

## Forord

Formålet med denne studien er å undersøke hvordan samarbeidet i hverdagsrehabilitering oppleves ut fra fagutøverens perspektiv. Samarbeid mellom fagutøvere anses som viktig å satse på innenfor helse- og omsorgstjenester og for at hverdagsrehabilitering skal være vellykket er det viktig med samarbeid mellom ulike fagutøvere.

Det er med glede og stolthet jeg nå slutfører min masteroppgave i funksjonshemming og samfunn. Jeg sitter igjen med en følelse av takknemlighet for at jeg har fått muligheten til å jobbe med et masterprosjekt som har lært meg så mye. Masterstudiet og arbeid med masteroppgaven har vært spennende og lærerikt.

Først av alt vil jeg rette en spesiell takk til informantene for at dere har delt opplevelser med meg, uten dere hadde det ikke vært mulig å gjennomføre dette studiet.

En stor takk til min faglige veileder Marianne Hedlund. Du har vært en viktig støttespiller og utfordret meg til å tenke nytt og se ting fra nye sider. Din entusiasme for temaet i studien har bidratt i å drive meg fremover. En takk til medstudenter for både faglige og ikke-faglige samtaler gjennom fine år på masterstudiet. Jeg vil takke familie og venner som har stilt opp med gode samtaler og oppmuntrende ord.

Trondheim, mai 2021

Marianne Zahl Jenssen

## Sammendrag

*Bakgrunn:* Samarbeid mellom fagutøvere sikrer en helhetlig prosess i rehabiliteringsforløpet i hverdagsrehabilitering. For at hverdagsrehabilitering skal være vellykket er et av de viktigste forutsetningene samarbeid mellom ulike fagutøvere. Innenfor forskningslitteratur på hverdagsrehabilitering er det færre studier som undersøker tverrfaglig samarbeid fra fagutøverens perspektiv.

*Formål:* Formålet med studien er å få en innsikt i hvordan samarbeidet i hverdagsrehabilitering oppleves fra fagutøverens perspektiv. Problemstillingen i studien er «Hvordan opplever fagutøvere i hverdagsrehabilitering samarbeid?».

*Metode:* Studien er gjennomført med et kvalitativt design. Informasjon er samlet inn gjennom semistrukturerte intervju med hverdagsrehabiliteringsteam fra to kommuner som utgjorde til sammen syv fagpersoner. Analysen er foretatt med en forståelsesramme innenfor fenomenologi og sosial konstruksjonisme. Tilnærmingen er beskrevet som induktiv.

*Funn:* Det er tre områder som viser hvordan fagutøvere opplever hverdagsrehabilitering som går igjen som røde tråder i det empiriske materialet: (1) ambivalens i samarbeidet, (2) felles opplevelse av hverdagsrehabilitering som noe meningsfullt og (3) manglende forståelse fra bruker i samarbeidet. **Ambivalens i samarbeidet** knyttes for det første til mangelfull felles krus eller utdannelse om hverdagsrehabilitering for fagutøverne ved oppstart av tjenesten. For det andre knyttes ambivalens til kjernekompetansen hver enkelt fagutøver bidrar med i samarbeidet. Til slutt knyttes ambivalens til selve samarbeidet mellom fagutøverne og handlingsalternativ som vektlegges. **Felles opplevelse av hverdagsrehabilitering som noe meningsfullt** handler om å samarbeide med samme tanke sett «hverdagsmestring». Fagutøvere i hverdagsrehabilitering kan oppleve utfordringer i samarbeid med andre kommunale helse- og omsorgstjenester på grunn av forskjellig tanke sett som kan resultere i å jobbe mot hverandre. Fagutøvere som samarbeider i hverdagsrehabilitering, opplever «hverdagsmestring» som meningsfullt og viser et engasjement i tjenesten og et håp for brukere av hverdagsrehabilitering. **Manglende forståelse fra bruker i samarbeidet** handler om hvordan fagutøvere må beskrive hverdagsrehabilitering for bruker. I gjennomføring av kartleggingsverktøyet COPM og score, samt målsetting opplever fagutøvere at det kan være

utfordrende for bruker, som krever en omstilling fra fagutøveren i samarbeidet. For fagutøvere i hverdagsrehabilitering oppleves det som viktig at bruker skal være i sentrum av tjenesten og delta i rehabiliteringsprosessen. Likevel har fagutøverne i hverdagsrehabilitering mulighet til å påvirke bruker og opplever det er viktig å sette konkrete mål for hverdagsrehabilitering.

*Konklusjon:* Denne studien konkluderer med at fagutøvernes opplevelser i samarbeidet i hverdagsrehabilitering er sentral for hvordan tjenestene og tiltakene blir utført overfor brukere.

*Nøkkelord:* Hverdagsrehabilitering, tverrfaglig samarbeid, fagutøver

## Abstract

*Background:* For everyday rehabilitation to be successful, one of the most important prerequisites is collaboration between different professionals. Cooperation between professionals will ensure that everyday rehabilitation leads to a comprehensive process in the rehabilitation process for its users. Within research literature, there are several studies on interdisciplinary collaboration. However, there are only a small number of studies regarding interdisciplinary collaboration within everyday rehabilitation.

*Purpose:* The purpose of the study is to gain an insight into how the collaboration of everyday rehabilitation is experienced from the professional's perspective. The issue for this study is: "How do professionals in everyday rehabilitation experience collaboration?"

*Method:* The study was conducted using a qualitative design. Information was collected through semi-structured interviews with everyday rehabilitation teams from two different municipalities in Norway, which together made up seven professionals. The analysis is carried out with an understanding framework within phenomenology and social constructionism. The approach is described as inductive.

*Outcome:* There are three areas that describe how the collaboration takes place in everyday rehabilitation that are repeated as common threads in the empirical material: (1) Ambivalence in the collaboration, (2) Common experience of everyday rehabilitation as something meaningful and (3) A lack of understanding for the user in the collaboration. **Ambivalence in the collaboration** is firstly linked to the collaboration in the start-up and development of the service everyday rehabilitation with deficient joint training or common education among the professionals. Secondly, ambivalence is linked to the core competence that each professional contributes to the collaboration. Finally, ambivalence is linked to the actual collaboration between the professionals and the comprehensive process in everyday rehabilitation. **Shared experience of everyday rehabilitation as something meaningful** is about collaborating with the same mindset «manage oneself». Professionals in everyday rehabilitation may experience challenges in collaboration with other health and care services, due to different mindsets that can result in working against each other. Professionals who collaborate in everyday rehabilitation experience "manage oneself" as meaningful and show a commitment to the

service and a hope for users of everyday rehabilitation. **A lack of understanding for the user in the collaboration** is about how professionals must describe everyday rehabilitation for the user. In implementation of COPM and scores, as well as goal setting, professionals experience that it can be challenging for the user, who requires a change from the professional in the collaboration. For professionals in everyday rehabilitation, it is perceived as important that the user should be at the center of the service and participate in the rehabilitation process. However, the professionals in everyday rehabilitation have the opportunity to influence the user and experience the importance to set specific goals for everyday rehabilitation together with the user.

*Conclusions:* This study concludes that the professionals' experiences in the collaboration in everyday rehabilitation are central to how the service are performed for users.

Keywords: Everyday rehabilitation, interdisciplinary collaboration, professional

## Innholdsfortegnelse

<b>Kapittel 1. Innledning</b> .....	<b>9</b>
<b>1.1. Problemstilling</b> .....	<b>11</b>
<b>1.2. Videre oppbygging av studien</b> .....	<b>11</b>
<b>Kapittel 2. Bakgrunn</b> .....	<b>12</b>
<b>2.1. Kommunale helse- og omsorgstjenester</b> .....	<b>12</b>
2.1.1. Rammer for kommunale helse- og omsorgstjenester .....	12
2.1.2. Verdigrunnlag i kommunale helse- og omsorgstjenester .....	13
2.1.3. Rehabilitering versus pleie og omsorg .....	15
2.1.4. Verdigrunnlag i hverdagsrehabilitering .....	15
<b>2.2. Hverdagsrehabilitering</b> .....	<b>16</b>
2.2.1. Hverdagsrehabilitering som helhetlig tjeneste .....	17
2.2.2. Samarbeid mellom fagutøvere i hverdagsrehabilitering .....	18
2.2.3. Brukeren i sentrum .....	19
2.2.4. Kartleggingsverktøy .....	21
<b>Kapittel 3. Teorier og tidligere forskning</b> .....	<b>23</b>
<b>3.1. Profesjonsetikk og etisk kompetanse i samarbeidet</b> .....	<b>23</b>
<b>3.2. Internasjonal klassifisering av funksjon, funksjonshemming og helse - ICF</b> .....	<b>25</b>
3.2.1. Ulike forståelser av funksjonshemming .....	25
3.2.2. ICF .....	26
3.2.3. ICF og beskrivelser av emneområder .....	27
3.2.4. Forståelse av «funksjonsevne» og alderdom i lys av ICF .....	28
3.2.5. ICF og rehabilitering .....	30
<b>3.3. Rehabilitering som perspektiv</b> .....	<b>30</b>
<b>3.5. Mestringstro</b> .....	<b>33</b>
<b>3.6. Ambivalens</b> .....	<b>34</b>
<b>3.7. Empowerment og brukermedvirkning</b> .....	<b>35</b>
<b>3.8. Kunnskapsstatus på feltet</b> .....	<b>37</b>
<b>Kapittel 4. Metode</b> .....	<b>40</b>
<b>4.1. Forforståelse</b> .....	<b>40</b>
<b>4.2. Valg av kvalitativ metode</b> .....	<b>41</b>
<b>4.3. Vitenskapsteoretisk ståsted</b> .....	<b>42</b>
4.3.1. Fenomenologi .....	42
4.3.2. Sosial konstruktivisme .....	43
<b>4.4. Fremgangsmåte</b> .....	<b>44</b>
4.4.1. Rekruttering og kriterier for utvalg av informanter .....	44
4.4.2. Utvalg .....	45
4.4.3. Gjennomføring av intervjuet .....	46
<b>4.5. Analyse</b> .....	<b>47</b>
<b>4.6. Refleksjoner rundt valg av metode</b> .....	<b>49</b>

<b>4.7. Forskningsetikk</b> .....	<b>50</b>
<b>4.8. Studiens troverdighet, overførbarhet og gyldighet</b> .....	<b>51</b>
4.8.1. Troverdighet .....	51
4.8.2. Overførbarhet.....	52
4.8.3. Gyldighet .....	52
<b>Kapittel 5. Presentasjon av funn</b> .....	<b>54</b>
<b>5.1. Innledning</b> .....	<b>54</b>
<b>5.2. Ulik kompetanse i hverdagsrehabilitering</b> .....	<b>54</b>
5.2.1. Samarbeidet ved implementering av hverdagsrehabilitering .....	55
5.2.2. Fagutøverens forståelse av seg selv i samarbeidet .....	56
5.2.3. Samarbeid i rehabiliteringsforløpet.....	58
5.2.4. Tverrfaglig samarbeid.....	62
5.2.5. Oppsummering av hovedtema: Ulik kompetanse i hverdagsrehabilitering.....	63
<b>5.3. Samarbeid med fagutøverens tanke sett og perspektiver</b> .....	<b>64</b>
5.3.1. Opplevelse av samme tanke sett og mål ved samarbeidet.....	64
5.3.2. Hverdagsrehabiliteringsteam i samarbeid med hjemmetjenesten .....	67
5.3.3. Ulike tanke sett og tilnærminger i samarbeidet med hjemmetjenesten .....	68
5.3.4. Oppsummering av hovedtema: samarbeid med fagutøverens tanke sett og perspektiver .....	70
<b>5.4. Hverdagsrehabilitering med bruker i sentrum</b> .....	<b>70</b>
5.4.1. Beskrivelser av hverdagsrehabilitering .....	71
5.4.2. COPM som kartleggingsverktøy.....	72
5.4.3. Målsetting for hverdagsrehabilitering .....	74
5.4.4. Formulering ved målsetting .....	76
5.4.5. Oppsummering av hovedtema hverdagsrehabilitering med bruker i sentrum.....	77
<b>Kapittel 6. Diskusjon av funn</b> .....	<b>78</b>
<b>6.1. Innledning</b> .....	<b>78</b>
<b>6.2. Ambivalens i samarbeidet</b> .....	<b>78</b>
6.2.1. Oppstart med tverrfaglig samarbeid i hverdagsrehabilitering .....	79
6.2.2. Fagutøverens bidrag til samarbeidet i lys av ICF .....	81
6.2.3. Mangelfull bruk av perspektivet i ICF .....	84
6.2.4. Samarbeid mellom faggruppene i rehabiliteringsforløpet.....	85
6.2.5. Oppsummering.....	88
<b>6.3. Felles opplevelse av hverdagsrehabilitering som noe meningsfullt</b> .....	<b>89</b>
6.3.1. Tenke likt .....	89
6.3.2. Forskjellig tilnærming til brukeren som kan påvirke måloppnåelse .....	92
6.3.3. Felles opplevelse av hverdagsrehabilitering som noe meningsfullt .....	93
6.3.4. Oppsummering.....	96
<b>6.4. Manglende forståelse fra bruker i samarbeidet</b> .....	<b>97</b>
6.4.1. Å skape en forståelse for hva hverdagsrehabilitering innebærer.....	98
6.4.2. Kartleggingsverktøy.....	99
6.4.3. Målet er det viktigste .....	101
6.4.4. Oppsummering.....	105
<b>Kapittel 7. Avslutning</b> .....	<b>107</b>
<b>7.1. Oppsummering og konklusjon</b> .....	<b>107</b>
<b>7.2. Veien videre for å sikre samarbeid i hverdagsrehabilitering</b> .....	<b>109</b>
<b>7.3. Kritikk av studien og forslag til videre forskning</b> .....	<b>109</b>
<b>Litteraturliste</b> .....	<b>111</b>

<b><i>Vedlegg</i>.....</b>	<b>118</b>
<b>Vedlegg 1. Formelt brev til ledere og til fagutøvere.....</b>	<b>118</b>
<b>Vedlegg 2. Informasjonsskriv .....</b>	<b>119</b>
<b>Vedlegg 3. Godkjenning fra Norsk senter for forskningsdata .....</b>	<b>121</b>
<b>Vedlegg 4. Samtykkeerklæring .....</b>	<b>125</b>
<b>Vedlegg 5. Intervjuguide.....</b>	<b>126</b>



## Kapittel 1. Innledning

En av de viktigste forutsetningene for vellykket hverdagsrehabilitering er samarbeid mellom ulike fagutøvere (Tuntland & Ness, 2014, s. 30). Dette sikrer at ulike fagperspektiver blir ivaretatt (Solvang, 2019, s. 214). Samarbeid mellom ulike fagutøvere er derfor nødvendig for å få til en helhetlig prosess i rehabiliteringsforløpet for brukerne (Bredland, Linge & Vik, 2011, s. 55). I forskningslitteraturen er det flere studier som ser på tverrfaglig samarbeid, men det er færre studier som ser på tverrfaglig samarbeid i hverdagsrehabilitering. Derfor er formålet med denne studien å undersøke hvordan samarbeidet i hverdagsrehabilitering oppleves ut fra fagutøverens perspektiv.

Norge står ovenfor en eldrebølge. Levealderen i Norge har økt og det blir flere innbyggere som er eldre (Vik, 2015, s. 16). Samtidig er det en nedgang i tallet på barnefødsler, med fruktbarhetstall på kun 1,48 barn per kvinne (SSB.no, 2021). På sikt blir det derfor færre mennesker i arbeidsfør alder, som kan føre til reduserte skatteinntekter, samt færre ressurser til å gi tjenester til eldre. For å «dempe eldrebølgen» er det helsepolitiske mål som sikter til at eldre mennesker må og bør holde seg aktive lenger (Vik, 2015, s. 16). Et av hovedmålene for helse- og omsorgstjenestene for å håndtere fremtidens utfordringer, er å sikre at brukere kan bo hjemme og leve selvstendig i en aktiv hverdag så lenge som mulig (Helse- og omsorgsdepartementet, 2005-2006, s. 13). Dette vil være med å sikre bærekraftige helse- og omsorgstjenester da det vil gi mindre belastning på helse- og omsorgsressursene sammenlignet med at brukerne skal bo på institusjon. Hverdagsrehabilitering bidrar til bedre funksjonsnivå hos brukere i Norske kommuner og er derfor et tjenestetilbud som mange kommuner i Norge har innført (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012-2013, s. 24, 87). Det er derfor viktig at kommunene har innsikt i hvordan samarbeidet i hverdagsrehabilitering oppleves ut fra fagutøverens perspektiv, slik at kommunen kan tilpasse tiltak for at samarbeidet blir vellykket.

Høyere kompetanse, nye faglige tilnærminger og arbeidsmetoder er nødvendig for å sikre en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste med god kvalitet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012-2013, s. 11). Statens helsetilsyn har fastslått at kommuner ikke har et tilfredsstillende tilbud om aktivitet og deltakelse i helse- og omsorgstjenesten. For å oppnå dette må det legges større vekt på rehabilitering, og det er nødvendig med en faglig omstilling (Helse- og omsorgsdepartementet, 2005-2006, s. 36). En endring av personell er også nødvendig da

rehabilitering er et felt som krever tverrfaglig samarbeid, da oppgaven er sammensatt og den krever en samordnet og helhetlig tilnærming (Bredland, Linge & Vik, 2011, s. 194).

Tradisjonelt sett har helse- og omsorgstjenester bestått av omsorgsfag som sykepleie, vernepleie og hjelpepleie. Det er derfor behov for mer kompetanse og fagutøvere innenfor helsefaget, som for eksempel ergoterapeuter, fysioterapeuter og aktivitetører (Helse- og omsorgsdepartementet, 2005-2006, s. 36).

Hverdagsrehabilitering er en tjeneste som tilbys mennesker som har utfordringer med å mestre aktivitet og deltakelse i hverdagen, og er en relativt ny helse- og omsorgstjeneste i Norge. Innenfor hverdagsrehabilitering blir brukerne kategorisert som funksjonshemmede, utviklingshemmende eller eldre (Hartviksen, 2017, s. 28). Begrepene funksjon og funksjonshemming blir ofte brukt når det gjelder eldre mennesker (Vik, 2015, s. 100). Ved alderdom øker risikoen for sammensatte kroniske sykdommer som kan gi utfordringer i å mestre aktiviteter i hverdagen og deltakelse i samfunnet (Ness, 2014, s. 46). Likevel har ikke rehabilitering av eldre mennesker vært et stort satsingsområde (Krohne & Bergland, 2012, s. 232). Som nevnt tidligere er det en økning i antall eldre mennesker og dermed er det også stor sannsynlighet for at andelen mennesker med nedsatt funksjonsevne også øker (Ness, 2014, s. 43). Det er derfor viktig å forske på hverdagsrehabilitering da tjenesten i hovedsak tilbys og benyttes av eldre mennesker.

