrehabilitering der ein viktig strategi er å undervisa alle faggruppene om det rehabiliterande tankesettet. Ut frå det fortolkar eg at trass i uttrykt ønskje om å synleggjere seg som profesjon, kan det å få til tverrfagleg samarbeid bli ei stor oppgåve. Det ser ut til at eit felles tankesett er eit godt utgangspunkt for å endre praksis.

Tuntland & Ness (2014) seier at det er viktig med ein aksept for ulike profesjonskulturar. Informantane i denne studie er einige i dette, og beskriv at det tverrfaglege samarbeidet er bra når alle faggruppene i ”motor-teamet” delar fagkompetanse og har gjensidig tillit til kvarandre. Mi fortolking er at det vert viktig å ha fokus på at ein er avhengig av kvarandre sin kompetanse for å få til kvardagsrehabilitering, der deling av fagkompetanse og tillit skapar grunnlag for eit godt samarbeid. Bredland et al. (2002) seier basert på sine fortolkingar av ulike forskingsresultat at ein må vera ”ekspert” på kvar sin del av heilheita og våge å sjå at sitt eige syn eller fagområde ikkje alltid er det beste. Vidare at opplevinga av likeverd mellom personane i teamet er avgjerande for å kunne utvikle seg og bidra med sine eigenskapar og kompetanse, og at samarbeidsstrukturen bør vera prega av gjensidig respekt og interesser (Bredland et al., 2002). Nokre informantar er einige i det og påpeikar viktigheita av å ”lære av kvarandre” og at andre faggrupper ”ser ting” ein ikkje hadde sett sjølv. Ut frå dette ser det ut til at ei positiv

innstilling til andre faggrupper sin kompetanse er viktig for å få til eit godt samarbeid. Sett ut frå dette kan det å framheva at eiga faggruppe har ein nøkkelrolle vanskeleggjer samhandling og oppleving av likeverd. Samstundes er det viktig at nokon tek nøkkelrollen og sikrar kvalitet i tilbodet til brukar.

Bredland et al. (2002) seier at i dei første fasane av rehabilitering, som består av kartlegging, målsetting og oppsett av plan, er det spesielt viktig å prioritere ei tverrfagleg tilnærming. Robinson & Cottrell (2005) belyser viktigheita av å ha klare felles mål. Dette stemmer med det informantane i min studie erfarer. Dei løftar fram at i tverrfagleg samarbeid rundt kartlegging blir det diskutert mål i fellesskap for å lage ein felles plan for vidare intervensjon. Mi fortolking er at denne samarbeidsprosessen der alle får eit eigarskap til målsettinga som blir viktig for oppfølging av intervensjonane.

Datamaterialet synleggjer at det tverrfaglege samarbeidet har møtt på fleire utfordringar undervegs. Østberg (1977) seier at rolleusikkerheit skuldast rolleinnhavaren si bekymring for å miste sjølvstendigheit og eigenart. Informantane i studien til Tonnesen et al. (2012) opplever det som vanskeleg å formidle den rehabiliterande tankegangen til kollegaer. Dette er informantane i denne studien er einige i, men påstår at det i større grad gjeld i oppstartsfasen av samarbeidet. Dei svenske informantane erfarte at pleiepersonalet kunne ha "piggane ute" i starten då dei vart pålagt ukjente arbeidsoppgåver. Dette vart betre etterkvart når dei i større grad opplevde trygghet og aksept. Dette kan sjåast i lys av Bredland et al. (2002) som seier at rehabiliteringsverksemda og pleie- og omsorgsverksemda har forskjellige arbeidsoppgåver, kulturar og verdihierarki. Informantane i denne studien opplever samtidig at gode behandlingresultat i rehabiliteringa gjorde pleiepersonellet meir positive. Utfordringar i starten av samarbeidet kan eventuelt tyde på at pleiepersonalet har vore usikre på oppgåvene sine.

Lègarè et al. (2010) seier at mangel på tid og ressursar er barrierar for tverrfagleg samarbeid. Dette stemmer med informantane i denne studien som erfarer at heimetenestepersonalet er utsett for tidspress. Nokre informantar påstår at dette tidspresset vanskeleggjer prioriteringar av kvardagsrehabiliteringsoppgåver for pleiepersonalet. Andre informantar påstår at det finst andre barrierar, som eksempelvis mangel på samarbeid med leiar for pleiepersonalet. I desse tilfella blir det viktig å sette av nok tid til dette samarbeidet, slik at leiar får forståing av viktigheita av at pleiepersonalet får nok tid til å utføra arbeidsoppgåvene i

kvardagsrehabilitering. Mine fortolkingar av dette er at slike organisatoriske utfordringar må takast i betraktning i utviklinga av eit godt samarbeid.