I gjennomgang av tidligere forskning innenfor hverdagsrehabilitering, som presenteres under 3.8 *Kunnskapsstatus på feltet*, viser det seg at det finnes lite forskning som ser på samarbeidet mellom fagutøverne ut fra fagutøvernes perspektiv. I en studie av Brinchmann, Moe & Gårseth-Nesbakk (2019) konkluderes det også med at vi vet for lite om det tverrprofesjonelle samarbeidet i tjenesten, selv om kunnskapsgrunnet i hverdagsrehabilitering er økende. Derfor er det viktig å undersøke hverdagsrehabilitering ut fra fagutøvernes perspektiv.

Flere teorier kan brukes til å belyse hvordan samarbeidet i hverdagsrehabilitering oppleves fra fagutøvernes perspektiv. For det første kan teoriene innenfor profesjonsetikk og etisk kompetanse forklare hvorfor samarbeid mellom fagutøvere kan være utfordrende (Leenderts, 2014; Eide & Aadland, 2012). For det andre vil Internasjonal klassifisering av funksjon, funksjonshemming og helse – ICF som teoretisk modell tydeliggjøre fagutøvernes kjernekompetanse og perspektiv i samarbeidet (WHO, KITH, Sosial- og helsedirektoratet, 2003; Tuntland, 2011). For det tredje benyttes rehabilitering som perspektiv for å belyse

hvordan fagutøvere jobber med rehabilitering (Ebrahimi & Chapman, 2018; Townsend, & Polatajko, 2013). Mestringstro beskriver fagutøverens syn på aldring og mulighetene for hverdagsrehabilitering (Bandura, 1997; Tuntland, 2014). Ambivalens viser hvordan fagutøvere kan være usikre i samarbeidet (Bauman, 1991). Til slutt bruker jeg teori om *Empowerment* og brukermedvirkning som forklarer hvordan fagutøveren samarbeider med bruker i sentrum av tjenesten (Askheim, 2003; Humerfelt, 2005). Samtlige teorier vil benyttes for å belyse hvordan samarbeid i hverdagsrehabilitering oppleves fra fagutøverens perspektiv.

### 1.1. Problemstilling

Formålet med studien er å få en innsikt i hvordan samarbeidet i hverdagsrehabilitering oppleves fra fagutøverens perspektiv. Men andre ord blir problemstillingen min følgende:

*«Hvordan opplever fagutøvere i hverdagsrehabilitering samarbeid?»*

Fokuset i studien er på fagutøvere som er utdannet ergoterapeut, fysioterapeut, sykepleier og helsefagarbeider. På bakgrunn av formålet med å undersøke samarbeid i hverdagsrehabilitering, ble ikke andre kommunale helse- og omsorgstjenester inkludert i studien. Basert på studiens omfang og tidsbegrensning er ikke brukernes perspektiv inkludert.

### 1.2. Videre oppbygging av studien

Innledningsvis i kapittel 2 vil kommunale helse- og omsorgstjenester og hverdagsrehabilitering presenteres for å få en økt forståelse av samarbeid mellom fagutøvere i helse- og omsorgstjenester. I kapittel 3 presenteres teorier som kan belyse hvordan samarbeidet i hverdagsrehabilitering oppleves fra fagutøvernes perspektiv og kunnskapsstatus på feltet. Kapittel 4 tar for seg forforståelse, den metodiske fremgangen kvalitativ metode og den teoretiske rammen som ligger til grunn for tolkningsarbeidet. Fremgangsmåte med rekruttering, utvalg, gjennomføring av intervju og analyse blir også beskrevet. Deretter metodens styrker, svakheter og forskningsetiske retningslinjer. Til slutt presenteres studiens troverdighet, overførbarhet og gyldighet. Presentasjon av funnene gjøres i kapittel 5. Videre i kapittel 6 går jeg gjennom min forståelse av funnene som diskuteres opp mot teorier og tidligere forskning. Det er tre funn: (1) ambivalens i samarbeidet, (2) felles opplevelse av hverdagsrehabilitering som noe meningsfullt og (3) manglende forståelse fra bruker i samarbeidet. I siste, del kapittel 7, vil hovedfunnene oppsummeres og konkluderes.

## Kapittel 2. Bakgrunn

### 2.1. Kommunale helse- og omsorgstjenester

For å få en økt forståelse av kommunale helsetjenester og samarbeid mellom fagutøvere ønsker jeg først å belyse hva som kjennetegner utviklingen av helse- og omsorgstjenester i dagens Norge. Jeg vil presentere bakgrunnen ved å trekke frem stortingsmeldinger om fremtidens helse- og omsorgstjenester og hvordan rollen til helsepersonell har utviklet seg. Videre legger jeg vekt på verdigrunnlag og bevissthet for verdigrunnlaget innenfor samarbeid mellom fagutøvere i helsetjenester før jeg retter fokus mot rehabilitering versus pleie og omsorg. Jeg vil beskrive verdigrunnlaget i hverdagsrehabilitering før jeg til slutt fremhever sentrale aspekter ved tjenesten hverdagsrehabilitering. Sentrale aspekter som fremheves i hverdagsrehabilitering er for det første hverdagsrehabilitering som en helhetlig tjeneste, for det andre samarbeidet mellom fagutøvere i hverdagsrehabilitering og for det tredje brukeren i sentrum og til slutt kartleggingsverktøy.

#### 2.1.1. Rammer for kommunale helse- og omsorgstjenester

Innenfor lovverket i Norge står det i lov om kommunale helse- og omsorgstjenester (2011, §1-1) at lovens formål er å forebygge, behandle og tilrettelegge for mestring av sykdom, skade, lidelse og nedsatt funksjonsevne. Kommunen skal sørge for at personer som oppholder seg i kommunen, tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester (helse- og omsorgstjenesteloven, 2011, § 3-1). Det er kommunene i Norge som etter *Samhandlingsreformen* har fått den største delen av ansvaret for tilbud innenfor helse- og omsorgstjenester (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012-2013). I tillegg til å endre ansvarsområder i helse- og omsorgstjenester fokuserer *Samhandlingsreformen* på å sikre en bærekraftig og et helhetlig tjenestetilbud som er tilpasset den enkelte bruker. Det legges også vekt på at arbeidet med helse- og omsorg skal fokusere på forebyggingene og helsefremmende arbeid og knytter inn habilitering og rehabilitering (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012-2013). Et hovedmål er å bidra til at brukere får mulighet til å bo og leve selvstendig og ha en aktiv hverdag med en meningsfylt tilværelse sammen med andre. Det blir viktig å fremme brukerens ressurser, evner og muligheter til å mestre hverdagslige aktiviteter. For å gjennomføre dette kreves det nye tjenester i kommunen, nye måter å løse oppgaver på og nye samarbeidsformer. Rehabilitering og habilitering må være en del av omsorg og pleie når målet er å utnytte evnene, muligheten og ressursene brukeren har selv til å mestre hverdagen. Helse- og omsorgstjenestene må åpne opp for nye tilnærminger som

vurderer potensialet bruker har for rehabilitering, før mer tradisjonelle og kompenserende tiltak settes inn. Derfor legges det en sterkere vekt på en faglig omstilling av den kommunale helse- og omsorgstjenesten for å sikre tiltak innenfor rehabilitering. (Helse- og omsorgsdepartementet, 2005-2006, s.11, 58, 13). Hverdagsrehabilitering er et eksempel på at rehabilitering bidrar til økt livskvalitet og bedre funksjonsnivå hos brukere i Norge kommuner og er derfor et tjenestetilbud som mange kommuner i Norge har innført (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012-2013, s. 24). Hverdagsrehabilitering bidrar til at personer med funksjonsfall og særlig eldre, får et rehabiliteringstilbud i eget hjem og nærmiljø (Førland & Skumsnes, 2016).

I fremtidige helse- og omsorgstjenester kommer brukeren av tjenestene til å stå mer i fokus. *Morgendagens omsorg* hevder at den nye generasjonen med eldre mennesker vil være mer krevende, utfordrende og ønske mer innflytelse på behandlingen enn dagens eldre. Den nye eldre generasjonen lever lenger med bedre funksjonsevne på grunn av bedre helse som er et resultat av at de har møtt alderdommen med andre ressurser enn tidligere generasjoner. Den nye generasjonen med eldre har bedre økonomi, høyere utdanning og bedre boforhold (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012-2013, s. 11). I stortingsmeldingen *Mestring, muligheter og mening i framtidens omsorgsutfordringer* hevdes det at de fremtidige eldre vil være vant til og derfor forvente å kunne bestemme over eget liv og tilværelse (Helse- og omsorgsdepartement, 2005-2006, s. 10). Helse- og omsorgstjenestene vil ha en sterkere brukerinnflytelse og det forutsetter også en tydeliggjøring av ansvaret den enkelte har og forventninger om at innbyggere tar et medansvar for fellesskapets ordninger (Helse- og omsorgsdepartement, 2005-2006, s. 6).

### 2.1.2. Verdigrunnlag i kommunale helse- og omsorgstjenester

Innenfor helse- og omsorgstjenester er det helsepersonell den viktigste og største faktoren å satse på (Helse- og omsorgsdepartementet, 2008-2009, s. 36). Hvis Norge skal lykkes med helsepolitikken som føres, er det viktig at helsepersonell er organisert slik at de er tilpasset de samme målene som er satt. Det er også viktig at det er riktig personell som utdannes og at de gir kompetanse som passer til helse- og omsorgstjenestenes krav. Videre er fordelingen av denne kompetansen viktig og at helsepersonellet utvikler verdier og holdninger som understøtter og står sammen med det helsepolitiske verdigrunnlaget og målene (Helse- og omsorgsdepartementet, 2008-2009, s. 36). Verdigrunnlaget til helsetjenestene er avgjørende for hvordan tjenestene utvikles (Helse- og omsorgsdepartementet, 2008-2009, s. 51). For

yrkesutøveren innenfor helse- og omsorgstjenester er det viktig å være bevisst på hvilket verdigrunnlag man styrer etter eller blir styrt av for å ha en kritisk vurdering til verdigrunnlaget. Arbeidsplasser etablerer en praksis som er bygd opp av verdier og normer (Bredland, Linge & Vik, 2011, s. 31). Verdier legger til grunn hva som er rett eller galt, viktig og ønskelig og verdiene forsvarer handlingene. Verdier som er grunnleggende er de verdiene som de fleste i et samfunn holder med (Schiefløe, 2019, s. 133, 196). Normer er forventninger til hvilken atferd som er riktig eller uriktig innenfor forskjellige områder. De forventningene til atferden kalles ofte for uskrevne regler og er ellers basert på en enighet om hva som er akseptabel atferd. En norm er en allment akseptert og kjent forskrift som forteller hva som er riktig eller uriktig atferd (Schiefløe, 2019, s. 141). Disse verdiene og normene knyttes til en virkelighetsoppfatning om hva deres oppgaver innenfor helsetjenesten egentlig går ut på og det blir lagt prioriteringer etter hva som er viktig (Bredland, Linge & Vik, 2011, s. 31).

Utdanningene til helsepersonell blir betraktet som profesjonsutdanninger hvor samfunnsoppdraget er sentralt for yrkesutøvelsen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2008-2009, s.128). I *Samhandlingsformen* er det et ønske om en helhetlig helsetjeneste. For å sikre dette er det nødvendig med nasjonale plansystemer som sikrer at ressursene bygges opp og at det er kompetanse som er tilpasset den ønskelige helheten (Helse- og omsorgsdepartementet, 2008-2009, s. 34). For å oppnå målsettingen i *Samhandlingsreformen* er det nødvendig med god samhandling mellom helse- og omsorgstjenester, da dette vil bidra til et helhetlig brukerforløp (Helse- og omsorgsdepartementet, 2008-2009, s. 37). I helse- og omsorgstjenestene er verdihierarkiet forskjellig mellom helsetjenestene som rehabilitering og pleie-og omsorgstjenesten. Det er forskjeller i verdigrunnlagene, hva som defineres som den riktige måten å tenke på og jobbe på (Bredland, Linge & Vik, 2011, s. 243). Verdigrunnlaget kan knyttes til idealene, forestillingene og visjonene til organisasjonen. Verdiene og normene som er de viktigste i organisasjonen vil være de som er mest hensiktsmessige for å nå idealet, forestillingen eller visjonen og det er på bakgrunn av disse man setter mål for virksomheten (Bredland, Linge & Vik, 2011, s. 242). Ved en ubevisst holdning til hvilket verdigrunnlag som virksomheten jobbet etter er det farer for at brukerens situasjon blir misforstått og for at fagutøverne jobber mot hverandre. Dette kan skje ved å ikke ta tak i verdidebatten fordi normer og verdier finnes uansett og påvirker fagutøveren i tjenesten. Verdier og normer kan påvirke fagutøveren i handlinger og holdninger til «hva som er det riktige å gjøre» og dermed hvilket fokus rehabiliteringen får som igjen blir påvirket eller påvirker resultatet av rehabiliteringen. Å sette et fokus på verdigrunnlaget i helsetjenestene kan bidra til samordning

og samarbeid, samtidig kan det være nyttig å veksle mellom ulike perspektiver for å nyansere helhetsbildet (Bredland, Linge & Vik, 2011, s. 30, 31, 32).

### 2.1.3. Rehabilitering versus pleie og omsorg

Rehabiliteringsvirksomheten og pleie-og omsorgsvirksomheten jobber med to forskjellige oppgaver fordi de har ulike tilnæringsmetoder, likevel kan oppgavene overlape hverandre, men rehabilitering er og må være noe annet enn pleie og stell (Bredland, Linge & Vik, 2011, s. 24). Begrepene rehabilitering og pleie og omsorg kan forstås som overlappende, men har likevel forskjellige formål. Begrepet rehabilitering har bestemte organisatoriske krav og kjennetegn som er at den skal være målrettet, helhetlig og sammensatt og den er tidsavgrenset. Rehabilitering skal også være tilrettelagt og planlagt med mest mulig innflytelse fra bruker fordi det er brukeren som står i sentrum. Pleie og omsorg er begreper som beskriver kvaliteter i relasjonen mellom den som mottar pleie og omsorg og den som gir. Pleie er en handling som er konkret, mens omsorg ofte er normative eller ideologiske sider ved relasjonen. Innenfor pleie og omsorg er ikke målet nødvendigvis knyttet til deltakelse og selvstendighet, men trygghet og tilværelse uten plager (Normann, Sandvin, Thommesen, 2008, s.94). Pleie og omsorg handler om å få hjelp til å gjennomføre aktiviteter bruker ikke kan gjennomføre selv. Formålet med pleie- og omsorgstjenesten er å ivareta aktiviteter for brukere som ikke kan ivareta eller gjennomføre de selv og yrkesutøveren tar derfor en aktiv rolle i aktiviteten. For brukeren blir rollen en passiv mottakerrolle som ikke utfører aktivitet selv og det kan bli en varig rolle for bruker. At det er forskjeller mellom helsetjeneste kan ses på som noe positivt da det gir muligheter for å tilpasse tilbudet etter behovene til brukere. Dette øker muligheten til å dekke over et helhetsbilde som *Samhandlingsreformen* retter oppmerksomhet mot (Bredland, Linge & Vik, 2011, s. 24, 22, 244, 212). Å få et helhetsbilde innebærer at fagutøveren må se alle aspektene ved brukerens livssituasjon. Dette innebærer brukerens tanker, opplevelser, kroppslige og medisinske forhold og se sammenhengen mellom dette sammen med omgivelsene. Det som er det viktigste ved å ha et helhetssyn er at fagutøveren erkjenner at det er mye man som fagperson ikke har kunnskap om hos brukeren og mange områder man ikke skal vite noe om. Ingen fagutøver skal påberope seg å se helheten hos et annet individ, men likevel skal det rehabilitering gjøres en helhetsvurdering (Bredland, Linge & Vik, 2011, s. 52).

### 2.1.4. Verdigrunnlag i hverdagsrehabilitering

Begrepet rehabilitering er brukt i forskjellige sammenhenger og derfor er det viktig hvordan

ordet brukes i hverdagen og hvordan vi tolker og forstår det. På bakgrunn av forståelse av begrepet rehabilitering finnes det ulike rehabiliteringstradisjoner hvor de ulike tradisjonene har rettet oppmerksomhet mot ulike forhold, fokus på ulike resultater og ulike verdisyn (Bredland, Linge & Vik, 2011, s. 32). Innenfor hverdagsrehabilitering er det et tankesett og verdigrunnlag som legger vekt på den enkeltes mestring i aktiviteter uansett funksjonsnivå. Dette tankesettet forutsetter en rehabiliterende holdning og et tankesett som sier at brukeren har rett til deltakelse og hverdagsmestring (Tuntland & Ness, 2014, s. 26, 28). Den sentrale målsettingen i *Samhandlingsreformen* er at brukeren skal mestre eget liv og det er samspillet mellom helsetjenester som kan legge til rette for mestring (Helse- og omsorgsdepartementet, 2008-2009, s. 27). I hverdagsrehabilitering skal fagutøveren vise omsorg ved å la brukeren sette opp mål for tjenesten, la bruker gjennomføre aktiviteten selv og bidra med kunnskap om hvordan tilrettelegging og trening kan gi mestring for bruker (Hartviksen, 2017, s. 31). Hverdagsrehabilitering har en forståelse som legger vekt på trening av funksjon som er tapt på grunn av skade eller sykdom, hvor målet med treningen er økt funksjonsevne og det vil si at kroppen skal fungere best mulig. Hverdagsrehabilitering kartlegger begrensninger og ressurser tilknyttet funksjon og aktiviteter i hverdagen. Videre settes det inn tiltak som bidrar til å øke funksjonsevnen til brukeren og tiltakene retter seg mot aktiviteter kjent som funksjonell trening (*Activities of Daily Living*) og kompensierende tiltak som å tilpasse hjelpemidler og bolig. Mestring av funksjon og selvstendighet er viktig innenfor hverdagsrehabilitering fordi det gir muligheten til å leve et selvstendig liv. Innenfor helsetjenestene er det en interesse at brukeren skal bli selvstendig og uavhengig av offentlig hjelp til for eksempel personlig stell (Bredland, Linge & Vik, 2011, s. 33).