Tuntland & Ness (2014) beskriv at felles fysiske møteplassar for regelmessige møter, veiledning og oppfølging er viktig. Dette fordi fysisk nærheit mellom teammedlemmene er ein føresetnad for å kunne diskutere og justere metodar dag for dag. Robinson & Cottrell (2005) seier at samlokalisasjon, ved å samle profesjonane i same bygning, gjer det lettare å involvere alle. Dette samsvarar med erfaringane til informantane i denne studien. Dei beskriv at den fysiske nærheita fører til at ”motor-teamet” da ikkje blir ”dei der borte på kontoret”, men heller ein del av det store teamet. Dette bidreg til eit fellesskap med tillit, samt eit oppleving av å vera på ”same lag”. Andre informantar erfarer at dette likevel ikkje alltid er gjennomførbart i praksis. Basert på dette meiner eg at desse tiltaka kan sjåast på som viktige samarbeidsstrategiar, der samlokalisering, deltaking i møteverksemd, godt samarbeid med leiar for pleiepersonalet og utvikling av eit felles rehabiliterande tankesett er viktig for å få til eit godt tverrfagleg samarbeid.

5.3 ”Styrkar og svakheitar ved studien”

Eg vil no sjå litt på styrkar og svakheitar i studien eg har gjennomført. Ein styrke er at dette er ei sterk kvalitativ studie, med eit breitt utval av informantar representert frå ulike kommunar. Eg har intervjuar relevante informantar, som er kjernepersonar med erfaring frå kvardagsrehabilitering. Ein anna styrke er at intervjuguiden er grundig gjennomarbeida, og ut frå engasjementet blant informantane i intervjusituasjonen verkar det som intervjuguiden inneheldt relevante spørsmål. Engasjementet kan og vera påverka av at kvardagsrehabilitering er relativt nytt i Noreg. Det er ein styrke at forskingsfunna kan ha relevant overføringsverdi internasjonalt, sidan tilsvarande modellar i andre land har fleire likheitstrekk med kvardagsrehabilitering.

Svakheitar er at det i utvalet er flest kvinner. Med berre to svenske informantar medfører det ein reduksjon av gyldigheiten i det svenske datamaterialet. Sidan det generelt er få stillingsheimlar for ergoterapeutar, kan det tenkjast at informantane bevisst ønskjer å gi svar som synleggjer behovet for fleire ergoterapeutar i kvardagsrehabilitering. Andre svakheitar er

at det var stor einigheit blant informantane, noko som kan ha vore prega av at spørsmålsformuleringa mi ikkje har gitt rom for nok utfyllande svar. Sidan eg sjølv er ergoterapeut, kan spørsmåla ha vore farga av eit eige ønskje om å sette profesjonen i eit godt lys. I intervjusituasjonen kunne det ha vore behov for ei konkretisering av omgrepet teoretisk kunnskap, då fleire informantar hadde vanskar med å besvare spørsmål relatert til dette. Ein anna svakheit er at det er lite empirisk forskning på kvardagsrehabilitering, noko som har gjort prosessen utfordrande i form av å finne relevant litteratur.

5.4 Resultata sin betydning for vidare praktisk implementering av kvardagsrehabilitering

Utgangspunktet for problemstillinga mi var blant anna rapporten til Ness et al. (2012), som beskriv at det manglar ei konkretisering av ergoterapeutar sin kunnskapskompetanse, rollar og arbeidsoppgåver i kvardagsrehabilitering. Eg meiner resultata mine har bidrege til gode beskrivingar av dette. Å trene brukar i aktivitet gjennom oppgåveorientert tilnærming, blir framstilt som nøkkelen til suksess i kvardagsrehabilitering. Dette har no fått meir aksept enn tidlegare, og ut frå det konkluder eg med at fokus på aktivitet bør vera eit framtidig satsingsområde i kvardagsrehabilitering og ergoterapeutar si trenarrolle bør få ein sentral plass. Kvardagsrehabilitering er i ein etableringsprosess der faggruppene jobbar med å finne sine rollar. I den samanheng er rolleavklaring eit viktig tema som bør diskuterast.

Denne studien løftar fram sentrale rollar for ergoterapeutar. Rollen som veileidar er sentral for å formidle rehabiliteringstankegang og brukartiltak vidare til andre faggrupper. Informantane sitt ønskje om kompetanseauke i veiledarrolla synleggjer at dette bør vera eit viktig satsingsområde framover. Funna indikerer at ergoterapeutar har gode føresetnader for å ta koordinator/leiarrolla. Når det skal avgjerast kven som skal ta denne rollen for ”motor-teamet” bør det og takast hensyn til kven som har dei beste leiareigenskapane saman med evna til å skaffe seg oversikt og utnytte kompetansen til dei andre faggruppene. Truleg bør og erfaringsgrunnlaget inn i denne vurderinga.

Resultata tydeleggjer store kontrastar i måten norske og svenske informantar praktiserer veiledning. Sidan dei svenske har lengre erfaring og er fornøgde med arbeidsmåten, kan norske kommunar truleg dra nytte av dei svenske informantane sine erfaringar. Samtidig må ein ta

høgde for at norske kommunar varierer mykje i forhold til geografiske forskjellar. Lang reiseveg krev mykje tid når ein skal heim til brukar for å drive veiledning og trening. Dette vil da bli eit prioriteringsspørsmål. Sjølv om det berre er to svenske informantar representert, meiner eg likevel at deira informasjon kan brukast som idear til implementering ein kan prøve ut i norske kommunar.

Systematisering av tverrfagleg samarbeid i åra framover blir av informantane framheva som nødvendig. Der eit godt samarbeid internt i ”motor-team” og mellom ”motor-team” og pleiepersonell blir viktig for at brukar skal oppleve heilheit og kvalitet i tenestetilbodet. Ein må vera oppmerksam, slik at faggruppene ikkje motarbeider kvarandre internt i ”motor-teamet”, då eventuelle profesjonskampar kan gå på bekostning av brukarane. I tillegg kan etableringa av sentrale samarbeidsstrategiar vera viktig i vidare implementering.

Det er eit stort engasjement blant ergoterapeutane rundt å synleggjera seg som profesjon. Eg vil oppfordre kommunar til bevisst å prioritere nødvendige ressursar, og lata ergoterapeutar ta rollar dei har kompetanse på for å få til ei god og effektiv kvardagsrehabilitering.

5.5 Forslag til vidare forskning

Som forslag til vidare forskning og satsingsområde vil eg peike på fleire områder. Det kjem fram eit ønskje blant informantane om å utvikla kvardagsrehabiliteringstilbodet til fleire brukargrupper. Dette spesielt innanfor rus, psykiatri og yngre aldersgrupper. Her kan det ligge fleire spennande forskingsoppgåver. I vidare forskning hadde det vore interessant å undersøka brukarane sitt syn på det ergoterapeutane har belyst i denne studien. Har brukarane fått det betre med kvardagsrehabiliteringa, eller har dei andre behov som ikkje har blitt tatt opp til vurdering? Det hadde vore spennande å forska på korleis svenske erfaringar med veiledningspraksis kan implementerast i norske kommunar.

6.0 KONKLUSJON

I denne studien har eg belyst ergoterapeutar sine erfaringar med å utøve kvardagsrehabilitering. Gjennom dette har eg synleggjort styrkar og utfordringar i deira eigen profesjon. Dei har mange sentrale rollar i kvardagsrehabilitering, og er med på å løfte fram aktivitetsfokuset i rehabiliteringa. Dersom ein får til aktivisering og trening i brukarane sine eigne omgivnader kan det eventuelt betre brukar sin livskvalitet og sjølvstendigheit. I tillegg til at ergoterapeutar er nøkkelpersonar, må ein og ha fokus på samarbeid mellom dei involverte i ”motor-teamet”, pleiepersonalet, pårørande og brukar. Funna i denne studien viser at for å utvikle eit godt samarbeid mellom dei involverte bør ein ta tak i profesjonsutfordringar, rolleavklaringar og samarbeidsstrategiar. Ved å innføre kvardagsrehabilitering kan ein bruke ”hendene” i helsesektoren til å skape betre liv der folk kan bu lengre i eigen heim. Ergoterapeutar ser ut til å ha viktig kunnskap å bidra med i denne prosessen.

LITTERATURLISTE

- Abbott, A. (1988). *The System of Professions. An Essay on the Division of Expert Labor*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Arnstein, S. (1969). A ladder of citizen participation. *Journal of the American Institute of Planners*, 34(4), 216-224.
- Bendixen, H. J., Borg, T., Pedersen, E. F., & Altenborg, U. (2005). *Aktivitetsvidenskab i et nordisk perspektiv*. København: FADL's Forlag.
- Bjerkaas, K.-E. (2012). Utøvelse av ergoterapeuters kompetanse innenfor rammen av velferdssamfunnets utfordringer og utvikling. Henta 04. februar, 2014, frå <http://www.ergoterapeutene.org/Ergoterapeutene/om-ergoterapi/Ergoterapeuters-kompetanse/Velferdssamfundnets-utfordringer-og-utvikling>
- Bjerkaas, K.-E., & Ness, N. E. (2011). Hverdagsrehabilitering. Gjør hverdagslivet mulig! Hva, hvorfor, hvem og hvordan? Henta 08. august, 2013, frå <http://www.ergoterapeutene.org/Ergoterapeutene/om-ergoterapi/Ergoterapeuters-kompetanse/Hverdagsrehabilitering/Hva-er-hverdagsrehabilitering>
- Boniface, G., Mason, M., Macintyre, J., Synan, C., & Riley, J. (2013). The effectiveness of local authority social services' occupational therapy for older people in Great Britain: a critical literature review. *British Journal of Occupational Therapy*, 76(12), 538-547.
- Borg, T. (2007). *Basisbog i ergoterapi: aktivitet og deltagelse i hverdagslivet*. København: Munksgaard.
- Borglin, G., Jakobsson, U., Edberg, A.-K., & Hallberg, I. R. (2006). Older people in Sweden with various degrees of present quality of life: their health, social support, everyday activities and sense of coherence. *Health and Social Care in the Community*, 14(2), 136-146.
- Borum, F. (1976). *Organisation, magt og forandring*. København: Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck.
- Bowling, A. (2008). Enhancing later life: how older people perceive active aging? *Aging & Mental Health*, 12(3), 293-301.
- Brante, T. (2011). Professions as Science-Based Occupations. *Professions and Professionalism*, 1, 4-20.
- Bredland, E. L., Linge, O. A., & Vik, K. (2002). *Det handler om verdighet. Ideologi og praksis i rehabiliteringsarbeid* (2. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Brodtkorb, E., & Rugkåsa, M. (2009). *Mellom mennesker og samfunn. Sosiologi og sosialantropologi for helse- og sosialprofesjonene* (2. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Chou, K.-L. (2005). Everyday competence and depressive symptoms: Social support and sense of control as mediators or moderators? *Aging & Mental Health*, 9(2), 177-183.
- College of Occupational Therapists. (2011). Reablement: a key role for occupational therapists. *Social Care Institute for Excellence*, 46, 1-6.
- Cook, R. J., Berg, K., Lee, K.-A., Poss, J. W., Hirdes, J. P., & Stolee, P. (2013). Rehabilitation in home care is associated with functional improvement and preferred discharge. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 94(6), 1038-1047.
- Corbin, J., & Strauss, A. (2007). *Basic of qualitative research: techniques and procedures for developing grounded theory*. (3. utg.). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Creek, J. (2005). *Psykiatrisk ergoterapi -teori, metode, praksis*. København: Munksgaard Danmark.
- Crepeau, E. B., Cohn, E. S., & Schell, B. A. B. (2003). Chapter 21, section VI: Motor learning: An Emerging Frame of Reference for Occupational Performance. Chapter