## 2.2. Hverdagsrehabilitering

Jeg vil nå presentere hverdagsrehabilitering og fremheve sentrale aspekter ved denne helsetjenesten. Hverdagsrehabilitering presenteres som en helsetjeneste med samarbeid mellom fagutøvere som er utdannet ergoterapeut, fysioterapeut og sykepleier. Deretter fokuserer jeg på betydningen av samarbeid mellom ulike fagutøvere i hverdagsrehabilitering og hva et slikt samarbeid kan kjennetegnes av. I hverdagsrehabilitering er bruker i sentrum av tjenesten hvor *Empowerment* og brukermedvirkning anses som viktig for fagutøverne. Til slutt presenteres ulike kartleggingsverktøy som brukes av fagutøverne i hverdagsrehabilitering. Kartleggingsverktøyene som presenteres er: Canadian Occupational Performance Measure (COPM), Short Physical Performance Battery (SPPB), Individbasert pleie- og omsorgstatistikk (IPLOS).



### 2.2.1. Hverdagsrehabilitering som helhetlig tjeneste

Hverdagsrehabilitering kommer opprinnelig fra et dansk prosjekt som het «lengst mulig i eget liv». Prosjektet startet i 2008 og gikk ut på å håndtere de demografiske og økonomiske utfordringene i kommunens eldreomsorg. Formålet til prosjektet var å tilby innbyggerne rehabilitering i eget hjem, istedenfor å overta aktiviteter i deres hverdag. Resultatene etter prosjektet beskriver en «vinn-vinn-vinn-situasjon» da det ga fornøyde brukere, fornøyde helsearbeidere og lavere utgifter for kommunen. Prosjektet «lengst mulig i eget liv» ble presentert i Norge april 2011 av Pia Kurstein Kjellberg som er forsker fra Dansk Sundhedsinsitut (Hartviksen, 2017, s. 17). Etter presentasjonen ble det igangsatt et samarbeid mellom Norsk Ergoterapeutforbund, Norsk Fysioterapeutforbund, Norsk Sykepleierforbund og Kommunesektorens organisasjon med navn: «Innføring av hverdagsrehabilitering i norske kommuner». Helse- og omsorgsdepartementet bidro med midler til samarbeidsprosjektet, som resulterte i økt fokus på tverrfaglig samarbeid, brukerstyring, målrettet prosessarbeid og strukturelle endringer som fører til bedre og mer effektive tjenester (Hartviksen, 2017, s. 18).

Hverdagsrehabilitering er en rehabiliterende arbeidsform som skal styrke personers forutsetninger for å mestre aktiviteter som er i hverdagen (Tuntland & Ness, 2014, s. 23). Dette innebærer å trene og øve på hverdagsaktiviteter, forenkle aktiviteter gjennom gradering, bruke hjelpemidler, velferdsteknologi og tilrettelegging av omgivelsene. Hverdagsrehabilitering foregår i brukerens hjem og nærmiljø i en tidsbegrenset periode (Tuntland & Ness, 2014, s. 23, 25). Hverdagsrehabilitering knyttes til aktiviteter i hverdagen og det som kjennetegner aktiviteter i hverdagen er blant annet at de er forutsigbare, regelmessige og innenfor vaner og rutiner (Tuntland & Ness, 2014, s. 32). Rehabilitering handler om å kunne forbedre sin egen funksjon ved å ha tilrettelagte omgivelser og behandling gjennom trening (Solvang, 2019, s. 211). Filosofien som er i rehabiliteringsfeltet omhandler at trening, tilrettelegging og aktivitet forebygger funksjonsfall og øker funksjonsnivå slik at brukeren selv skal kunne ivareta sine behov i hverdagen (Solvang, 2019, s. 145). Hverdagsrehabilitering bidrar til å snu en tankegang innenfor helse- og omsorgstjenester da det handler om å tenke på nye måter som er avgjørende for bærekraften til tjenesten og brukerens verdighet. Tanken som skal bidra til bærekraft i tjenesten og sikre brukerens verdighet handler om å snu brukeren fra å motta passiv hjelp i aktivitet i hverdagen til å være aktiv og mestre aktivitetene selvstendig (Tuntland & Ness, 2014). Tankesettet som

er med å snu tankegangen innenfor helse- og omsorgstjenester beskrives som «hverdagsmestring» (Hartviksen, 2017, s. 40).

### 2.2.2. Samarbeid mellom fagutøvere i hverdagsrehabilitering

I hverdagsrehabilitering samarbeider ulike fagutøvere om å kartlegge, sette mål sammen med bruker og bidra til at bruker oppnår målene som er satt (Solvang, 2019, s. 216). Tverrfaglig samarbeid er et av de viktigste kjennetegnene på hverdagsrehabilitering og faggruppene som inngår i samarbeidet er ofte utdannet fysioterapeut, ergoterapeut, sykepleiere og vernepleier (Tuntland & Ness, 2014, s. 30). Teamet i hverdagsrehabilitering samarbeider også med hjemmetjenesten (Hartviksen, 2017, s. 28). Fysioterapeuter og ergoterapeuter har et rehabiliteringsperspektiv mens sykepleieren og vernepleieren har kompetanse om ernæring og medikamenter, videre har hjelpepleieren sin sentrale rolle innenfor trening på aktiviteter i hverdagen (Hartviksen, 2017, s. 29). Disse faggruppene har en viktig jobb da de skal samarbeide sammen og med brukeren for å sikre en bred tverrfaglig kartlegging (Tuntland & Ness, 2014, s. 30). Samarbeidet mellom de forskjellige profesjonene kan kalles for tverrfaglig samarbeid. Tverrfaglig samarbeid betyr at det er forskjellige viten fra forskjellige profesjoner som føres sammen til et samarbeid (Lauvås & Lauvås, 2004, s. 145).

Samarbeid mellom faggruppene i hverdagsrehabilitering innebærer at de samordner innsatsen. I samarbeidet må faggruppene utvikle et felles verdigrunnlag og ha gjensidig forståelse og respekt for hverandre. I samarbeidet tar de ulike faggruppene med sin særskilte kompetanse og i tillegg kompetanse innenfor kommunikasjon og etikk som faggruppene deler (Hartviksen, 2017, s. 33). I hverdagsrehabilitering synes samordnet innsats å være fordelaktig fordi det bidrar til et samarbeid som er kontinuerlig og brukers mål fungerer som en felles plattform for fagutøverne (Birkeland, Tuntland, Førland, Jakobsen & Langeland, 2017). For å nå målet om et aktivt hverdagsliv innenfor hverdagsrehabilitering krever det et forpliktende og tett samarbeid mellom fagutøverne. I hverdagsrehabilitering må fagutøverne ha eierskap til tankesett og verdigrunnlaget om hverdagsmestring, samt ha samme forståelse av arbeidsform slik at de jobber mot samme mål (Tuntland & Ness, 2014, s. 39). Selv om fagutøverne må ha eierskap til samme tankesett, er det viktig å erkjenne at de enkelte profesjonene også bidrar i samarbeidet med sin særegne kompetanse og spesialitet, og dette er nødvendig for at bruker skal nå sine mål (Tuntland & Ness, 2014, s. 39).

Fagsutøvere som jobber med hverdagsrehabilitering, må være interessert i samarbeid og ha tro på at alle har noe de kan tilføre samarbeidet for å se helheten. Arbeidsformen i hverdagsrehabilitering krever at fagutøverne har ansvar for og må ha kompetanse på sitt «må-område» og være villing til å dele kunnskapen sin til andre (Bredland, Linge & Vik, 2011, s. 246). Tjenestene blir bedre gjennom samarbeid og tiltakene effektive. Eldre har ofte sammensatte problemer og ved at flere og forskjellige øyne ser vil det øke muligheten for å kartlegge og gi tiltak som er skreddersydd hver enkelt. Fordi eldre mennesker har forskjellige sykdommer samtidig må ofte forskjellige helsepersonell bidra for å hjelpe (Vik, 2015, s. 198).

### 2.2.3. Brukeren i sentrum

Som nevnt tidligere tilbys hverdagsrehabilitering til mennesker med utfordringer med å mestre aktiviteter i hverdagen og blir kategorisert som funksjonshemmede, utviklingshemmende eller eldre (Hartviksen, 2017, s. 28). Målgruppen for tjenesten hverdagsrehabilitering er forskjellig i norske kommuner, hvor noen kommuner har målgruppe fra 18 år og oppover, mens andre har målgruppe fra 65 år og oppover. Hverdagsrehabilitering forutsetter at det skal være en sterk deltakelse fra brukeren med tanker og ønsker innenfor aktiviteter i hverdagen. Et viktig spørsmål som hverdagsrehabilitering begynner med og som brukeren skal svare på er «hva er viktige aktiviteter i livet ditt nå?». Hensikten er å kartlegge hvilke aktiviteter brukeren synes er viktige og meningsfulle i hverdagslivet da disse aktivitetene blir personlige aktivitetsmål i rehabiliteringen (Tuntland & Ness, 2014, s. 24, 31, 32). Hva som er meningsfulle aktiviteter i hverdagen er individuelt for brukerne, men meningsfulle aktiviteter knyttes til mening i livet, helse og trivsel og struktur i livet. Hverdagsrehabilitering bygger derfor på et perspektiv der fagutøveren har forståelse av samspillet mellom person, aktivitet og miljø, samt hvordan samspillet kan tilrettelegges for å bedre dette samspillet. Forbedringen av disse faktorene skjer gjennom trening, veiledning, læring, tilrettelegging eller teknologi og utførelsen av meningsfulle aktiviteter blir dermed en trenings- og læringsprosess som skal sikre deltakelse i hverdagsaktiviteter og økt selvhjelpenhet. I hverdagsrehabilitering er brukers hjem og nærmiljø den viktigste trenings- og læringsarenaen da hverdagsrehabilitering skal sikre at bruker kan bo hjemme lengst mulig (Tuntland & Ness, 2014, s. 23, 24, 26, 36).

Målsetting defineres som en ønsket fremtidig situasjon som oppnås av bruker med funksjonsnedsettelse etter en rehabiliteringsinnsats (Solvang, 2019, s. 50). Mål og behandlingsplanen i hverdagsrehabilitering utformes etter spørsmål om hva som er viktig for

brukeren og det anses som et viktig suksesskriterium i hverdagsrehabilitering at brukeren selv bestemmer sine aktivitetsmål (Tuntland & Ness, 2014, s. 38). Dette er fordi brukeren har en kompetanse over eget liv som er avgjørende i samarbeidet med teamet i hverdagsrehabilitering (Bredland, Linge & Vik, 2011, s. 45). Brukerens evner til å sette mål og ta avgjørelser over hva som er viktig er også avhengig av hvordan hverdagsrehabiliteringsteamet evner å gi oversikt over mulig valg og konsekvenser for valgene (Bredland, Linge & Vik, 2011, s. 46). Fagutøveren i hverdagsrehabilitering skal veilede og støtte brukeren til å finne ut hva som anses som en viktig eller meningsfull aktivitet. Etter hva som er viktig for brukeren er kartlagt må aktivitetsmålet skrives ned så konkret som mulig og målene følges opp med tiltak fra yrkesutøverne i hverdagsrehabilitering. Gjennom rehabiliteringsprosessen skjer det en konstant evaluering slik at innsatsen kan tilpasses brukerenes mestring og funksjonsnivå (Hartviksen, 2017, s. 24, 25).

Målsetting er viktig innenfor rehabilitering (Solvang, 2019, s. 51). I hverdagsrehabilitering kan «smarte mål» brukes for å sikre konkrete og tydelige mål og ved å bruke «smarte mål» følger målsettingen en liste med kjennetegn som følger bokstavene i «smarte». S står for spesifikt som knyttes til forventet resultat og det skrives konkret eller tallfestet. M står for målbart og skal forsikre at bruker selv vet når målet er oppnådd. A står for ansporende og knyttes til at målet skal være det bruker ønsker, samtidig være utfordrende slik at det gir mulighet til egenutvikling. R står for realistisk som betyr at målet skal være oppnåelig å nå målet tilknyttet ressurser. T betyr at prosessen for å oppnå målet skal være tidsbestemt, ved at det skal avtales et tidspunkt når målet skal være oppnådd. E knyttes til enighet om at målet skal være forankret mellom yrkesutøverne i hverdagsrehabilitering og med brukeren (Hartviksen, 2017, s. 87).

Hverdagsrehabilitering har et sterkt fokus på å jobbe målrettet for å nå brukerenes aktivitetsmål. Brukerens sentrale deltakelse kan være en av de viktigste grunnene til at hverdagsrehabilitering ofte lykkes og det knyttes med samtalen som vektlegger hva som er viktig for brukeren i starten av rehabiliteringsprosessen. Ved å fokusere på hva som er viktig for brukeren kan det gi økt motivasjon og dermed oppnå resultater (Tuntland & Ness, 2014, s. 32). Begrep som «*Empowerment*» og «brukermedvirkning» kan knyttes til brukerenes mulighet til å delta i beslutninger i eget liv. *Empowerment* som begrep er ikke klart definert og dermed åpner det til forskjellige forståelser av begrepet. *Empowerment* er vanskelig å

oversette til norsk uten at vesentlig betydning eller meningsinnhold blir redusert (Tveiten & Boge, 2014, s. 15). *Empowerment* innebærer at hvert enkelt menneske er den fremste ekspert på eget liv og har derfor kompetanse og evne til å vite hva som er det beste for dem (Askheim, 2003, s. 104). Brukermedvirkning handler om å ta del i noe som skal foregå aktivt i en relasjon mellom forskjellige parter hvor relasjon er viktig i begrepet brukermedvirkning. Brukermedvirkning handler om at brukere deltar, bidrar og er aktiv i relasjonen med helsepersonellet. I en relasjon med brukermedvirkning skal brukeren være aktive i relasjonen ved å formidle deres forståelse av egen situasjon som også defineres som brukerens perspektiv (Humerfelt, 2005, s. 16, 17). Å bruke et brukerperspektiv innebærer å vurdere et tilbud eller behov for en tjeneste med utgangspunkt i det som antas å være brukerens ståsted og forståelse. Dette er ikke mulig uten å kjenne til hva brukere mener, uten å ha kunnskap om hvilke behov som skal dekkes (Olsen, 2017, s. 217).

#### 2.2.4. Kartleggingsverktøy

I hverdagsrehabilitering har kartleggingen tre formål (Tuntland, 2014, s. 89). Det første er å identifisere mål. Det andre er å beskrive det nåværende funksjonsnivået og det tredje er å måle endringer over tid. Det tredje formålet med kartleggingen som er å måle endringer over tid regnes som viktig for å vite om hverdagsrehabiliteringen var vellykket. Kartleggingen spiller også en viktig rolle for helsepersonell som skal tilby faglige forsvarlige og kunnskapsbaserte tjenester (Tuntland, 2014, s. 89). Som nevnt tidligere har brukeren en viktig rolle i hverdagsrehabilitering under samarbeidet da de setter målet for rehabiliteringen. For å kartlegge utfordringer og mål i hverdagsrehabilitering brukes forskjellige kartleggingsverktøy som Canadian Occupational Performance Measure (COPM), Short Physical Performance Battery (SPPB), Individbasert pleie- og omsorgstatistikk (IPLOS).

Canadian Occupational Performance Measure er en kartleggingsmetode som beskriver og måler brukers egne beskrivelser av hverdagsaktiviteter som er viktige (Hansvik & Hedlund, 2015, s. 9). COPM er et kartleggingsverktøy innenfor hverdagsrehabilitering som bidrar til å sikre brukers sentrale rolle i målsettingen da den indentifiserer hvilke aktiviteter brukeren ønsker å prioritere som aktivitetsmål (Tuntland & Ness, 2014, s. 24). COPM tar utgangspunkt i tre aktivitetsområder, hvor det første er hverdagslivet, det andre det produktive og det tredje er fritiden (Solvang, 2019, s. 147). Kartleggingsverktøyet COPM har fem trinn. Trinn en er et intervju hvor brukeren forteller om sin egen hverdag, aktiviteter som er viktige og utfordrende. I det andre trinnet skal brukeren skåre betydningen av aktiviteten som er

beskrevet i intervjuet på en skala fra 1 til 10. Trinn tre i COPM er at brukeren skal prioritere fem aktiviteter som regnes som de viktigste. I trinn fire skal brukeren skåre utførelse og tilfredsstilhet med utførelse i disse fem aktivitetene på en skala fra 1 til 10. Det femte trinnet brukes etter rehabiliteringsprosessen er satt i gang eller gjennomført. Da skal brukeren skåre utførelse og tilfredsstilhet med utførelse på nytt på de samme aktivitetene som tidligere. Deretter kan disse skåringene sammenlignes og man kan vurdere om det har skjedd endringer i perioden mellom de to skåringstidspunktene (Tuntland, 2014, s. 102). Skalaen i COPM er fra 1 til 10, hvor 1 er ikke i det hele tatt og 10 er svært bra (Solvang, 2019, s. 147).

Et annet kartleggingsverktøy er Short Physical Performance Battery (SPPB). SPPB inneholder 3 deltester som er statisk balanse, gange i vanlig tempo og sette seg, så reise seg i raskt tempo. Det gis score i forhold til tidsbruk. SPPB er dokumentert for å identifisere eldre som risikerer funksjonstap og er egnet til å måle endring i funksjon over tid (Hansvik & Hedlund, 2015, s. 9, 10).

Det siste kartleggingsverktøyet som trekkes frem er Individbasert pleie- og omsorgstatistikk (IPLOS). IPLOS er et registerings- og rapporteringssystem i kommuner med brukere som mottar bistand hjemme som matombringing, trygghetsalarm, hjemmesykepleie, dagaktivitetstilbud, støttekontakt, rehabilitering og avlastning utenfor institusjon (Hansvik & Hedlund, 2015, s. 10). IPLOS som registerings- og rapportsystem har som formål å gi myndigheter, kommuner og allmennheten kunnskap om utviklingen i pleie- og omsorgssektoren (Frambu, u.å).

## Kapittel 3. Teorier og tidligere forskning

I dette kapitlet presenteres teorier og perspektiver som er relevant for problemstillingen «hvordan opplever fagutøvere i hverdagsrehabilitering samarbeid?». Dette utgjør teorier eller perspektiv som har relevans for å diskutere data jeg har funnet i det empiriske arbeidet. Litteratur og teoretiske perspektiv er funnet gjennom søk i databaser, via referanselister i vitenskapelige artikler og fagbøker og etter tips fra veileder. Jeg begynner med å presentere profesjonsetikk og etisk kompetanse i samarbeidet. Deretter Internasjonal klassifikasjon av funksjon, funksjonshemming og helse – ICF. ICF knyttes til forståelse av funksjonshemming, alderdom og rehabilitering. Så rettes fokuset mot på rehabilitering som perspektiv før Mestringstro. Ambivalens blir definert og presentert. Sist legges det vekt på *Empowerment* og brukervedvirkning. Til slutt i kapitlet trekker jeg frem kunnskapsstatus på feltet med tidligere forskning innenfor hverdagsrehabilitering.

### 3.1. Profesjonsetikk og etisk kompetanse i samarbeidet

I dette avsnittet vektlegges fremveksten av profesjoner og faggrupper i helse- og omsorgstjenester. Utfordringer med samarbeid mellom nye og gamle profesjoner og en påvirkning og vekselvirkning mellom profesjonene trekkes frem. Profesjonalitet som begrep forteller noe om kompetanse, verdier og ferdigheter faggruppene har og disse blir gjennomgått. Dermed fokuseres det på profesjons- og yrkesetikk som forteller om oppdraget fra samfunnet og hvilke prinsipper og verdier som bør vektlegges.

Det har i siste 15 til 20 årene skjedd en framvekst av nye profesjoner og yrkesgrupper i arbeid innenfor helse- og omsorgstjenester. Bakgrunnen for denne framveksten er blant annet mangel på kompetanse rundt behandlingsområder (Lauvås & Lauvås, 2004, s. 85, 86). Selv om det er mangel på kompetanse møter de «nye» profesjonene et system som ikke er forbedret på å ta imot dem og det er mangel på kunnskap om hva de skal bidra med. Derfor er det ofte et samarbeid uten et tydelig felles mål om hvordan det skal samarbeides eller hvordan de skal avgrense fra de «gamle» profesjonene (Lauvås & Lauvås, 2004, s. 85, 86). Profesjonene vokste frem og utviklet seg i et samspill med samfunnsforhold og egen «imperialisme» da de hadde fått til oppdrag å løse noen av de problemene myndighetene mente det var nødvendig å gjøre noe med (Lauvås & Lauvås, 2004, s. 93). Innenfor systemet med profesjoner skjer det en kontinuerlig og gjensidig påvirkning og vekselvirkning mellom profesjonene hvor de konkurrerer om jurisdiksjoner i det offentlige rom og på arbeidsplasser.

Innen rehabiliteringsfeltet har det skjedd endringer i forståelse som åpner opp for en konkurranse mellom yrkesutøvere om hva som skal være kunnskapsgrunnlaget og hvem som skal delta i en rehabiliteringsprosess (Hagland & Solvang, 2012, s. 253). Profesjonalisering og profesjon handler om kunnskapsbasert praksis og å påta seg et samfunnsoppdrag. Profesjonalitet som begrep forteller noe om hva slags kompetanse, verdier og ferdigheter yrkesutøveren har for å fylle sin yrkesrolle (Leenderts, 2014, s. 146). Innenfor samarbeid mellom ulike fagutøvere er det vanlig å skille mellom kompetanse hvor det første kalles kjernekompetanse, det andre kalles overlappende kompetanse og det tredje kalles felleskompetanse. Det som er typisk for kjernekompetansen er at det er den som tilhører fagutøveren. Det er hovedfokuset til fagutøveren, og det fagutøveren er best på. Det er kompetanse som skiller ulike fagpersoner fra hverandre. Overlappende kompetanse er når det er flere som deler samme kompetanse. Felleskompetanse er det som er felles faglig kunnskap som verdigrunnlag. Verdigrunnlaget utvikles gjennom samarbeid med språk, begreper og ferdigheter (Willumsen, 2009, s. 24, 25).

Profesjonsetikk er et sett av formaliserte normer og verdier som skal ivareta samfunnsoppdraget. Profesjonsetikk er ment å ivareta oppdraget som samfunnet gir profesjonene og tydeliggjøre selvforståelsen til den enkelte profesjonen (Leenderts, 2014, s. 114). Yrkesetikken kan gi veiledninger for hvilke prinsipper og verdier som bør vektlegges til grunn og hvilke hensyn som vektlegges (Eide & Aadland, 2012, s. 22). Etisk kompetanse knyttes til faglighet og å ha trening i å gjennomføre en etisk refleksjon er sentralt ved faglig kjønn og ved evnen til å oppdage hva som står på spill for andre. Etisk kompetanse innebærer ferdigheter som å ha evnen til å lytte, oppdage hvordan andre blir berørt, se hvilke verdier, moralske og juridiske plikter som står på spill og hvilke alternative handlingsmuligheter som finnes. Videre handler det om evnen til å se hvordan beslutninger og egne handlingsvalg får følger for andre og hvordan tjenesten og seg selv som fagperson fremstår i lys av det man gjør. Etisk kompetanse kan med andre ord være praktisk dømmekraft i faglige situasjoner hvor verdier står på spill da det handler om evnen til å ta vurderinger om hva som er det beste, mest riktige og rettferdige i en situasjon med alt tatt i betraktning (Eide & Aadland, 2012, s. 16, 17).

Profesjoner innenfor helse som har statlig autorisasjon, omfattes av lov om helsepersonell og lov om pasient- og brukerrettigheter. I tillegg til lov er det yrkesetiske retningslinjer som er med å regulere hvilken atferd som er forventet av helseprofesjoner. Selv om lov og



yrkesetiske retningslinjer setter klare krav til yrkesutøveren, er det rom for tolkninger. Alle profesjonene innenfor helse har noen av de samme forpliktelsene og nytte av å sette seg inn i hverandres etikkregler. Det blir mer og mer viktig å kjenne hverandres grunnleggende verdier fordi beslutninger bygger på samarbeid mellom yrkesgrupper (Markestad, 2020, s. 19, 21). Fagutdanninger er utviklet for at den profesjonelle skal være i stand til å løse og se faglige problemer. Innenfor tverrfaglig samarbeid kan forskjellig faglig språkkulturer skape forskjellige virkelighetsoppfatninger som kan bli utfordrende i samarbeidet. Medisinere, sykepleiere, ergoterapeuter og fysioterapeuter er profesjoner som legger merke til ulike problemer stilt overfor samme situasjon og derfor kan det være utfordrende å finne løsninger på faglige problemer (Eide & Aadland, 2012, s. 19). Et problem kan regnes som etisk og knyttes til faglige problem er at det kan handle om menneskers livskvalitet, menneskeverd eller sårbarhet (Eide & Aadland, 2012, s. 23).

### 3.2. Internasjonal klassifisering av funksjon, funksjonshemming og helse - ICF

I dette avsnittet presenteres Internasjonal klassifisering av funksjon, funksjonshemming og helse (ICF) og emneområder innenfor ICF som teoretisk modell. ICF knyttes deretter til forståelse av «funksjonsevne» og alderdom før det trekkes linjer mellom ICF og rehabilitering. Internasjonal klassifisering av funksjon, funksjonshemming og helse (ICF) er et klassifiseringssystem og en teoretisk modell (Tuntland, 2011, s. 42). Bakgrunnen for forståelsen av funksjonshemming i ICF skiller mellom tre ulike forståelser som er en medisinsk modell, en sosial modell og en relasjonell modell (Østensjo & Søberg, 2012, s. 298).

#### 3.2.1. Ulike forståelser av funksjonshemming

I den medisinske modellen blir funksjonshemming knyttet til individet og en biologisk-medisinsk forståelse der funksjonshemming skyldes skade eller sykdom på individet. Det blir et behov for behandling som er utført av helsepersonell og omsorgen er fokusert mot funksjonsbedring, tilpasning eller helbredelse fra individet sin side (Tuntland, 2011, s. 36). I den sosiale modellen blir funksjonshemming knyttet til omgivelsene og som et problem skapt av samfunnet. Det er menneskeskapte barrierer i omgivelsene for mennesker med nedsatt funksjonsevne. Samfunnet er ikke tilpasset alle og det er årsaken til funksjonshemming (Tuntland, 2011, s. 37). I den sosiale modellen er det et viktig skille mellom funksjonsnedsettelse og funksjonshemming (Solvang, 2019, s. 15). Tøssebro (2010, s. 19)

skiller dem slik at funksjonsnedsettelse handler om funksjonelle begrensninger og funksjonshemming som et tillegg ved at det er barrierer i omgivelsene. Årsaken til funksjonsnedsettelse er biologiske, men måten samfunnet er bygd opp på tar ikke hensyn til variasjonen blant mennesker og derfor er årsakene til funksjonshemminger utenfor individet. I en relasjonell forståelse av funksjonshemming knyttes funksjonshemming til et misforhold mellom samfunnets krav og personens forutsetninger. Funksjonshemming kan knyttes til barrierer i omgivelsene av ulik art og sykdom eller skade hos individet. Barrierer i omgivelsene kan være transportmessige, fysiske, økonomiske og holdningsmessige. Funksjonshemming skjer når det blir et gap mellom omgivelsenes krav og personens forutsetninger og forståelsen er situasjonsavhengig (Tuntland, 2011, s. 37, 38). Den relasjonelle forståelsen av funksjonshemming er også kjent som GAP-modellen. I hverdagsrehabilitering bygger forståelsen på en relasjonell forståelse av funksjonshemming da funksjonshemming ses på som et resultat av et misforhold mellom brukers forutsetninger og omgivelsenes krav. Dette synet på funksjonshemming ser på egenskapen til individet i relasjon med omgivelsene og innsatsen for å redusere gapet inkluderer bruker selv, brukers nettverk og omgivelser (Tuntland, 2014, s. 32).

### 3.2.2. ICF

ICF klassifiserer menneskers funksjonsevne knyttet til deres mulighet for å delta i aktiviteter og i det sosiale liv (WHO, KITH, Sosial- og helsedirektoratet, 2003). Bakgrunnen for at Verdens helseorganisasjon utviklet modellen og klassifikasjonen var for at helsepersonell, mennesker med funksjonsnedsettelse og politikere skulle få et felles språk med den samme forståelsen av hva funksjonsnedsettelse og funksjonshemming er (Vik, 2015, s. 100). ICF gir en modell og et begrepsapparat som beskriver forståelsen av helheten som brukes i rehabiliteringsfeltet (Tuntland, 2011, s. 42). Hovedsaken i modellen til ICF fra WHO er at den inkluderer den sosiale modellen og at funksjonsnedsettelse er fenomen som ikke er avgrenset til en funksjonshemmet gruppe, men noe som rammer alle mennesker gjennom livet på ulikt vis (Solvang, 2019, s. 81). ICF som teoretisk modell plasserer helsetilstanden eller diagnosen inn i en sammenheng hvor individuelle og miljømessige forhold spiller inn sammen med den medisinske tilstanden (Østensjo & Søberg, 2012, s. 300). ICF har en relasjonell forståelse av funksjonshemming da den viser til at hvordan mennesket opplever utfordringer knyttet til hvilken tilrettelegging og hjelpemidler de har og ikke bare med fokus på en medisinsk helsetilstand. I masteroppgaven vil jeg legge vekt på ICF som et felles begrepsapparat og til dels som modell, men ikke klassifikasjonssystem. Dette er fordi jeg fordyper meg innenfor

fagutøverens opplevelser av samarbeid i hverdagsrehabilitering hvor brukere heller ikke har en bestemt sykdom eller skade som hovedfokus. Jeg ønsker derfor å se funksjonshemming som en helhet gjennom modellen og forstå begrepsapparatet som benyttes av fagutøvere i hverdagsrehabilitering.

### 3.2.3. ICF og beskrivelser av emneområder

For å se helheten i rehabiliteringsfeltet og på funksjonshemmede prosesser har ICF et bio-psyko-sosialt bilde av mennesket som vil si at mennesket må ses som en helhet med ulike perspektiver på en og samme tid (Tøssebro, 2010, s. 32). Hensikten med ICF er å klassifisere menneskers helse i form av funksjon og funksjonshemming. ICF omfatter alle mennesker fordi den brukes på alle og ikke bare på personer med funksjonshemming (WHO, KITH, Sosial- og helsedirektoratet, 2003, s. 9). ICF modellen har to hovedområder som hvert område inneholder to emneområder. Hovedområdet nummer en er «funksjon og funksjonshemming» med emneområdene «kroppsfunksjoner og kroppsstrukturer» og «aktivitet og deltakelse». Hovedområdet nummer to er «kontekstuelle faktorer» hvor emneområdene er «miljøfaktorer» og «personlige faktorer». Disse vil nå presenteres nærmere.

Hovedområdet nummer en, funksjon og funksjonshemming har emneområdene kroppsfunksjoner og kroppsstrukturer og aktivitet og deltakelse. Emnet kroppsfunksjoner og kroppsstrukturer fremstiller det som er «inne i og utenpå kroppen», samt mentale funksjoner og sanse funksjoner (Bredland, Linge & Vik, 2011, s. 68, 69). Kroppsfunksjoner er fysiologiske funksjoner og mentale funksjoner. Kroppsstrukturer er de anatomiske delene av kroppen som for eksempel organer (WHO, KITH, Sosial- og helsedirektoratet, 2003, s. 14). Emnet aktivitet og deltakelse kan skilles i to områder. Aktivitet omhandler hvordan en person kan eller er i stand til å utføre en aktivitet. Aktiviteter kan være morgenstell, matlaging, skole eller arbeid. Deltakelse handler om deltakelse i familien, nærmiljøet og med klassekamerater eller kollegaer og engasjement seg i egen livssituasjon (WHO, KITH, Sosial- og helsedirektoratet, 2003, s. 14).

Hovedområdet nummer to, kontekstuelle faktorer er den totale bakgrunnen for en persons liv og har emneområdene miljøfaktorer og personlige faktorer (WHO, KITH, Sosial- og helsedirektoratet, 2003, s. 25). Emneområdet miljøfaktorer handler om ytre forhold som kan påvirke personen på ulike funksjonsområder. Miljøfaktorer innebærer sosiale, fysiske og holdningsmessige faktorer i omgivelsene som påvirker funksjonen til en person (Bredland,

Linge & Vik, 2011, s. 68, 69). Det er der personen eksisterer og bygger opp sitt eget liv. Miljøfaktorene kan være underliggende og ha en negativ eller positiv påvirkning på personenes evne til å utføre handlinger, delta i samfunnet, eller på personens kroppsfunksjoner eller kroppsstrukturer (WHO, KITH, Sosial- og helsedirektoratet, 2003, s. 25). Personlige faktorer er bakgrunnen for en persons eksistens og den er spesiell. Det er særtrekk ved personen som ikke tilhører noen helsetilstand (WHO, KITH, Sosial- og helsedirektoratet, 2003, s. 27). Personlige faktorer er blant annet kjønn, alder, oppvekst, livsstil, yrke, kultur, mestringsstrategier og personlige interesser (WHO, KITH, Sosial- og helsedirektoratet, 2003, s. 27). Områdene i modellen har en lineær sammenheng fordi alle påvirker hverandre dynamisk og funksjonshemming vil være et resultat av et samspill mellom disse områdene (Tuntland, 2011, s. 42). Begrepsmodellen i ICF viser ulike aspekter ved menneskers funksjon og det komplekse samspillet mellom person og miljø. I modellen er det grunnleggende at funksjon og funksjonshemming forstås som et relasjonelt og flerdimensjonalt fenomen, der forskjellige dimensjoner av funksjon og miljøfaktorer og personlige faktorer går i en gjensidig vekselvirkning (Østensjo & Søberg, 2012, s. 300).

### 3.2.4. Forståelse av «funksjonsevne» og alderdom i lys av ICF

Begrepet «funksjonsevne» kan defineres gjennom begrepene «tap av funksjonsevne» eller «nedsatt funksjonsevne». I Norges offentlige utredning 2005 *Likeverd og tilgjengelighet* defineres nedsatt funksjonsevne og funksjonshemming slik:

«Nedsatt funksjonsevne eller funksjonsnedsettelse foreligger når en kroppsdel eller en av kroppens fysiske eller kognitive funksjoner er tapt, skadet eller på annen måte nedsatt. Funksjonshemming kan oppstå i et individs møte med samfunnet, når individets deltakelse begrenses og dette kan knyttes til nedsatt funksjonsevne» (NOU, 2005, s. 38).

Begrepet tap av funksjonsevne blir brukt som en overordnet fellesbetegnelse for begrepene funksjonsbegrensning og ferdighetstap. Funksjonsbegrensninger er at individet har en redusert mulighet til å gjennomføre fysiske og mentale handlinger som en nødvendig for å mestre hverdagslivet (Hendriksen, 2005, s. 105). Funksjonsbegrensninger er innskrenkninger i viktige fysiske og psykiske handlingsmønstre som sikrer en hverdag med nødvendige aktiviteter (Avlund, 2005, s. 114). Ferdighetstap innebærer at individet ikke kan utføre sammensatte funksjoner som å ta vare på seg og dagliglivets aktiviteter (Hendriksen, 2005, s.

105). Det er to måter å tilpasse et ferdighetstap på hvor den første innebærer å bedre personens evne. Den andre måten er å tilpasse eller redusere kravene fra omgivelsene (Avlund, 2005, s. 116). Det kan være alvorlige konsekvenser til tap av funksjonsevne som innebærer vansker med å delta i det sosiale liv og i fritidsaktiviteter og dette er noe som kan påvirke livskvaliteten. Et liv med tap av funksjonsevne kan gi problemer innenfor aktiviteter i hverdagslivet som gjør at det kreves helsetjenester (Avlund, 2005, s. 118).

Å bli tilstrekkelig gammel er som regel å bli funksjonshemmet i mange betraktninger, uten at det er uvanlig for alderen (Grue, 2014, s. 81). Alderdommen kan ses i lys av ICF da den omfatter alle mennesker. Alderdom påvirker biologiske funksjoner og kan skape en endring i den personlige livsstilen ved at kravene til aktivitetene og omgivelsene fører til redusert funksjon. På ingen andre stadier i livet er belastninger av funksjonshemming og sykdom så høye som i alderdommen (Krohne & Bergland, 2012, s. 234). Avstanden mellom god funksjon og svekkelse blir mindre jo eldre en blir og dermed kan små påvirkninger gi store konsekvenser, men det er viktig å være oppmerksom til at det er forskjellig fra individ til individ (Hendriksen, 2005, s. 104). Man blir ikke født som funksjonshemmet, man blir det gjennom et helt liv (Grue, 2014, s. 87). Alderdommen er en livsfase hvor det ikke er uvanlig at folk er skadet, svekket eller har nedsatt funksjon. Det regnes likevel ikke som uvanlig, men en vanlig tilstand (Grue, 2014, s. 87).