- 30, section III: Motor Control Theories and Models Guiding Occupational Performance Interventions Principles and Assumptions. I B. A. B. Schell, G. Gillen & M. E. Scaffa (Red.), *Williard & Spackman`s Occupational Therapy*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Creswell, J. W. (2007). *Qualitative inquiry & research design. Choosing among five approaches*. Los Angeles: SAGE Publications.
- De nasjonale forskningsetiske komiteene. (2006). Forskingsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap, humaniora, juss og teologi. Henta 2013, 14. september, frå <http://www.etikkom.no/retningslinjer/NESHretningslinjer/06>
- Dezin, N. K., & Lincoln, Y. S. (1998). Introduction. Entering the field of qualitative research. I N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Red.), *Collecting and interpreting qualitative materials* (s. 1-45). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Doig, E., Fleming, J., Cornwell, P., & Kuipers, P. (2011). Comparing the experience of outpatient therapy in home and day hospital settings after traumatic brain injury: patient, significant other and therapist perspectives. *Disability and Rehabilitation*, 33(13-14), 1203-1214.
- Dreyfus, H. L., & Dreyfus, S. E. (1986). *Mind over machine: the power of human intuition and expertise in the era of the computer*. New York: Free Press.
- Eakman, A. M. (2013). Relationships Between Meaningful Activity, Basic Psychological Needs, and Meaning in Life: Test of the Meaningful Activity and Life Meaning Model. *Occupation, Participation and Health*, 33(2), 100-108.
- Erichsen, V. (1996). *Profesjonsmakt. På sporet av en norsk helsepolitisk tradisjon*. Otta: Tano Aschehough.
- Eriksen, R. E. (2007). *Hverdagen som landtids sosialklient- mestring i et (bruker)medvirkningsperspektiv*. Doktorgradsavhandling, NTNU, Trondheim.
- Fisher, A. G. (2013). Occupation-centred, occupation-based, occupation-focused: Same, same or different? *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 20, 162-173.
- Flermoen, S. (2001). *Søkelys på organisasjon og ledelse: innføring for helse- og sosialsektor*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Fürst & Høverstad ANS. (2014). Fra passiv mottaker til aktiv deltaker: Hverdagsrehabilitering i norske kommuner. *FoU-prosjekt nr. 134027. Sluttrapport*. Oslo: KS.
- Giorgi, A. (2009). *The Descriptive Phenomenological Method in Psychology: A Modified Husserlian Approach*. Pennsylvania: Duquesne University Press.
- Gjørseter, Å. (2013). Praktisk erfaringskunnskap som aktivum for læreprosesser og læringsutbytte i organisasjons- og ledelsesstudier. *Uniped*, 36(2), 38-49.
- Glaser, B. (1978). *Theoretical sensitivity: Advances in the methodology of grounded theory*. Mill Valley, CA: Sociology Press.
- Glaser, B., & Strauss, A. (1967). *The discovery of grounded theory: Strategies for qualitative research*. Chicago: Aldine Transaction.
- Glendinning, C., Jones, K., Baxter, K., Rabiee, P., & Curtis, L. A. (2010). *Home Care Re-ablement Services: Investigating the Longer-Term Impacts (Prospective Longitudinal Study)*. York: University of York, Social Policy Research Unit.
- Goffman, E. (2004). *Social samhandling og mikrosociologi*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Green, S., Sixsmith, J., Ivanoff, S. D., & Sixsmith, A. (2005). Influence of occupation and home environment on the wellbeing of European elders. *International Journal of Therapy and Rehabilitation*, 12(11), 505-509.
- Hanssen, H., Humerfelt, K., Kjellevoid, A., Norheim, A., & Sommerseth, R. (2010). *Faglig skjønn og brukermevirkning*. Bergen: Fagbokforlaget.