Når ferdighetstap måles blant eldre mennesker er det ofte fokusert på evnen til å klare den vanlige livsførselen som er omtalt som *Activities of Daily Living* (ADL) (Avlund, 2005, s. 119). En studie av Whitehead, Worthington, Parry, Walker og Drummond (2015) viser at fokuset i hverdagsrehabilitering fort blir knyttet til fysisk funksjonsdyktighet i ADL aktiviteter. ADL er aktiviteter i hjem og på fritiden som finner sted i det daglige livet (Avlund, 2005, s. 119). Det skiller ofte mellom *Physical Activities of Daily Living* (PADL) og *Instrumental Activities of Daily Living* (IADL). PADL er gjøremål i det daglige som er grunnleggende og gjennomføres av alle mennesker uavhengig av kjønn, kultur, boforhold eller omgivelser. Disse gjøremålene er spising, påkledning, toalettbesøk og vasking. IADL er utadvendte og komplekse aktiviteter som må kunne gjennomføres for å leve et uavhengig liv i samfunnet. Et eksempel på IADL aktivitet er lønnsarbeid, men etter pensjonsalder er det andre aktiviteter som blir mer relevant for å leve et meningsfylt liv. Andre eksempler på IADL aktiviteter er innkjøp, matlaging, administrasjon av økonomi og ulønnet arbeid (Avlund, 2005, s. 119).

### 3.2.5. ICF og rehabilitering

I 2001 vedtok WHO at medlemsland skulle implementere ICF i sitt helsesystem og derfor har Norge forpliktet seg til å bruke ICF (Tuntland, 2011, s. 42). Ved å bruke ICF som felles begrepsapparat innenfor rehabilitering antas det å gjøre kommunikasjonen mellom fagutøverne enklere og på den måten støtte samarbeidet (Hartviksen, 2017, s. 34). ICF har hatt en stor gjennomslagskraft i rehabiliteringsfeltet (Østensjo & Søberg, 2012, s. 306). Bakgrunnen for at ICF har hatt en stor gjennomslagskraft innenfor rehabilitering er ønsket om å flytte søkelyset fra egne bidrag i rehabiliteringsprosessen til brukerens nåværende og fremtidige livssituasjon. Med et fokus på aktivitet og deltakelse rettes oppmerksomheten også mer mot personlige faktorer og miljøfaktorer, og hvilken betydning disse har for rehabiliteringsprosessen og resultater etter rehabilitering (Østensjo & Søberg, 2012, s. 306). ICF har bidratt til endringer av forståelsen av funksjonshemming fra å tilhøre individet til en forståelse som legger vekt på funksjonshemming som oppstår i et samspill mellom person, aktivitet og omgivelse (Østensjo & Søberg, 2012, s. 298).

### 3.3. Rehabilitering som perspektiv

I dette avsnittet vil rehabilitering som metode defineres og brukere av rehabilitering presiseres. Deretter vises det til skifter i rehabilitering som perspektiv innenfor kommunale helsetjenester. For å belyse skifter i rehabiliteringsperspektiv presenterer jeg først 1900-tallet med strukturell tilnærming, deretter 1960-tallet med pragmatisk tilnærming og til slutt *enablement* og *reablement* som knyttes til behandling i dag. Deretter fokuseres det på *enabling* som vektlegger fem verdier i rehabiliteringstjenesten: aktivitet, person, omgivelser, helse og klientsentrert praksis. *Reablement* trekkes frem som en rehabiliteringstjeneste som sikter mot å sikre at mennesker skal kunne fortsette hverdagslivet ved å lære om meningsfulle aktiviteter uansett funksjon.

Rehabilitering defineres som en metode som gjør det mulig for en person å opprettholde, gjenvinne eller kompensere for funksjonshemming eller mobilitetsvansker som kan være et resultat av sykdom eller skade (Ebrahimi & Chapman, 2018, s. 241). Behovet for rehabilitering oppstår når personer trenger råd, assistanse samt oppfølging av flere fagutøvere for å kunne delta i aktiviteter eller for å bedre eller hindre funksjonstap. Personene vil da trenge assistanse i en avgrenset periode for å delta i hverdagen mest mulig på egen hånd

(Bredland, Linge & Vik, 2011, s. 21, 22). For å sikre en tjeneste som er målrettet og effektiv må brukergruppen til tjenesten være definert. Ved å ha en definert brukergruppe sikrer tjenesten seg at målgruppen kan nyttiggjøre seg tilbudet (Hartviksen, 2017, s. 221).

På 1900-tallet var fokuset i behandling innenfor rehabilitering å forbedre eller å fikse deler ved individet som var redusert og ikke mennesket som helhet. Det var ikke spørsmål om andre faktorer som kunne påvirke individet enn den kroppsdelen og dette kalles en strukturell tilnærming. Utover 1960-tallet i den postmoderne tiden fikk den pragmatiske tilnærmingen kraft innenfor rehabilitering ved verdsetting av holisme: mennesker er individer og det er også andre faktorer som er viktige fra deres psykiske helse til deres omgivelser. Mennesker har sine egne historier å fortelle og en sannhet om deres tilstand. Denne tilnærmingen kalles for en pragmatisk tilnærming. I dag blir behandling av kropp, funksjon og funksjonshemming knyttet til *enablement* og *reablement* som vektlegger et personsentrert fokus hvor det legges vekt på brukeren av tjenesten (Embrahimi & Phillips, 2018, s. 52, 53).

*Enabling* innebærer å engasjere mennesker i aktivitet og til å strekke seg lenger slik at en ikke bare blir passiv mottaker av hjelp og tiltak. Perspektivet skal gi rom for å høre brukers interesser og perspektiver for å sikre større inkludering fra brukeren. Videre skal *enabling* sikre rett, mulighet og ressurser til for alle til deltakelse i aktivitet, eldre trekkes frem som eksempel på mennesker som kan være marginalisert. *Enabling* sikter seg også mot å sikre individuelle og sosiale aktiviteter (Townsend & Polatajko, 2013, s. 91). *Enabling* er en tilretteleggingsprosess som sikrer at mennesker får midler og muligheter til å være med å løse sine egne problemer eller en handling fra en yrkesprofesjonell innenfor rehabilitering som hjelper personen til å gjennomføre aktiviteter lettere (Nancarrow & Mackey, 2006).

Townsend & Polatajko (2013, s. 3) hevder *enabling* kommer fra verdier innenfor utviklingen av *Enabling occupation* og med *enabling* er det tilknyttet verdier innenfor fem områder: aktivitet, person, omgivelser, helse og klientsentrert praksis. Med utgangspunkt i *enabling* ved første området som er aktivitet er det verdier som handler om at aktivitet gir mening i livet, aktivitet utvikles og endres gjennom livet. Aktivitet former og formes av omgivelsene og aktivitet er viktig for helse. Med utgangspunkt i *enabling* ved det andre området som er person er det verdier som legger vekt på at mennesker er vesen som er aktive og hvert menneske er unikt. Alle mennesker har rett til å ta valg over egne liv, mennesker skaper og skapes av omgivelsene. Mennesker har rett til å delta i aktivitet, men det er forskjellige

muligheter for å kunne delta. Mennesker er sosiale vesen og aktiviteter kan endre seg. Med utgangspunkt i *enabling* ved det tredje området som er omgivelser er det verdier som sier at omgivelsene inneholder kulturelle, institusjonelle, fysiske og sosiale komponenter.

Omgivelsene påvirker utførelse av aktivitet, tilfredshet med utførelse og valg av aktivitet.

Med utgangspunkt i *enabling* ved det fjerde området som er helse er det verdier som handler om at helse er mer enn fravær av sykdom. Helse påvirkes i stor grad av muligheter til å kunne påvirke hverdagens aktiviteter. Helse har en personlig dimensjon som knyttes til spirituelle og meningsfulle aktiviteter og en sosial dimensjon med rettferdigheter innenfor hvilke muligheter du har til å delta i aktivitet. Til slutt med utgangspunkt i det femte området som er klientsentrert praksis knyttes *enabling* til verdier som handler om at bruker er ekspert på egne aktiviteter. Videre skal brukere være aktive partnere i en terapeutisk prosess (Townsend & Polatajko, 2013, s. 3).

*Reablement* er definert på flere forskjellige måter og Nancarrow & Mackey (2006) definerer *reablement* som en tjeneste levert av et team og deres mål med å jobbe med brukeren er å sikre brukerens velvære og hjelpe dem med å tilpasse seg nye omstendigheter i livet. Ebrahimi & Chapman (2018, s. 241) sier *reablement* er en tjeneste som gjør det mulig for en person å utføre en rekke forskjellige aktiviteter til tross for nedsatt funksjonsevne eller langvarig sykdom. Det er også rettet mot forebygging mot sykehusinnleggelse eller langvarig formell omsorg. Greenwood, Ebrahimi & Keeler (2018, s. 76) trekker frem at *reablement* ofte ses på som en alternativ tilnærming til tradisjonell hjemmepleie og ble introdusert med sikte på å vurdere og ideelt minimere behovet for langvarig tradisjonell omsorg. *Reablement* skiller seg fra tradisjonell hjemmepleie ved å støtte enkeltpersoner i å imøtekomme sykdommen eller tilstanden ved at de får lære om ferdigheter de trenger for å leve et selvstendig liv. Kjerstad & Tuntland, (2016) forklarer *reablement* som en form som hjemmebasert rehabilitering som fokuserer på å forbedre uavhengig funksjon i daglige aktiviteter som oppfattes som viktige av den eldre voksen. *Reablement* er en mer kostnadseffektiv intervensjon sammenlignet med vanlig pleie og har potensielt stor effekt på etterspørselen etter kompensasjon for hjemmebaserte omsorgstjenester. Politiske beslutningstakere bør derfor vurdere å implementere *reablement* i større skala (Kjerstad & Tuntland, 2016). *Reablement* innebærer å tilrettelegge for at bruker skal lære eller lære om hvordan man skal utføre en aktivitet i dagliglivet etter en funksjonsnedsettelse eller funksjonshemming. Ofte innebærer denne læringen å nærme seg aktiviteter på andre måter enn tidligere (Ebrahimi, 2018, s. 8). Innenfor *reablement* er det viktig å se personen først og ikke funksjonsnedsettelsen (Ebrahimi &



Phillips, 2018, s. 43). Brukeren skal settes i sentrum av tjenesten og denne tilnærmingen krever spesifikke ferdigheter fra helsepersonellet. Helsepersonellet må kunne lytte aktivt, resonnere, ha samarbeidsferdigheter og evnen til å styrke individet (Ebrahimi, 2018, s. 15). Meningsfull aktivitet er et sentralt begrep i *reablement* og det legges vekt på aktiviteter i tjenesten. I følge Ebrahimi & Phillips (2018, s. 56) er det verdifullt å høre folks forklaringer på hva aktiviteter er for dem. Det er viktig for å skape en gjensidig forståelse for at personen er ekspert på sin egen verden og tilstanden som påvirker dem. Det er viktig å etablere meningsfulle aktiviteter og at de får fokus i målsettingen. Det er fordi det er lite poeng å jobbe mot noe som har liten betydning eller ingen mening for brukeren. Derfor må det settes egne mål og ønsker for eget resultat innenfor tjenestene (Ebrahimi & Phillips, 2018, s. 53).

### 3.5. Mestringstro

I dette avsnittet presenteres Bandura med begrepet *self-efficacy* som på norsk kan oversettes til mestringstro. Mestringstro knyttes sammen med endringer i samfunnet og hvordan det krever endring av mennesket. Mestringstro knyttes til slutt sammen med «rehabiliteringspotensial» som vektlegges i hverdagsrehabilitering.

I samfunnet går mennesker gjennom endringer og slik har det alltid vært, men i dag endrer samfunnet seg i et raskere tempo enn tidligere. Dette krever en kontinuerlig endring og fornyelser av mennesket og påvirker menneskers mestringstro på egen fremtid (Bandura, 1997). Samfunnets oppfatning av «aldring» beveger seg fra tanken om å bli avhengig til en «aldring» med aktiviteter og deltakelse (Ebrahimi & Phillips, 2018, s. 53). Dette viser seg ved at det har skjedd en dreining i løpet av de siste 20 årene av forståelsen av elders fysiske funksjon og sosiale rolle. Her er det fokus på aktivitet og at aldring ikke er en hindring for et aktivt liv. For at den eldre skal sikre mestring av dagliglivets behov og forebygge funksjonsfall og øke funksjonsnivå er det viktig med aktivitet og trening. Innenfor rehabiliteringsfeltet for eldre er begrepet knyttet sammen med hverdagsrehabilitering. Det er også økende forventninger til at eldre skal jobbe lenger og delta i ulike former for frivillig arbeid. De skal delta i familien, passe barnebarn og utforske verden ved å reise (Solvang, 2019, s. 145).

Albert Bandura presenterte begrepet *self-efficacy* i 1997 og i boken «*self-efficacy- the exercise of control*» fra 1997 definerer Bandura begrep slik: oppfattet mestringstro refererer

til å tro på ens evner til å organisere og gjennomføre handlingsmåtene som kreves for å produsere gitte oppnåelser (Bandura, 1997, s. 3). *Self-efficacy* defineres som den individuelle oppfatningen av å kunne utføre en funksjonell oppgave eller aktivitet (Nancarrow & Mackey, 2006). Folks mestringstro påvirker handlingsmåtene som velges, hvor mye krefter de legger inn i handlingen, hvor lenge de vil fortsette ovenfor hindringer og tankemønstrene deres knyttet til hvor mye stress de føler (Bandura, 1997, s. 3). Resultater skjer etter en handling og resultatene avhenger også av hvilken grad mennesket vurderer hvor godt de kan utføre handlingen (Bandura, 1997, s. 21). Mestringstro vil dermed påvirke hva resultatet blir av en handling. Mestringstro knyttes ikke til hvilke ferdigheter du har, men det du tror du kan gjøre med det du har i forskjellige situasjoner og derfor kan mennesker med samme ferdigheter handle forskjellig (Bandura, 1997, s. 37).

Et begrep som benyttes i hverdagsrehabilitering som kan knyttes til mestringstro er «rehabiliteringspotensial». Mange kommuner som tilbyr tjenesten hverdagsrehabilitering krever at brukeren har et rehabiliteringspotensiale som knyttes til egenskaper ved individet. Rehabiliteringspotensialet til brukeren knyttes til motivasjonen for å oppnå en bedre hverdag og til omgivelsene (Tuntland, 2014, s. 54, 55). Helsedirektoratet (2019) viser til kriterier for «rehabiliteringspotensial» som et hjelpemiddel for å konkretisere hva som bør kartlegges får fagutøvere vurderer om bruker har et rehabiliteringspotensial. Kriterier som skal sikre «rehabiliteringspotensial» i hverdagsrehabilitering inngår i kriteriene for å motta tjenesten. For å kunne få tilbud om tjenesten hverdagsrehabilitering er det inklusjonskriterier som innebærer at bruker må ha et rehabiliteringspotensial, være motivert for å gi en innsats på eget initiativ og kunne forstå instruksjon (Førland & Skumsnes, 2016, s. 49).

### 3.6. Ambivalens

I dette avsnittet vil begrepet ambivalens defineres og forståelse av begrepet knyttes til Baumans perspektiv.

Begrepet ambivalent betyr å være preget av motstridende følelser eller holdninger til en sak eller person, det kan også bety tvilende eller usikker (snl, 2019). Ambivalens beskrives som en dobbeltholdning og viser seg når en person trekkes i forskjellige retninger av ønsker som ikke lar seg kombinere samtidig (Helsedirektoratet, 2017). Med utgangspunkt i Baumans perspektiv som er *postmodernismen* innebærer det at ambivalens er noe som preger alle valg, identiteter og livsprosjekter som finnes i den postmoderne epoken (Bauman, 1991). Bauman

(1991, s. 177, 230) hevder den moderne verden er fylt av konflikter og derfor må det aksepteres at verden er tvetydig med tilstedeværelse av ambivalens. Ambivalens kan oppleves om en plage på grunn av det akutte ubehaget når vi ikke klarer å lese en situasjon riktig og velge mellom alternative handlinger, det blir en ubesluttsomhet (Bauman, 1991, s. 1). Bauman (1991, s. 179) hevder ambivalens skal feires og ikke bestrides fordi ambivalens begrenser de mektige i samfunnet og er en frigjørelse fra de maktesløse.

### 3.7. *Empowerment* og brukermedvirkning

*Empowerment* og brukermedvirkning kan påvirke samarbeidet og relasjonen mellom brukere og fagutøvere. Her presenteres hvordan *Empowerment* og brukermedvirkning kan ivaretas for profesjonelle fagutøvere. Innenfor hverdagslivet har mennesker et behov for å være en «medskaper» av sitt eget hverdagsliv (Swane, 2005, s. 212).

*Empowerment* kan knyttes til en fremvekst av demokratiseringen som vises gjennom helselover, stortingsmeldinger og reformer i Norge. I disse dokumentene er ikke *Empowerment* som begrep eksplisitt brukt, men dokumentene legger stor vekt på muligheter til medvirkning. Hensikten med medvirkning er at livskvaliteten og levekårene til mennesket skal bli bedre (Tveiten & Boge, 2014, s. 14). I pasient- og brukerrettighetsloven (2001, §3-1.) står det om retten til medvirkning at:

«Pasient eller bruker har rett til å medvirke ved gjennomføring av helse- og omsorgstjenester. Pasient eller bruker har rett til å medvirke ved valg gjennom tilgjengelige og forsvarlige tjenesteformer og undersøkelses- og behandlingsmetoder. Medvirkningens form skal tilpasses den enkeltes evne til å gi og motta informasjon» (Pasient- og brukerrettighetsloven, 2001, §3.1).

I demokratiseringsprosessen med helselover, stortingsmeldinger og reformer har autoriteten til fagpersoner med høy utdanning blitt utfordret. I stortingsmeldingen *Mestring, muligheter og mening framtidens omsorgsutfordringer* legges det vekt på at yrkesutøveren må være kritisk og bevisst på sin egen maktposisjon og legge myndiggjøring av brukeren til grunn for arbeidet sitt. Yrkesutøveren må sikre at brukeren får innflytelse og settes i stand til å ta egne valg. Dette skal sikre at alle mennesker får muligheten til å leve et meningsfullt og selvstendig liv til tross for funksjonstap eller sykdom. Det er viktig at yrkesutøvere i helsetjenester er bevisste på sitt ståsted i forhold til dette. De som mottar tjenester, må delta aktivt og får en

sterkere innflytelse. Politikken skal sikre en sterkere brukermedvirkning og legge til rette for at alle brukere uansett diagnose, alder eller funksjonsevne skal kunne leve et verdig liv med aktivitet på bakgrunn av egne ønsker og premisser (Helse- og omsorgsdepartementet, 2005-2006, s. 6).