- Helsedirektoratet. (2014). Om habilitering og rehabilitering. Henta 9. oktober, 2013, frå <http://www.helsedirektoratet.no/helse-og-omsorgstjenester/habilitering-rehabilitering/om-habilitering-og-rehabiliterin/Sider/default.aspx>
- Higgs, J., Andresen, L., & Fish, D. (2004). Practice knowledge- its nature, sources and contexts IJ. Higgs, B. Richardson & M. Abrandt Dahlgren (Red.), *Developing practical knowledge for health professionals*. Sverige: Butterworth Heineman.
- Hjalmhult, E., Giske, T., & Satinovic, M. (2014). *Innføring i grounded theory*. Oslo: Akademika forlag.
- Ikiugu, M., Pollard, N., Cross, A., Willer, M., Everson, J., & Stockland, J. (2012). Meaning making through occupations and occupational roles: a heuristic study of worker-writer histories. *British Journal of Occupational Therapy*, 75(6), 289-295.
- Johansen, B., & Solbjør, M. (2012). Brukermedvirkning som "universalmiddel" for helsevesenets problemer. I A. Tjora (Red.), *Helsesosiologi: analyser av helse, sykdom og behandling* (s. 307-326). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Järvinen, M., & MikMeyer, N. (2005). Kvalitative metoder i et interaksjonistisk perspektiv. I D. Staunæs & D. M. Søndergaard (Red.), *Interview i en tangotid*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Kielhofner, G. (2008). *Model Of Human Occupation. Theory and application* (4. utg.). Chicago: Lippincott Williams & Wilkins.
- Kjellberg, P. K., Ibsen, R., & Kjellberg, J. (2011). Fra pleie og omsorg til rehabilitering. Viden og anbefalingar. København: Dansk Sundhedsinstitut.
- Kjellberg, P. K., Kjellberg, J., Ibsen, R., & Christensen, L. (2012). Hverdagsrehabilitering i praksis. Erfaringer fra Fredericia 2008-2010. *Ergoterapeuten*, 1.
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2012). *Det kvalitative forskningsintervju* (2. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Larsen, A. E., & Carlsson, G. (2012). Utility of the Canadian Occupational Performance Measure as an admission and outcome measure in interdisciplinary community-based geriatric rehabilitation. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 19, 204-213.
- Lauvås, K., & Lauvås, P. (2004). *Tverrfaglig samarbeid -perspektiv og strategi*. Oslo: Universitetsforlaget
- Légaré, F., Stacey, D., Gagnon, S., Dunn, S., Pluye, P., Frosche, D., . . . Graham, I. D. (2010). Validating a conceptual model for an inter-professional approach to shared decision making: a mixed methods study. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 11(4), 554-564.
- Littlechild, R., Bowl, R., & Makta, E. (2010). An independence at home service: the potential and the pitfalls for occupational therapy services. *British Journal of Occupational Therapy*, 73(6), 242-250.
- Lovdata. (2001). Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator. Henta 15. mars, 2014, frå <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2011-12-16-1256>
- Magill, R. A. (2003). *Motor Learning and Control: Concepts and Applications* (7. utg.). Boston: Mc Graw Hill.
- Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning* (3. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Martinussen, W. (1986). *Sosiologisk analyse, en innføring*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Mizrahi, T., Humphreys, M., & Torres, D. (2009). The social construction of client participation: The evolution and transformation of the role of service recipients in child welfare and mental disabilities. *J Sociol Soc Welf*, 36(2), 35-61.
- Molander, A., & Smeby, J.-C. (2013). *Profesjonsstudier II* Oslo: Universitetsforlaget.
- Molander, A., & Terum, L. I. (2008). *Profesjonsstudier*. Oslo: Universitetsforlaget.

- Müllersdorf, M., & Ivarsson, A.-B. (2008). Occupation as described by novice occupational therapy students in Sweden: The first step in a theory generative process grounded in empirical data. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 15, 34-42.
- Månsson, M. (2007). *Hemrehabilitering: vad, hur och för vem?* Stockholm: Gothia Förlag.
- Månsson, M., Nordholm, A., Andersson, L., Mikaelsson, A., & Ekman, U. (2006). *Vardagsrehabiliteringens roll inom kommunens hemtjänst. (Vol. 1).* Sverige: FoU-Jämt.
- Nairn, S. (2012). A critical realist approach to knowledge: implications for evidence-based practice in and beyond nursing. *Nursing Inquiry*, 19(1), 6-17.
- Nasjonalt folkehelseinstitutt. (2010). *Folkehelse rapport 2010: Helsetilstanden i Norge (Vol. 2).* Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt.
- Ness, N. E. (1995). *Ergoterapeuters yrkesfunksjon- før, nå og framover. I aktuelle artikler om ergoterapiens historie: Høgskolen i Sør Trøndelag, Avdeling for helse- og sosialfag, Ergoterapiutdanningen CY- Trondheim.*
- Ness, N. E., Laberg, T., Haneborg, M., Granbo, R., Færevaa, L., & Butli, H. (2012). *Hverdagsmestring og hverdagsrehabilitering.* Oslo: Norsk Ergoterapeutforbund, Norsk Fysioterapeutforbund & Norsk Sykepleierforbund.
- Nilssen, V. (2012). *Analyse i kvalitative studier. Den skrivende forskeren.* Oslo: Universitetsforlaget.
- Norsk Ergoterapeutforbund. (2011). *Kompetanser i ergoterapi. Ergoterapeuter gjør hverdagslivet mulig.* Oslo: Norsk Ergoterapeutforbund.
- Parsons, J., Sheridan, N., Rouse, P., Robinson, E., & Connolly, M. (2013). A Randomized, Controlled Trial to Determine the Effect of a Model of Restorative Home Care on Physical Function and Social Support among Older People. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 94(6), 1015-1022.
- Pasientrettighetsloven. (1999). Lov om pasientrettigheter. Henta 14. august, 2014, frå <http://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63> - KAPITTEL_3
- Patton, M. Q. (2002). *Qualitative Research & Evaluation Methods: Integrating Theory and Practice* (3. utg.). California: SAGE Publications Inc.
- Polatajko, H. J., & Mandich, A. D. (2004). *Enabling Occupation in Children: The Cognitive Orientation to daily Occupational Performance (CO-OP) Approach.* Canada: CAOT Publications ACE.
- Rabiee, P., & Glendinning, C. (2011). Organisation and delivery of home care re-ablement: what makes a difference? *Health and Social Care in the Community*, 19(5), 495-503.
- Rambøll. (2012). På oppdrag for Helsedirektoratet. Undersøkelse om rehabilitering i kommunene- erfaringer med tilbud gitt i pasientens hjem/ vante miljø *Rapport IS-0365:* Helsedirektoratet.
- Randomski, M. V., & Trombly, C. A. (2002). *Occupational Therapy for Physical Dysfunction.* (6. utg.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Repstad, P. (2004). *Sosiologiske perspektiver for helse- og sosialarbeidere* (2. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Ringdal, K. (2012). *Enhet og mangfold: samfunnsvitenskapelig forskning og kvantitativ metode.* Bergen: Fagbokforlaget.
- Rise, M. A., Solbjør, M., Lara, M. C., Westerlund, H., Grimstad, H., & Steinsbekk, A. (2011). Same description, different values. How service users and providers define patient and public involvement i health care. *Ltd Health Expectations*, 12, 1-11.
- Robinson, M., & Cottrell, D. (2005). Health professionals in multi-disciplinary and multi-agency teams: Changing professional practice. *Journal of Interprofessional Care*, 19(6), 547-560.

- Romedal, B. E., & Karlsen, S. (1976). Funksjonsfordeling i helseinstitusjoner. Delrapport II og III. Trondheim: Norsk Institutt for Sykehusforskning.
- Ryburn, B., Wells, Y., & Foreman, P. (2009). Enabling independence: restorative approaches to home care provision for frail older adults. *Health and Social Care in the Community*, 17(3), 255-234.
- Sanford, J. A., Griffiths, P., Richardson, P., Hargraves, K., Butterfield, T., & Hoenig, H. (2006). The Effects of In-Home Rehabilitation on Task Self-Efficacy in Mobility-Impaired Adults: A randomized Clinical Trial. *The American Geriatrics Society*, 54(11), 1641-1648.
- Seim, S., & Slettebø, T. (2007). *Brukermedvirkning i barnevernet*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Socialstyrelsen. (2013). Kortlægning af kommunernes erfaringer med rehabilitering på ældreområdet. Odense: Socialstyrelsen.
- St. meld nr. 29. (2013). *Morgendagens omsorg*. Oslo: Det kongelige helse- og omsorgsdepartementet.
- St. meld. nr. 47. (2009). *Samhandlingsreformen*. Oslo: Det kongelige helse- og omsorgsdepartementet.
- Starks, H., & Trinidad, S. B. (2007). Choose Your Method: A Comparison of Phenomenology, Discourse Analysis, and Grounded Theory. *Qualitative Health Research*, 17(10), 1372-1380.
- Stav, W. B., Hallen, T., Lane, J., & Arbesman, M. (2012). Systematic Review of Occupational Engagement and Health Outcomes among Community-Dwelling Older Adults. *The American Journal of Occupational therapy*, 66(3), 301-310.
- Stott, D. J., Buttery, A. K., Bowman, A., Agnew, R., Burrow, K., Mitchell, S. L., . . . Knight, P. V. (2006). Comprehensive geriatric assessment and home-based rehabilitation for elderly people with a history of recurrent non-elective hospital admissions. *Age and Aging*, 35(5), 487-491.
- Syse, A. (2009). *Pasientrettighetsloven: med kommentarer*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Thagaard, T. (2003). *Systematikk og innlevelse: En innføring i kvalitativ metode* (2. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Tjora, A. (2012). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis* (2. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Toneman, M., Brayshaw, J., Lange, B., & Trimboli, C. (2010). Examination of the change in Assessment of Motor and Process Skills performance in patients with acquired brain injury between the hospital and home environment. *Australian Occupational Therapist Journal* 57, 246-252.
- Tonnesen, M., Sørensen, J. B., & Nygaard, K. (2012). *Grib Hverdagen*. Slutevaluering. Aarhus: Aarhus Kommune, Sundhed og Omsorg.
- Townsend, E. A., & Polatajko, H. J. (2007). *Enabling Occupation II: Advancing an Occupational Therapy Vision for Health, Well-Being & Justice through Occupation*. Ottawa: CAOT Publications ACE.
- Tritter, J. Q., & DPhil, B. A. (2009). Revolution or evolution: the challenges of conceptualizing patient and public involvement in a consumerist world. *Ltd Health Expectations*, 12, 274-287.
- Tritter, J. Q., & McCallum, A. (2006). The snakes and ladders of user involvement: Moving beyond Arnstein. *Health policy*, 76, 156-168.
- Tuntland, H. (2006a). *En innføring i ADL. Teori og intervensjon*. Kristiansand: Høyskoleforlaget AS- Norwegian Academic Press.
- Tuntland, H. (2006b). Læring av ADL-ferdigheter. *Ergoterapeuten*, 08.
- Tuntland, H., & Ness, N. E. (2014). *Hverdagsrehabilitering*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