Innenfor Empowerment- tilnærmingen finnes det et kritisk syn på profesjonene fordi de ses på som aktører i en samfunnsskapt undertrykking, likevel har *Empowerment* som begrep fått gjennomslag i profesjonelt arbeid (Askheim, 2003, s. 166, 167). For de profesjonelle utfordrer *Empowerment* tilnærmingen deres autoritet og maktposisjon. Hvis en profesjon skal jobbe ut fra et *Empowerment* perspektiv må de være villige til å omdefinere sin tradisjonelle ekspertrolle og bli en ressurs etter brukerens premisser. En *Empowerment* tilnærming krever en bevisst holdning til egen rolle og til hvordan en ser på og handler tilknyttet brukeren (Askheim, 2003, s. 167). Innenfor et *Empowerment* perspektiv er det et kjernesporsmål som handler om hvordan en profesjonell yrkesutøver kan legge forholdene til rette for at brukeren skal ta makt og gjenvinne styringen over eget liv (Askheim, 2003, s. 182). Tveiten & Boge (2014 s. 19) hevder det er viktig å reflektere kritisk over sin egen handlemåte, væremåte og sine egne normer, verdier og yrkesutøvelsen for å skape et godt samarbeid i *Empowerment*-prosessen. Relasjonen mellom personell og bruker i *Empowerment*- tilnærmingen må inneholde respekt, åpenhet og tillit (Askheim, 2003, s. 169, 171).

I politikkkutformingene på rehabiliteringsfeltet har brukermedvirkning fått en økende oppmerksomhet de siste 20 årene (Solvang, 2019, s. 38). Dette kan ses i sammenheng med at brukerrollen også har gjennomgått endringer. Nå forventes det at brukeren tar en mer aktiv rolle og har medansvar for å holde seg frisk og bli frisk. Bakgrunnen for endringene kommer fra erfaring om at bruker blir raskere frisk dersom de selv aktiv jobber for å bli det. Brukere blir ikke lenger sett på som passive og viljeløse og dette henger sammen med en økning i opplysnings og utdanningsnivået i befolkningen (Vik, 2010, s. 88). Her må også helsepersonell jobbe med å omdefinere sin rolle fra å være styrende i prosessen til å bli en medvandrer sammen med bruker i prosessen. Helsepersonell skal først og fremst tilrettelegge slik at bruker selv kan være mer selvstendig og mindre avhengig av helsepersonellet (Vik, 2010, s. 92). For å sikre at bruker medvirker og forstår er det viktig at fagutøver medvirker med sitt perspektiv og det er nødvendig at helse- og omsorgsarbeideren tilrettelegger for en relasjon med vektlegging på brukerens medvirkning (Humerfelt, 2005, s. 18). Dette krever at helse- og omsorgsarbeideren har god kunnskap om brukeren situasjon og gode

kommunikasjonsevner (Humerfelt, 2005, s. 18). En viktig betingelse for medvirkning er informasjon og veiledning som er god og brukervennlig (Olsen, 2017, s. 233).

### 3.8. Kunnskapsstatus på feltet

Problemstillingen som skal besvares i denne studien er «hvordan opplever fagutøvere i hverdagsrehabilitering samarbeid?» For å kartlegge tidligere kunnskap innenfor samarbeid i hverdagsrehabilitering gjorde jeg et litteratursøk. Ved å gjennomføre et litteratursøk fikk jeg en oversikt over tidligere forskning og identifiserte områder med mangler på kunnskap innenfor samarbeid ved hverdagsrehabilitering. Samarbeid og hverdagsrehabilitering er aktuelle begrep innenfor flere fagfelt og derfor har det vært mulig å finne mye litteratur for å danne et kunnskapsgrunnlag. For å gjennomføre et litteratursøk ble databasene Oria, Pubmed og Swemed benyttet. Søkeordene var «hverdagsrehabilitering», «COPM», «interdisciplinary collaboration», «tverrfaglig samarbeid» «home based reablement» og «samarbeid i rehabilitering».

Tidligere forskning innenfor hverdagsrehabilitering i norske kommuner viser at det er flere forskjellige fagutøvere som blir satt sammen i et forprosjekt for å utforme tjenesten sammen. Fagpersonene i hverdagsrehabilitering samarbeider mot et felles mål og det tverrfaglige samarbeidet fungerte godt da teamene jobbet tett sammen med høy kompetanse og kunne lære av hverandre. Hverdagsrehabiliteringsteamet samarbeider også med andre innsatser i kommunene som hjemmetjenesten og ergo-og fysioterapitjenesten. Innenfor samarbeid med andre innsatser i kommunene fikk hverdagsrehabiliteringsteamet en «motor» rolle for å implementere en ny tankegang som innebar selvhjulpenhet, egenaktivitet og hadde fokus på ressurser. Dette skulle implementeres gjennom å etablere en ny kultur, nye arbeidsmetoder og holdninger innenfor samarbeidet med hjemmetjenesten. For å sikre samarbeidet med hjemmetjenesten ble kartleggingsverktøyet COPM brukt ved at det var tilgjengelig i journalsystemet og hjemme hos brukeren slik at hjemmetjenesten kunne se den konkrete planen med målsetting (Birkeland, Langeland, Tuntland, Jacobsen, Førland, 2018).

En studie med COPM som kartleggingsverktøy viser at det er signifikant funn mellom rehabiliteringsgruppen sammenlignet med kontrollgruppen gjennom COPM-ytelse og COPM-tilfredshet etter 10 uker og 6 måneder. Rehabilitering virker å være mer effektivt for mennesker med funksjonell tilbakegang enn tradisjonelle hjemmebaserte tjenester etter 6

måneder. Etter 12 måneder er forskjellene mellom rehabiliteringsgruppen og kontrollgruppen redusert (Langeland, Tuntland, Folkestad, Førland, Jacobsen & Kjekken, 2019).

Ved det tverrfaglige samarbeidet viser en studie til tre hovedtema som bidrar til samarbeid mellom profesjonene. Det første tema handler om at yrkesutøveren må ha et eget mål om å bidra til en felles tverrfaglig plattform. Dette knyttes til det andre temaet som handler om et positivt fagmiljø. Det andre tema handler om at profesjonene kan lære av hverandres ferdigheter og kompetanse. Det tredje tema innebærer at profesjonene jobber sammen med en felles innsats, men har spesifikk kompetanse. I rehabilitering er det tverrfaglige samarbeidet avhengig av at brukeren definerer egne mål. Det er viktig at de forskjellige fagpersonene i hverdagsrehabilitering bidrar med sin unike kompetanse og utfolder hverandres kompetanse. Faktorer som spiller positivt inn på tverrfaglig samarbeid i rehabilitering er brukerens definisjoner på egne mål, mangfold og antall fagpersoner som er med, hvor tett samarbeidet er mellom fagpersonene, hvor lang tid det er for kommunikasjon, planlegging og beslutningstaking (Birkeland, Tuntland, Førland, Jakobsen & Langeland, 2017).

En annen studie om samarbeidet mellom profesjoner i hverdagsrehabilitering trekker frem motspill og medspill som påvirker samarbeidet. Faktorer som skaper motspill er forskjellig profesjonsmoral, ulike statuser mellom profesjonene, forventninger til økonomisk lønnsomhet og pleiekultur versus rehabiliteringskultur. Faktorer som kan gi medspill er tverrprofesjonalitet, hverdagsrehabilitering føles som å være med på noe stort, profesjonell autonomi og fleksibilitet til å jobbe sammen mot et felles mål. Studien konkluderer med at disse faktorene i motspill og medspill kan komme brukeren av tjenesten til gode. Studien henviser også til at kunnskapsgrunnlaget for hverdagsrehabilitering er økende, men vi vet enda lite om det tverrprofesjonelle samarbeidet i tjenesten (Brinchmann, Moe & Gårseth-Nesbakk, 2019).

I samarbeidet mellom yrkesutøveren i hverdagsrehabilitering og brukeren er det en studie som trekker frem tre hovedtema i samtalen. Det første hovedtema var «introduksjon til programmet» hvor brukeren fikk informasjon om hensikten med tjenesten og hva rehabiliteringen ville innebære. Det andre hovedtema var «kartlegging» hvor det var yrkesutøveren som la opp samtalen etter tema og samtaleformen mellom bruker og yrkesutøver er med å legge grunnlaget for mål. COPM ble brukt under kartlegging. Det tredje hovedtema var «målsetting» hvor brukeren kunne være påvirket av hvordan yrkesutøveren

ledet kommunikasjonen. Yrkesutøveren hørte på hva brukeren hadde å si og deretter hjalp med å identifisere mål på bakgrunn av det bruker hadde fortalt (Moe, Ingstad & Brataas, 2017).

I samarbeid med brukere trekker en annen studie frem fire funn som påvirket samarbeidet. Det første funnet var pålitelig forhold, det andre var styrket deltakelse, det tredje var en forhandlet tilnærming og den fjerde tid for vekst. Innenfor pålitelig forhold handler det om å skape tillitt mellom bruker og yrkesutøver som også gir en følelse av trygghet. I styrket deltakelse var det vekt på at yrkesutøveren måtte lytte til brukeren og sette brukeren i kontroll. Forhandlet tilnærming innebærer at samarbeidet skal være i samme retning og det skal være et overordnet mål. Det handler også om hvordan bruker kan lære av en tverrprofesjonell dialog. Tid for vekst vil si å bygge opp brukerens selvtillit og skape en harmoni i samarbeidet. Rehabilitering viser å bli styrket ved et samarbeid mellom forskjellige profesjoner og deres samlende innsats (Gustafsson, Anbacken, Zander & Ostlund, 2019).

## Kapittel 4. Metode

I dette kapitlet vil jeg beskrive min forforståelse og metodiske fremgangsmåte for å besvare problemstillingen og den teoretiske rammen som ligger til grunn for tolkningsarbeidet. Jeg vil presentere fremgangsmåten med rekruttering av informanter, utvalg og en presentasjon av deltakerne i studien. Gjennomføringen av intervju blir gjennomgått før analysen blir beskrevet. Metodens styrker og svakheter blir trukket frem, samt forskningsetiske retningslinjer. Til slutt i kapitlet handler det om studiens troverdighet, overførbarhet og gyldighet i forhold til valgt problemstilling. Formålet med studien er å få en innsikt i hvordan samarbeidet i hverdagsrehabilitering oppleves fra fagutøverens perspektiv.

### 4.1. Forforståelse

Hvordan man former prosjekter med tema, metode, analyse og valg av teori kan være knyttet til en forforståelse som er formet av erfaringer og personlig bakgrunn. Faglig tilhørighet kan påvirke hva som er forskningsmessig interessant og gjennom en kvalitativ analyse innenfor eget fag utvikles en måte å forstå virkeligheten på (Tjora, 2017, s. 25, 34).

Min forforståelse til denne studien er knyttet sammen med en bachelor i ergoterapi og det ergoterapeutiske perspektivet om retten til aktivitet og deltakelse. Ergoterapifaget har en kjernekompetanse som vektlegger samspillet mellom person, aktivitet og omgivelser og knytter samspillet sammen med helse. Å kunne utføre meningsfulle aktiviteter og ha muligheten til å delta er helsefremmende, samtidig som helsen påvirkes i omgivelsene man befinner seg i. For ergoterapeuter regnes ikke helse bare som fravær av sykdom, men sees sammen med mulighetene til å kunne utføre meningsfull aktivitet og delta i ens omgivelser. Helsen skapes og påvirkes i samspillet mellom person, aktivitet og omgivelser (Norsk Ergoterapiforbund, 2017). Målet i ergoterapi er deltakelse og inkludering og der hvor det skjer et gap mellom helsen og hverdagens krav, ser ergoterapeuten etter løsninger for å lukke gapet. Løsningene kan være å hjelpe personen å trene seg opp igjen, eller ved å endre på aktiviteten eller tilpasse omgivelsenes krav. Begrepet «hverdagsmestring» brukes av ergoterapeuter og det handler om å kunne utføre meningsfulle aktiviteter i hverdagslivet, samtidig legges det vekt på at det er den hver enkelte som skal bestemme over egne aktiviteter i hverdagen. Samfunnsansvaret til ergoterapeuten er basert på mulighet og rett til aktivitet og deltakelse i hverdagslivet og er eksperter på meningsfull aktivitet og deltakelse (Norsk Ergoterapiforbund, 2017).



Som ergoterapeut har jeg erfaring med å jobbe i kommunal helsetjeneste med døgnerhabilitering hvor jeg samarbeider med forskjellige faggrupper innenfor helse- og omsorgstjenester. Pasientene som benytter seg av tjenesten døgnerhabilitering har forskjellige skader eller sykdommer som krever intensiv opptrening eller øving på ferdigheter hvor målet er å kunne dra hjem til egen bolig. I rehabiliteringsforløpet har mestring i hverdagen i egen bolig et fokus, hvor trening og tiltak blir lagt inn etter hva som er viktig for bruker og hvordan deres omgivelser i hjemmet er formet. Hverdagsrehabilitering er en kommunal helsetjeneste som legger fokus på mestring av meningsfulle aktiviteter i hverdagen i brukerens arena som ofte er hjemmet. Jeg har valgt å forske på et tema som kan knyttes til egen erfaring som betyr at jeg kan være påvirket av faglige briller som farger mine tanker om begreper innenfor rehabilitering. Selv om begreper brukes likt mellom flere faggrupper kan det tenkes at begrepene ikke har lik betydning for alle faggruppene. En forsker som ikke har tilknytning til feltet ville mulig søkt etter en annen kunnskap og gjennomført studien, samt analysert den på en annen måte. Formålet med studien er å få en innsikt i hvordan samarbeidet i hverdagsrehabilitering oppleves fra fagutøverens perspektiv.

#### 4.2. Valg av kvalitativ metode

Før valg av metode og fremgangsmåte må studiens formål og forberedning av problemstillingen klargjøres (Malterud, 2017, s. 43). I kvalitativ forskning er man opptatt av å beskrive, fortolke eller forstå det menneskelige erfarings kvaliteter og hvordan noe gjøres, oppleves, sies eller utvikles (Brinkmann & Tanggaard, 2015, s. 11, 12). Formålet med studien er å få en innsikt i hvordan samarbeidet i hverdagsrehabilitering oppleves fra fagutøverens perspektiv, derfor anses en kvalitativ innfallsvinkel som egnet metodisk tilnærming. Innenfor kvalitativ metode kan jeg blant annet velge mellom: intervju, fokusgrupper eller observasjon (Brinkmann & Tanggaard, 2015).

For å tilegne seg kunnskap om menneskers meninger, opplevelser og livssituasjon har intervju blitt vanlig å gjennomføre (Brinkmann & Tanggaard, 2015, s. 17). Intervju egner seg derfor etter hva som er hensikten med min studie, å få opplevelser fra fagutøvere som samarbeider i hverdagsrehabilitering. Intervju som er semistrukturert har en intervjuguide som er med å strukturere og styre hva intervjuet skal handle om. Det inneholder noen spørsmål som er planlagt på forhånd, men gir også mulighet til å la samtalen flyte (Brinkmann & Tanggaard,

2015, s. 28, 26). I denne sammenhengen ønsket jeg å kunne forbedre spørsmål på forhånd samtidig som at jeg skulle ha mulighet til å kunne stille spørsmål som ikke var forberedt. Med et semistrukturert intervju fikk jeg mulighet til å utforme en intervjuguide som inneholdt spørsmål tilknyttet temaer som hverdagsrehabilitering, tverrfaglig samarbeid og fagutøvelse. Temaene og spørsmålene i det semistrukturerte intervjuet var på bakgrunn av forarbeidet der jeg hadde undersøkt hva som allerede var forsket på innenfor hverdagsrehabilitering og tverrfaglig samarbeid. Med et semistrukturert intervju ville jeg også ha mulighet til å komme med oppfølgingsspørsmål, fordype mer innenfor et tema med hver enkelt informant og kunne oppklare misforståelser. Feltobservasjon av hvordan hverdagsrehabilitering foregår kunne vært en aktuell måte å samle data for å svare på problemstillingen. Jeg vurderte denne metoden som ikke egnet på bakgrunn av muligheten for tilstedeværelse i en periode hvor Covid-19 la restriksjoner på samvær mellom mennesker.

### 4.3. Vitenskapsteoretisk ståsted

I følge Thagaard (2018, s. 19) er kvalitative metoder rettet mot å utvikle en forståelse av fenomenene som studeres. Kvalitative tilnæringer knyttes derfor til fortolkende teorier som fenomenologi og sosial konstruktivisme. Den vitenskapsteoretiske forståelsesrammen er med å danne grunnlaget for den forståelsen jeg som forsker utvikler i løpet av forskningsprosessen.

#### 4.3.1. Fenomenologi

Fenomenologi fremstilles som læren om det som kommer til syne og viser seg da ordet fenomenologi stammer fra et gresk ord «phai`nomenon» som betyr «det som viser seg» og «logos» som betyr «lære» (Thornquist, 2003, s. 83). I fenomenologi blir oppmerksomheten rettet mot verden og hvordan den erfares for en person og ser ikke på verden uavhengig av personen. Grunnleggeren av fenomenologi var Edmund Husserl (1859-1938) og han rettet et kritisk søkelys mot vitenskapsfilosofiske tradisjoner som hadde et skarpt skille mellom subjekt og objekt, altså mellom den som erkjenner og det som erkjennes (Thornquist, 2003, s. 84). Den positivistiske inspirerte naturvitenskapens tenkning ble kritisert fordi den la vekt på objektet uavhengig av mennesker, altså et skarpt skille mellom subjekt og objekt. Husserls prosjekt var å erstatte denne tradisjonen med et avhengighetsforhold mellom subjekt og objekt da subjektivitet anses som forutsetning for forståelse overhodet i fenomenologi (Thornquist, 2003, s. 89). Husserl var opptatt av bevisstheten og hvordan vi må legge veien om bevisstheten når vi studerer verden fordi intet viser seg uten å vise seg for noen (Thornquist, 2003, s. 84). Fenomenologi er opptatt av å forstå menneskelige handlinger og hendelser ut fra

aktørens eget subjektive perspektiv og derfor undersøker fenomenologisk inspirerte forskere verden slik den oppfattes og erfares av aktørene (Thornquist, 2003, s. 87). I denne masteroppgaven er jeg opptatt av å forstå de menneskelige handlingene knyttet med hverdagsrehabilitering og det som viser seg for dem. Med et fenomenologisk perspektiv ønsker jeg å se det som er viktig for dem i hverdagsrehabilitering.