- Upton, D., Stephens, D., Williams, B., & Scurlock-Evans, L. (2014). Occupational therapists' attitudes, knowledge, and implementation of evidence-based practice: a systematic review of published research. *British Journal of Occupational Therapy*, 77(1), 24-38.
- VanSwearingen, J. M., Perera, S., Brach, J. S., Wert, D., & Studenski, S. A. (2011). Impact of Exercise to Improve Gait Efficiency on Activity and Participation on Older Adults With Mobility Limitation: A Randomized Controlled Trial. *Phys. Ther.*, 91(12), 1740-1751.
- Vatne, S. (2007). *Pasienten først? Om medvirkning i et omsorgsperspektiv*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Veiden, P., & Burkeland, S. (1999). *Samfunnsvitenskapelig ordbok*. Oslo: Spartacus Forlag.
- Vik, K., Nygård, L., Borell, L., & Josephsson, S. (2008). Agency and engagement: Older adults' experiences of participation in occupation during home-based rehabilitation. *Canadian Journal of Occupational Therapy* 75(5), 262-271.
- WHO. (2002). *Active Ageing: A Policy Framework*. Madrid: WHO.
- 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.
- Zingmark, M. (2013). Alla professioner är viktiga för en utvecklad vardagsrehabilitering. *Ergoterapeuten*, 3, 26-29.
- Østerberg, D. (1977). *Sosiologiens nøkkelbegrep og deres opprinnelse*. Oslo: Cappelen.

Vedlegg 1: Forespørsel om deltaking i forskingsprosjektet

”Korleis opplever ergoterapeutar sin profesjonskunnskap og sine arbeidsoppgåver i kvardagsrehabilitering?” Erfaringar frå norske og ein svensk kommune.

Bakgrunn og formål

Dette er eit spørsmål til deg om å delta i ein forskingsstudie. Formålet med studien er å finne ut korleis ergoterapeutar opplever sitt bidrag i kvardagsrehabilitering. Ergoterapeutar er nøkkelpersonar for å lykkast med kvardagsrehabilitering, men det manglar konkretisering av ergoterapeutar sin kunnskapskompetanse, rollar og arbeidsoppgåver. Problemstillinga som skal belyst er ”Korleis opplever ergoterapeutar sin profesjonskunnskap og sine arbeidsoppgåver i kvardagsrehabilitering?”. Prosjektet er ein masterstudie under masterstudiet Helsevitenskap på NTNU. Studiet blir ikkje gjennomført med ekstern oppdragsgivar eller i samarbeid med fleire institusjonar.

Du blir spurt om å delta i studien fordi du er ergoterapeut i ein kommune som har starta opp praktisering av kvardagsrehabilitering og har erfaring med dette.

Kva inneber deltaking i studien?

Deltaking i studien krev deltaking i eit intervju, som vil bli gjennomført på ein plass som passar for deg, enten arbeidsplassen eller privat. Intervjuet vil maksimalt vare i 1 time. Spørsmåla vil omhandle dine erfaringar med kvardagsrehabilitering. Intervjuet vil bli tatt opp på lydband.

Kva skjer med informasjonen om deg?

Informasjonen som blir registrert om deg skal berre brukast slik som beskrive i formålet med studien. Alle opplysningane du gir vil bli behandla utan namn og fødselsnummer eller andre direkte attkjennande opplysningar. Det er berre autorisert personell knytt til prosjektet som vil ha tilgang til utskrifta frå intervjuet med deg. Prosjektet skal avsluttast den 01.06.2014 og då vil innsamla opplysningar bli anonymisert og lydopptaket sletta. Det vil ikkje vera mogeleg å identifisere deg i resultatata av studien når desse blir publisert.