I fenomenologi kalles den verden vi lever i til daglig, som vi har erfaring med for «livsverden» og det regnes menneskets primære erkjennelsesform (Thornquist, 2003, s. 85). Livsverden for Husserl handler om den konkrete dagligdagse verden som mennesker tar for gitt. Det er vår felles begrensende verden og slik den fremstår når vi inntar «den naturlige stillingen» som dreier seg om en ureflektert og naiv erfaring av verden som vi ikke er reflekterende, undersøkende eller analytisk til. Husserl legger vekt på at mennesker sjelden reflekterer over hvordan virkelighetsforståelsen etableres og hva som gjelder som «virkelighet». Dagliglivets erfaringsverden er den primære erkjennelsesform ved at den er basisen for all refleksjon, utvikling av kunnskap og vitenskap (Thornquist, 2003, s. 90). Utgangspunktet i fenomenologi er at vi lever i en verden som har betydning og mening for oss (Thornquist, 2003, s. 92).

#### 4.3.2. Sosial konstruktivisme

I sosial konstruktivisme er grunnantakelsen at alle sosiale fenomener er sosialt konstruert. Det vil si at sosiale fenomener ikke er noe i seg selv, men skapes i sosiale kontekster (Christensen, 2015, s. 45, 46). Sosiale fenomen får bestemte betydninger i bestemte sammenhenger og et eksempel kan knyttes til eldre mennesker og hvordan det tidligere ikke var et fokus på deres mestring av aktivitet og deltakelse. Hverdagsrehabilitering er en helse- og omsorgstjeneste med hensikt å bistå brukere med opplevd funksjonsfall med tilrettelegging og trening av hverdagsaktiviteter som er viktige for bruker selv (Førland & Skumsnes, 2016). Satsingen på hverdagsrehabilitering kan ses sammen med en investeringstankegang hos kommunene som er i tråd med nasjonale føringer som legger vekt på «aktiv aldring», «rehabiliterende tjenester» og «selvstendig aldring» (Førland & Skumsnes, 2016).

Sosial konstruktivisme kan sette spørsmålsteget ved alle forståelser da den inntar en kritisk forståelse av antakelser i hverdagen. Sosial konstruktivisme knytter seg også til at viten om verden er avhengig av kultur og historie. Her brukes begrepet «kontingens» som betyr at sosiale forhold kan forandres, oppstå spesifikt, og at de vil forandre seg igjen. Begrepet «anti-

essentialisme» brukes også og er en forståelse av at det ikke er noen kjerne i vår forståelse av verden, men at den skapes av sosiale relasjoner og ved bruk av begreper. Viten skapes i samspillet med andre mennesker hver dag. Språket får derfor en stor betydning og vår oppfattelse av sannhet kan knyttes til kommunikasjonen med andre mennesker om hva vi mener er sant. Når det er oppfattelser om hva som er sant eller riktig vil også disse handlingene fremstå som naturlige (Christensen, 2015, s. 47, 48).

Innenfor sosial konstruktivisme er det ingen entydig metode eller fremgangsmåte, men det handler om analyse og hvilke blikk som brukes i samfunnet. Ved å bli bevisst på blikket i samfunnet kan det gi oss kunnskap om samfunnet innenfor makt og endringer i strukturer (Christensen, 2015, s. 47, 48).

#### 4.4. Fremgangsmåte

I dette avsnittet vil fremgangsmåten vedrørende innsamlingen av empiriske data bli presentert. Først presenteres rekruttering av informanter, deretter utvalget og deltakerne, så til slutt gjennomføringen av intervjuene.

##### 4.4.1. Rekruttering og kriterier for utvalg av informanter

I kvalitative studier med intervju velges informanter på bakgrunn av det aktuelle tema og de må kunne uttale seg om tema på en reflektert måte (Tjora, 2017, s. 130). På bakgrunn av formålet med studien som er å få en innsikt i hvordan samarbeidet i hverdagsrehabilitering oppleves fra fagutøverens perspektiv, var det kriterier ved rekruttering og utvalg av informanter. Kriterieutvalg er vanlig når en skal studere noe som er knyttet til deltakeren som erfaring og opplevelser. Målet med slike kriterieutvalg er å sikre deltakerens bidrag til å kunne svare på problemstillingen (Tjora, 2017, s. 41). Kriteriene jeg hadde for mine informanter var (1) utdannet innenfor helse, (2) jobbe med hverdagsrehabilitering og (3) erfaring fra arbeid i helsesektoren. Ved å ha disse tre kriteriene sikret jeg informanter som ville gi empiri for å besvare problemstillingen. Jeg ønsket å rekruttere informanter som var utdannet innen helse, jobbet innenfor hverdagsrehabilitering og at de hadde erfaring fra helsesektoren.

For å rekruttere informanter var det også viktig å vite om informantene jobbet i kommuner som hadde tilbudet hverdagsrehabilitering. Jeg kartla aktuelle kommuner gjennom å søke inne på kommunenes nettsider om hvilke tilbud de hadde innenfor helsetjenester. Inne på

kommunenes nettsider var det også informasjon om ledere og hvilke ansatte som jobbet innenfor hverdagsrehabilitering. Før forespørselen om å delta i studien ble sendt til ansatte i hverdagsrehabilitering, sendte jeg først et formelt brev via e-mail til lederne. Dette brevet informerte lederne om studien og at deres ansatte ville få informasjonsskriv med forespørsel om å delta som informanter. Jeg informerte lederne for å sikre at informantene kunne være trygge på å melde seg til studien da nærmeste leder visste om rekrutteringen. Brevet til lederne i hverdagsrehabilitering ble sendt en uke før informasjonsskriv og spørsmål om å delta i studien ble sendt direkte til ansatte innenfor hverdagsrehabiliteringsteamet. Ved å bare sende forespørsel om deltakelse i studien til de som jobbet innenfor hverdagsrehabilitering, sikret jeg at de som meldte seg frivillig var innenfor kriterieutvalget. All korrespondanse med lederne og ansatte i de forskjellige kommunene skjedde via min studentmail.

#### 4.4.2. Utvalg

Informantene som deltok i studien, meldte seg frivillig etter de mottok forespørsel om å delta og et informasjonsskriv. Det var hverdagsrehabiliteringsteam i to kommuner som meldte seg frivillig til å delta i studien. Jeg har valgt å dele kommunene ved å betegne dem som kommune «Sander» og kommune «Havna». I kommune «Sander» besto hverdagsrehabiliteringsteamet av fysioterapeut, sykepleier, ergoterapeut og helsefagarbeider. I kommune «Havna» besto hverdagsrehabiliteringsteamet av fysioterapeut, sykepleier og ergoterapeut. Til sammen deltok 7 informanter fra disse kommunene i studien. Ifølge Tanggaard og Brinkmann (2015, s. 21) er det en grunnregel at det er bedre å gjennomføre intervju med få informanter og analysere disse grundig. Informantene fordeler seg mellom et aldersspenn fra 34 år til 60 år og kjønnsfordelingen av informantene er to menn og fem kvinner. I utvalget legges det vekt på at informantene har erfaring fra hverdagsrehabilitering og fra helsesektoren. Alle informantene har flere års erfaring fra helsesektoren og mellom 4 år til 6 års erfaring fra hverdagsrehabilitering. For å ivareta personvern er kommunene anonymisert gjennom å ha fått fiktive navn. Kommunene har navnene «Sander» og «Havna». Informantene er delt inn i fagpersoner hvor informanter fra «Sander» kommune er fagperson 1 til 4 og informanter fra «Havna» kommune er fagperson 5 til 8 i kapittel 5. Presentasjon av funn.

#### 4.4.3. Gjennomføring av intervjuet

Ifølge Tjora (2017, s. 212) kan det overlates til informantene å velge sted intervjuet skal gjennomføres, det vil bidra til å skape trygghet under intervjusituasjonen og intervjuet kan gjerne gjennomføres på egen arbeidsplass hvis studiet er knyttet til informantens arbeid. I denne studien fikk informantene selv foreslå hvor de ønsket å gjennomføre intervjuet og foreslo egen arbeidsplass. Før intervjuet signerte informantene et samtykkeskjema og jeg informerte om lydopptak, oppbevaring og sletting av lydopptaket samt kontaktpersoner som veileder og til NSD hvis de hadde spørsmål om personvernopplysninger. Tjora (2017, s. 167) hevder at bruk av lydopptak under intervju gir det en mulighet til konsentrasjon som sørger for god flyt i kommunikasjonen og en visshet i at intervjueren får med alt som blir sagt. Før bruk av lydopptak må informantene si det er greit å gjøre opptak av intervjuet og få informasjon om oppbevaring og når det skal slettes (Tjora, 2017, s. 167). Intervjuene ble gjennomført med en båndopptaker som informantene hadde fått informasjon om i informasjonsskrivet til studien. Før hvert intervju forsikret jeg meg om at informanten hadde lest informasjonsskrivet til studien og jeg spurte om det var greit å ta lydopptak av intervjuet. I tillegg til lydopptak tok jeg notater under intervjuet i form av stikkord. Lydopptakene og notatene som ble tatt under intervjuet inneholdt ikke personvernopplysninger.

I kommune «Sander» ble intervjuene gjennomført på deres arbeidsplass over to runder med noen dagers mellomrom. Den første dagen ble intervju med ergoterapeut og sykepleier gjennomført og den andre dagen ble intervjuet gjennomført med fysioterapeut og hjelpepleier. På den første dagen hvor jeg intervjuet ergoterapeut og sykepleier fikk jeg spørsmål om egen fagbakgrunn. Jeg hadde på forhånd tenkt over hva jeg skulle si hvis jeg fikk spørsmål om egen fagbakgrunn og bestemte meg for å ikke fortelle det før jeg var ferdig med alle intervjuene. Jeg svarte på spørsmålet ved å si at jeg ikke ønsket å uttale meg om tidligere fagbakgrunn fordi jeg ikke visste hvordan det kunne påvirke intervjuet og informantene hadde forståelse for dette. Ifølge Brinkmann & Tanggaard (2015, s. 22) kan forskjellige relasjoner og samspillet mellom informant og forsker påvirke hvilken kunnskap man får. Jeg valgte å ikke fortelle om egen fagbakgrunn som ergoterapeut fordi jeg var i rollen som masterstudent og ikke i rollen som ergoterapeut under intervjuene. Jeg ønsket ikke at informantene skulle få et bilde av min forforståelse på hverdagsrehabilitering tilknyttet faglig bakgrunn. Samtidig ønsket jeg å sikre at informantene forklarte alle begrep under intervjuet uten å tenke at dette var begrep som var kjent for meg fra før da det mulig kunne utelate informasjon. Når intervjuene var ferdig med alle informantene fortalte jeg at jeg var utdannet ergoterapeut.

I kommune «Havna» ble intervjuene avtalt å gjennomføre på egen arbeidsplass, men på grunn av Covid-19 og restriksjoner måtte intervjuene gjennomføres over Skype Business. Det var tre informanter i kommunen som skulle intervjues og intervjuene foregikk etter hverandre med noen minutter mellom. Informanten satt alene på kontoret gjennom intervjuet og byttet når det var neste sin tur.

Selv om intervjuet gjennomføres med en intervjuguide etter tema, sto informantene fritt til å snakke bredt om temaet eller utenfor tema.

#### 4.5. Analyse

Johannessen, Rafoss & Rasmussen (2018, s. 22) definerer analyse som en prosess om er drevet etter spørsmål ved at det starter med at du spør og det slutter når du finner svaret. Tjora (2017, s. 195) hevder målet med den kvalitative analysen er å gjøre det mulig for lesere av forskningen å få økt kunnskap om forskningsområdet. I følge Thagaard (2018, s. 33) må meningsinnholdet i dataen som utvikles gjennom analysen ses i sammenheng med forståelsen som bringes med inn i og er gjennomgående i forskningsprosessen.

For å analysere data har jeg benyttet analysemetoden tematisk analyse, hvor formålet er å finne tema i dataen min. Johannessen, Rafoss & Rasmussen (2018, s. 279) beskriver tematisk analyse som å se etter tema i dataene våre og et tema er en gruppering av data med fellestrekk som er viktige. Temaene skal til sammen utgjøre svaret på forskningsspørsmålet vårt (Johannessen, Rafoss & Rasmussen, 2018, s. 280). Tematisk analyse er delt opp i fire steg: første steg er *forberedelse* hvor du skaffer og får oversikt over data. Andre steg er *koding* der du fremhever og setter ord på viktige poenger i data. Tredje steg er *kategorisering* der du kategoriserer de kodede dataene i generelle temaer. Det fjerde steget er rapportering hvor du rapporterer *temaene* og deres innhold (Johannessen, Rafoss & Rasmussen, 2018, s. 282). Ved å gjennomføre en tematisk analyse sikrer jeg at analyseprosessen er systematisk, grundig og overkommelig. Ved å gjennomføre en tematisk analyse hvor jeg følger de fire stegene sikrer jeg også som nybegynner å ha holdepunkter under analyseprosessen.

Første steg i analyseprosessen var forberedelse som handlet om å skaffe til veie og få oversikt over data. Tilnærmingen for å skaffe til veie data var å gjennomføre intervju med utvalget

mitt. Deretter transkriberte jeg intervjuene i skriftform. For å få oversikt leste jeg gjennom intervjuene en etter en og jeg forsøkte å ha et åpent blikk for hva dette handlet om. Det ble ikke markert noe i intervjuene ved første gjennomlesning, men jeg skrev ned notater om helheten til intervjuene i eget dokument og skrev de ut. Andre steg i analyseprosessen er koding. Koding handler om å sette ord på og fremheve viktige poenger i dataen og er en spørsmålsdrevet prosess (Johannessen, Rafoss & Rasmussen, 2018, s. 284). Jeg begynte med å lese gjennom hvert enkelt intervju på nytt og tankene som var notert fra første gjennomlesning. Jeg fortsatte å notere sentrale poeng som ble de første kodene. Kodene knyttet jeg opp til forskjellige farger for å kunne synliggjøre dem i transkriberingen. Deretter leste jeg gjennom transkriberingene til intervjuene igjen og markerte kodene etter farger. Denne prosessen i analysen ble gjennomført flere ganger fordi nye sentrale deler i datamaterialet kom frem og koder fra tidligere ble endret. Nye farger ble lagt inn for å visualisere kodene. Kodingen i en analyseprosess er drevet av spørsmål og derfor er det vanlig å gjennomføre kodingen flere ganger (Johannessen, Rafoss & Rasmussen, 2018, s. 285). Kodene ble fargelagt i alle transkriberingene og jeg satt også inn post-it lapper for å markere sitat jeg tenkte var sentrale og for å visualisere mengden av koder i farger. Fargekodingen viste hvilke koder som ble nevnt av alle informantene eller bare noen. Jeg noterte også tankene mine i form av stikkord som var refleksjoner etter koding til hvert intervju. Til slutt notere jeg kodene i et dokument og samlet alle tanker og sitat under hver kode. Ifølge Johannessen, Rafoss & Rasmussen (2018, s. 284) gir koding en oversikt over innholdet i vår data, dypere innsikt og tilrettelegger dataene for kategoriseringsfasen. For å gjennomføre en grundig koding fulgte jeg Johannessen, Rafoss & Rasmussen (2018, s. 287) tre teknikker som var markering, stikkordoppsummering og refleksjon.

Det tredje steget i analyseprosessen var kategorisering. Kategorisering innebærer å sortere data på et mer overordnet nivå, kalt temaer, hvor data samles etter hva de har til felles og etter forskningsspørsmålene (Johannessen, Rafoss & Rasmussen, 2018, s. 295). De forskjellige kodene ble først satt sammen og dannet tre tema: tverrfaglig samarbeid, bruker har eget mål og samarbeid. Ved å jobbe med kodene for å finne tema merket jeg etter en stund at jeg synes noe fra datamaterialet manglet. Jeg gikk derfor tilbake for å kode intervjuene for å finne ut om jeg hadde oversett noe. Jeg valgte å kode direkte det som handlet om mål tilknyttet kartlegging og iverksetting fordi jeg følte den delen av datasettet hadde lite vekt i kodingen fra tidligere. Kodingen fra tidligere hadde fokusert på samarbeidet mellom faggruppene, hjemmetjenesten og brukerne. Jeg gikk derfor i gang med en ny runde med å lese gjennom



alle intervju og kode på nytt. Etter den nye gjennomgangen hadde jeg til slutt tre hovedtemaer som var: (1) ulik kompetanse i hverdagsrehabiliteringsteam, (2) samarbeid med fagutøvernes tankesett og perspektiver og (3) hverdagsrehabilitering med bruker i sentrum. Johannessen, Rafoss & Rasmussen (2018, s. 295) mener det er hensiktsmessig å ha mellom tre til fem temaer for å ikke ha for mange å rapportere i oppgaven. For å forsikre meg om at det ikke var noe som var oversett valgte jeg å lage et tankekart for å se en disposisjon av resultatdelen av oppgaven. Dette er et hjelpemiddel som hjelper å skape orden og man kan lettere se sammenhenger mellom temaene (Johannessen, Rafoss & Rasmussen, 2018, s. 299).

Det fjerde steget i analyseprosessen var rapportering som handler om å begynne å skrive på resultatdelen i oppgaven (Johannessen, Rafoss & Rasmussen, 2018, s. 301). I resultatdelen har jeg forsøkt å skrive ned setninger likt som informanten har uttrykt det.

#### 4.6. Refleksjoner rundt valg av metode

Kvalitativ metode og intervju har gitt min studie data rundt temaet hverdagsrehabilitering. I kvalitativ metode er man interessert i hvordan noe gjøres ved å beskrive og tolke den menneskelige erfarings kvaliteter (Brinkmann & Tanggaard, 2015, s. 11). Å intervju informantene med et semistrukturert intervju mener jeg var fornuftig fordi alle ga uttrykk for personlige opplevelser tilknyttet hvilken faggruppe de tilhørte om hvordan arbeid med hverdagsrehabilitering foregår. Slike personlige opplevelser tilknyttet faggruppe ville ikke like enkelt kommet frem i en fokusgruppe eller gjennom spørreskjema.

Informantgruppen valgte selv å delta i studien og det ble en gruppe som inneholdt kriteriene som var lagt på forhånd: utdannet innenfor helse, jobbe innenfor hverdagsrehabilitering og erfaring fra helsesektoren. Det kan tenkes at antall informanter som meldte seg frivillig til å delta i studien ble påvirket av at rekruttering skjedde i perioden hvor Covid-19 begynte å spre seg i Norge og landet «stengte» ned. Antallet informanter som deltok i studien anses likevel å være tilstrekkelig med tanke på at formålet var å dykke i dybden og undersøke *hvordan fagutøvere i hverdagsrehabilitering opplever samarbeid* fortalt av faggrupper i kommunale helsetjenester. Tanggaard og Brinkmann (2015, s. 20) hevder at det skjer et metningspunkt eller fallende utbytte etter et visst antall intervjuer. Jeg vil til en viss grad si at dette er tilfellet innen det utvalget som jeg hadde og at antallet viste en viss bredde i opplevelser innenfor samarbeid i hverdagsrehabilitering.