Frivillig deltaking

Det er frivillig å delta i studien. Du kan når som helst og utan å oppgi grunn trekke ditt samtykke til å delta i studien. Informasjonen frå deg vil da bli sletta.

Dersom du ønskjer å delta eller har spørsmål til studien, ta kontakt med prosjektleiar Kristine Målsnes Veum på tlf. 9178966 eller veileidar Marit Solbjør på tlf. 73590220.

Studien er meldt til Personvernombodet for forskning, Norsk samfunnsvitskapelig datateneste AS.

Samtykke til deltaking i studien

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

(Signert av prosjektdeltakar, dato)

Vedlegg 2: Intervjuguide

	INTERVJUGUIDE/ SPØRSMÅL	KOMMENTARAR
1	Kan du starte med å fortelje litt om deg sjølv?	Alder, utdanning, arbeidserfaring, kor lenge har du jobba med kvardagsrehabilitering?, initiativtakar eller medarbeidar?
2a	Kan du fortelje om dine erfaringar med kvardagsrehabilitering?	<ul style="list-style-type: none"> - Gode erfaringar (solskinshistoriar) - Vanskar og utfordringar (tidspress, dokumentasjon) - Inklusjonskriterium til brukargrupper
2b	Kva er kvardagsrehabilitering for deg?	
3	Kva er din rolle som ergoterapeut i kvardagsrehabilitering?	<ul style="list-style-type: none"> - Utredning, opplæring, veiledning, utarb. av tiltaksplanar (pleieplan)? - Veileidar vs. utøvar? Korleis føregår opptreninga av heimetrenarar/hjelparar? - I kva grad leidar ergoterapeutar rehabiliteringa og underviser pleiepersonal i tankesett om kvardagsmeistring? - Pådrivar/ koordinator
4	Kva er dine konkrete arbeidsoppgåver i utøving av kvardagsrehabilitering?	<ul style="list-style-type: none"> - Kartlegging, ADL-trening, veiledning - Intervensjonar- beskriv det metodiske arbeidet som skjer i gjennomføringa av treninga. - Oppgåveorientert tilnærming, teknologiske løysingar, endringar i omgivnadane. - Samarbeid med pårørande
5a	Kva kompetanse brukar du i praktisering av kvardagsrehabilitering?	<ul style="list-style-type: none"> - Mest fokus på teoretisk eller praktisk kunnskap? - Kombinera kunnskap, resonnering og ferdigheitar - Blir andre delar av kompetansen brukt i kvardagsrehabilitering?

5b	Kva kompetanse opplever du eventuelt at du manglar?	<ul style="list-style-type: none"> - Er aktivitetsteori eit kunnskapsgrunnlag for ergoterapeutar? - Påverkar kunnskapskompetansen korleis ein jobbar med kvardagsrehabilitering? Tilstrekkeleg? - Kompetanse ifht veiledande rolle. - Handtere etiske dilemma.
6a	Kva profesjonar samarbeider du med i kvardagsrehabiliteringa?	
6b	Korleis er organiseringa og samarbeidet mellom dei ulike profesjonane?	<ul style="list-style-type: none"> - Kven blir brukt som heimetrenarar og kva kompetanse har dei? Korleis føregår opplæringa av dei? - Korleis blir rehabiliteringstankegangen formidla? Er det enkelt alle profesjonane engasjert? - Korleis fungerer det tverrfaglege samarbeidet? Korleis blir det sikra rolleavklaring og tydelegheit ifht kven som gjer kva? Korleis er rolle og ansvarsfordelinga mellom profesjonane? - Tenker dei likt innanfor same profesjonskultur? - Er det god kommunikasjon og ansvars plassering mellom leiinga og medarbeidarar?
7a	Kva verktøy og kartleggingsinstrument blir brukt?	- Borgerhjulet, målkort og motivasjonssamtalen.
7b	Korleis brukar ergoterapeutar sin kompetanse i utøving av COPM intervju?	<ul style="list-style-type: none"> - Kva kompetanse skil ergoterapeutar frå andre yrkesgrupper i utøvinga? - Er COPM eit gunstig reiskap?
8a	Korleis jobbar du med brukarstyring i praksis?	- Kva utfordringar og fordelar ser du med brukarstyring?
8b	Kva legg du i omgrepa brukarstyring og brukarmedverknad?	

		- Kvar går grensa mellom sjølvbestemming og systemet sin omsorgssvikt? (Alkohol- og rusmisbrukarar og psykiatri).
9a	Kva erfaring har du med praktisering av oppgåveorientert tilnærming i kvardagsrehabilitering?	- Korleis brukar du din kompetanse i trening av brukarar, velje rett aktivitet ut frå brukaren sitt funksjonsnivå, overføring av læring?
9b	Kva erfaring har du med å ta i bruk velferdsteknologi og hjelpemidlar i kvardagsrehabilitering?	
10	Korleis erfarer du at ditt bidrag som ergoterapeut kan påverke brukaren sin mestring av dagleglivets aktivitetar og sjølvhjelpenheit?	Kva tiltak blir sett i gang for å oppretthalde dette?