Min kunnskap om hverdagsrehabilitering var med å forme min intervjuguide og spørsmålene jeg ønsket å stille. Det kan tenkes at kunnskapen min om hverdagsrehabilitering kunne være en ulempe ved at jeg ikke stilte spørsmål som en uten kunnskap ville gjort. Likevel forsøkte jeg å ivareta dette ved å velge semistrukturert intervju da det tillater å bevege seg inn i andre tema enn det som var bestemt på forhånd. Jeg ga også muligheten til informantene om å snakke om andre tema i slutten av intervjuet ved å spørre «er det noe du ønsker å trekke frem som jeg ikke har spurt om». Her benyttet flere informanter muligheten til å snakke fritt om tema som ikke kom frem gjennom intervjuet.

Ifølge Tjora (2017, s. 175) sikres kvaliteten på transkriberingen hvis intervjueren er den samme som transkriberer da det sikrer at informasjon ikke forsvinner ved «oversettelsen». Ved å gjennomføre transkriberingen ga det fordeler tilknyttet tolkning fordi jeg fikk en god oversikt over datamaterialet. Samtidig hadde jeg mulighet til å huske på «visuelle ledetråder» som ifølge Tjora (2017, s. 175) gir informasjon om stemningen i intervjuet. For å løfte frem flere sider i datamaterialet har jeg diskutert sammen med veileder og benyttet meg av venner som jobber innenfor helsesektoren i forskjellige faggrupper.

#### 4.7. Forskningsetikk

Norges Teknisk-naturvitenskapelige Universitet (NTNU) har avtale med Norsk Senter for Forskningsdata når det gjelder forskningsprosjekt som behandler personopplysninger (NSD.no, 2020). På bakgrunn av at NTNU har avtale med NSD og at studien inneholder personopplysninger sendte jeg inn en søknad til NSD. I søknaden til NSD ble hvilke personopplysninger det var behov for registret, beskrivelser av studien, intervjuguide og informasjonsskriv til informanter sendt inn til vurdering. Studien ble godkjent av NSD og jeg begynte med å rekruttere informanter og avtale tidspunkter og for intervju. På grunn av Covid-19 og restriksjoner tilknyttet viruset måtte noen av intervjuene gjennomføres via Skype Business. Ved endringer under studien skal det meldes inn til NSD og det gjøres en ny vurdering av søknaden (Nsd.no, 2020). Jeg måtte dermed endre søknaden til NSD fordi ved gjennomføring av intervju over Skype Business måtte det registerets at data ble hentet over digitale media. Jeg fikk en ny godkjenning og min studie er godkjent i Norsk Senter for Forskningsdata med referansenummer 256970.

Alle deltakerne i studien fikk tilsendt et informasjonsskriv (vedlegg 3), hvor det ble presisert at deltakelsen i var frivillig og at man når som helst kunne trekke seg. Videre i informasjonsskrivet sto det om deltakerens rett til innsyn i data og retten til å slette disse. Jeg ga tilsvarende informasjon muntlig og innhentet samtykke før gjennomføring av intervjuet. Å delta i studien har ikke hatt noen form for fysisk risiko eller hatt noen andre fordeler eller ulemper.

Datamaterialet som er innsamlet som samtykkeerklæring og demografiske data ble oppbevart på passord beskyttet område tilknyttet min NTNU bruker som student. Etter transkribering ble lydfiler slettet, og ingen navn er brukt i de transkriberte intervjuene. Tekstfilene er oppbevart på Mac med kodet inngang. Materialet som er samlet inn blir makulert når studien er avsluttet.

#### 4.8. Studiens troverdighet, overførbarhet og gyldighet

For å kunne ta stilling til forskningens kvalitet er det viktig å gi et godt innblikk i forskningen (Tjora, 2017 s. 248). Det legges vekt på transparens som betyr gjennomsiktighet og brukes i metodologisk sammenheng om hvordan studien beskrives for leseren og en stor grad av gjennomsiktighet ses på som positivt for høy forskningsmessig kvalitet (Tjora, 2017, s. 266). Jeg vil derfor presentere troverdighet, overførbarhet og gyldighet med fokus på gjennomsiktighet for å sikre at leseren får et godt innblikk i forskningen.

##### 4.8.1. Troverdighet

Troverdighet handler om reliabilitet som vil si om forskningen er gjennomført på en pålitelig og tillitsvekkende måte (Thagaard, 2018, s. 187). For å vise at forskningen har troverdighet ved en kritisk vurdering er det viktig at jeg sikrer gjennomsiktighet av min forskningsprosess og viser til mine refleksjoner, ferdigheter og forståelse.

Min forforståelse til studien er beskrevet i avsnitt 3.1. Forforståelse. Ifølge Tjora (2017, s. 264) sikres pålitelighet ved å redegjøre for personlige faktorer som kan påvirke forskningsprosess. Jeg har forsøkt gjennom oppgaven å beskrive valg som er metodiske og gjennomgått mulige feilkilder. Jeg har benyttet intervjuguide som var utformet på forhånd for å sikre kvaliteten på innsamlingen av informasjon. Under intervjuene hvor jeg fikk spørsmål om egen utdanning valgte jeg å ikke svare for å sikre at informantene ikke snakket til meg på en måte der de regnet med at jeg visste betydningen av for eksempel begrep. Dette valgte jeg

for å sikre at informantene forklarte begreper med egne ord. I følge Thangaard (2018, s. 188) kan relasjonen til informantene ha betydning for utvikling av data og ved å reflektere over kontakt og relasjon sikres reliabilitet. Ved benevning av begrep etterspurte jeg deres betydning og sikret at jeg fikk med meg deres budskap ved å be om bekreftelser. Under transkriberingen sikret jeg meningsinnholdet ved å gjennomføre en nøyaktig transkribering. Jeg valgte å gjennomføre transkribering av lydopptakene selv fordi det styrker påliteligheten i forbindelse med tolkning av materialet fordi det ikke forsvinner noe gjennom «oversettelsen» Tjora (2017, s. 175). I presentasjonen av det empiriske materialet valgte jeg å trekke frem sitater for å vise til informantens stemme. Ved å legge frem sitater sikret jeg også å skille mellom informantenes stemme og mine egne vurderinger. Gjennom hele studien har jeg brukt metodelitteratur om kvalitativ forskning.

#### 4.8.2. Overførbarhet

Et viktig mål ved kvalitative studier er overførbarhet som handler om at resultatene fra en enkelt studie skal kunne ha en mer generell relevans, være relevant i andre sammenhenger eller vekke gjenklang hos leser med kjennskap til fenomenene som studeres (Thangaard, 2018, s. 182). Utgangspunktet i denne studien er et spesifikt tilbud innenfor kommunale helsetjenester med spesifikke faggrupper innenfor tjenesten. Formålet med studien som er å få en innsikt i hvordan samarbeidet i hverdagsrehabilitering oppleves fra fagutøverens perspektiv. I følge Thangaard (2018, s. 195) er utvalget som studien baserer seg på sentralt i diskusjonen om overførbarhet. Utvalget i denne studien er helsepersonell som jobber sammen i tverrfaglig team innenfor en kommunal helsetjeneste. Jeg har ønsket å fremstille kunnskap om helsepersonell i tverrfaglige team innenfor kommunale helsetjenester som kan ha relevans i tilsvarende andre tjenester med tverrfaglige team.

#### 4.8.3. Gyldighet

Gyldighet som også kalles validitet handler om datamaterialets gyldighet tilknyttet det som er hensikten å måle og tolkningen av resultatene (Leseth og Tellmann, 2014, s. 22-23). Tjora (2017, s. 232) knytter gyldighet til om svaret i forskningen er svaret på de spørsmålene som vi forsøker å stille. Thangaard (2018, s. 189) knytter validitet til resultatene av forskningen og hvordan data er tolket. Det er viktig å beskrive det teoretiske ståstedet som er grunnlaget for tolkningene og hvordan analysen gir grunnlag for konklusjonen. I kvalitativ forskning er det en prosess med å bevisstgjøre og synliggjøre sin egen posisjon og denne kalles *refleksivitet*

som innebærer at vi til hver tid tar en stilling til vårt tolkningsarbeid (Malterud, 2017, s. 72). *Refleksivitet* knyttes også til forskerens vilje og evnen til å undersøke sitt eget forskningsarbeid og hvordan personlig kunnskap og interesser kan ha bidratt til å forme det (Tjora, 2017, s. 264). Hvordan forskeren posisjonerer seg i miljøet som studeres har en betydning for tolkningene og det er viktig å kritisk gå gjennom hva tolkningene baseres på (Thangaard, 2018, s. 181). Validitet argumenteres også ved å kunne sammenligne tolkninger fra ulike studier og validiteten er styrket hvis tolkninger fra forskjellige studier bekrefter hverandre (Thangaard, 2018, s. 191).

Gjennom forskningsprosessen har jeg forsøkt å sikre validitet gjennom å være kritisk til egne tolkninger og vurdert om svar jeg finner er svar på problemstillingen, eller kun noe som stemmer med det jeg visste på forhånd. Jeg har sjekket egne tolkninger opp mot studier av relevans for problemstillingen og sett om tolkningen understøttes eller avviker fra annen litteratur når jeg har skrevet om funnene i drøftingskapittelet.

## Kapittel 5. Presentasjon av funn

### 5.1. Innledning

I dette kapitlet vil jeg presentere opplevelser fagutøvere har om samarbeid i hverdagsrehabilitering. Formålet med studien er å få en innsikt i hvordan samarbeidet i hverdagsrehabilitering oppleves ut fra fagutøverens perspektiv. Utgangspunktet for det jeg trekker frem er på bakgrunn av problemstillingen «hvordan opplever fagutøvere i hverdagsrehabilitering samarbeid?»

Jeg har delt funnene inn i tre hovedtema etter den tematiske analysen, hovedtemaene er: (1) ulik kompetanse i hverdagsrehabilitering, (2) samarbeid med fagutøvernes tankesett og perspektiver og (3) hverdagsrehabilitering med bruker i sentrum.

Hovedtemaet *ulik kompetanse i hverdagsrehabilitering* har fire undertema og begynner med *samarbeidet ved implementering av hverdagsrehabilitering*, før det legges vekt på *fagutøverens forståelse av seg selv i samarbeidet*, videre *samarbeid i rehabiliteringsforløpet* og til slutt *tverrfaglig samarbeid*. Hovedtemaet *samarbeid med fagutøvernes tankesett og perspektiver* har tre undertema hvor første undertema er *opplevelse av samme tankesett og mål i samarbeidet*, det andre undertemaet er *hverdagsrehabiliteringsteam i samarbeid med hjemmetjenesten* og til slutt tredje undertema *ulike tankesett og tilnærminger i samarbeid med hjemmetjenesten*. Under hovedtemaet *hverdagsrehabilitering med bruker i sentrum* er det fire undertema og begynner med *beskrivelser av hverdagsrehabilitering*, så *COPM som kartleggingsverktøy*, deretter *målsetting for hverdagsrehabilitering* og til slutt *formulering ved målsetting*.

### 5.2. Ulik kompetanse i hverdagsrehabilitering

I hovedtemaet ulik kompetanse i hverdagsrehabilitering er det fire undertema. Det første undertema er «samarbeidet om implementering av hverdagsrehabilitering» som handler om bakgrunnen for samarbeidet og samarbeidet under utvikling av tjenesten hverdagsrehabilitering. Det andre undertemaet er «fagutøverens forståelse av seg selv i samarbeidet» som beskriver hva fagutøverne tenker om sin kjernekompetanse og bidrag innenfor samarbeidet i hverdagsrehabilitering. Det tredje undertemaet er «samarbeid i rehabiliteringsforløpet» som viser samarbeidet mellom fagutøverne i rehabiliteringsprosessen

med fordeling av ansvar, kartlegging og tiltak. Det fjerde undertema er «tverrfaglig samarbeid» hvor opplevelser ved samarbeidet og hvordan det kan påvirke måloppnåelse presenteres.

### 5.2.1. Samarbeidet ved implementering av hverdagsrehabilitering

I hverdagsrehabilitering er det fagutøvere som er utdannet ergoterapeut, fysioterapeut, sykepleier og helsefagarbeider som samarbeider. Bakgrunnen for samarbeidet mellom fagutøverne i hverdagsrehabilitering er bestemt av noen som betegnes som «de» eller «dem» av fagutøverne. På spørsmål om bakgrunnen for samarbeidet bruker fagutøver begrepet «dem» under besvarelsen og forteller:

«Det var vel gjort et sånt forprosjekt, der dem tenke at det var lurt å være tverrfaglig for å ha ulike innfallsvinkler til bruker og at tverrfaglighet skaper bred kartlegging» (Fagperson 3).

En annen fagutøver forteller dette om bakgrunnen for samarbeidet mellom fagutøverne i hverdagsrehabilitering:

«Vi jobbet først i prosjekt da, tre år i prosjekt også var det jo utlyst oss tre profesjonene da. Det var for at vi kan spille på hverandre og jobbe som tverrfaglig team. De måtte ha gjort noen erfaringer etter at det har vært hverdagsrehabilitering, både i prosjekt og forskningsprosjekt. Mange kommuner i landet har det etter hvert da, så de fant vel ut at det var gunstig å være tverrfaglig og det synes jo vi også» (Fagperson 7).

I implementering av hverdagsrehabilitering begynte kommunene med et forprosjekt hvor faggruppene ble ansatt og sammen skulle de utforme tjenesten hverdagsrehabilitering. En fagperson har disse refleksjonene rundt implementeringen av hverdagsrehabilitering:

«Som jeg sa så skulle vi hatt litt mer kurs kanskje. Når vi begynte her vet du, så fikk vi jo bare fra kommunen at vi hadde fått jobbene her. Vi fikk jo ikke lagt noen føringer på det. Så vi måtte bare lese oss opp og skrive en prosjektplan fordi vi jobbet i prosjekt først, så vi søke masse i andre kommuner og studerte selv da før vi startet opp. Luftet erfaringer med andre kommuner, det har jo vært hospitering på (stedsnavn) blant

annet, og veksle erfaring med andre folk som jobber med det samme da» (Fagperson 7).

Det er ingen kurs eller utdanning om hverdagsrehabilitering som fagutøverne i hverdagsrehabiliteringsteam har deltatt på i fellesskap. Snarere har de deltatt ved forskjellige kurs som de på eget initiativ har meldt seg på. To av syv informanter hadde deltatt på kurs i hverdagsrehabilitering. Hverdagsrehabiliteringsteamene setter av planleggingsdager i løpet av året hvor de planlegger hvilke kurs de ønsker å delta på. Kurs knyttes til hver enkelt faggruppe hvor en fagperson forteller det slik:

«Vi har vel våre felles både fagsamlinger, kurs og konferanser ja, og såne ting felles. Ikke alle fire nei, men to vertfall. Også har fysioterapeut hatt noen kurs knyttet til fysioterapi på eldre da, også har ergoterapeuten hatt noen kurs knyttet til ergoterapi, ja» (Fagperson 1).

I hverdagsrehabilitering benyttes kartleggingsverktøyet COPM og av faggruppene som samarbeider i hverdagsrehabilitering er det bare ergoterapeuten som har hatt om COPM i utdanningsforløpet. For fagutøvere som ikke har hatt COPM i utdanningen tar de kurs på gjennomføring av COPM. En fagperson forteller det slik:

«Nei, ikke noe felles nei. Vi har jo vært på forskjellige kurs da, i forhold til rehabilitering og det verktøyet vi bruker, det der intervju verktøyet vi bruker da COPM. Der har jo jeg og noen som ble ansatt etter meg vært på kurs da, innføring i det» (Fagperson 2).

Utenom felles innføring i COPM har ikke fagutøverne hatt noen felles kurs eller utdanning om hverdagsrehabilitering. Kursingen fagutøverne har hatt beskrives som sporadisk og handler ikke om hverdagsrehabilitering som kommunal helse- og omsorgstjeneste. Fagutøverne opplever at det er behov for felles kurs eller utdanning om hverdagsrehabilitering og det trekkes frem som et forbedringsområde innenfor samarbeid i hverdagsrehabilitering.

### 5.2.2. Fagutøverens forståelse av seg selv i samarbeidet

I hverdagsrehabilitering er det samarbeid mellom faggruppene ergoterapeut, fysioterapeut, sykepleier og helsefagarbeider. Faggruppenes forståelse av seg selv trekkes frem for å belyse



hva fagpersonen tenker om egen kjernekompetanse i samarbeidet og hvordan de bidrar til å nå målene til bruker. Først presenteres ergoterapeuter, så fysioterapeuter, deretter sykepleier og til slutt hjelpepleier.

Ergoterapeuten trekker frem kompetanse mellom person, omgivelse og aktivitet som deres kjernekompetanse. Det legges vekt på kunnskap om aktivitet og hvordan omgivelser spiller inn på utførelsen av aktivitet. En informant kaller det «aktivitetsrelatert kunnskap» (Fagperson 5). COPM anses også som et viktig ansvarsområde for ergoterapeuter fordi det ligger tett opp til ergoterapifaget da kartleggingsverktøyet er laget av ergoterapeuter og en del av ergoterapiutdanningen.

«I utdanningen har vi mye om noe som heter COMP, Canadian model of occupational performance som er den grunnleggende teoretiske bakgrunnen for COPM. Vi har et ganske sterkt grunnlag for å bruke COPM som verktøy. Så er en litt sånn spisskompetanse på den biten» (Fagperson 1).

Ergoterapeuter bidrar med å trene aktivitetsrelatert for å nå målene bruker har. Treningen knyttes til en konkret aktivitet hvor det er viktig at bruker ønsker å utføre aktiviteten og at den er meningsfull. Ergoterapeutene ser ikke på hjelpemidler som sitt ansvarsområdet fordi andre fagutøvere i hverdagsrehabiliteringsteamet også har kunnskap om hjelpemidler. En fagperson informerer at «fysioterapeuten har autorisasjon til å bestille hjelpemidler, men vi ser hvordan omgivelsene spiller inn for at brukeren skal kunne nå sine aktivitetsmål og hvordan det påvirker utførelsen» (Fagperson 1).

Fysioterapeuter trekker frem kompetanse om fysisk funksjon som sin kjernekompetanse, sitt fag og hovedansvar i hverdagsrehabilitering. Kunnskap om aktivitet, trening og kroppsfunksjon vektlegges og fysioterapeuten har kjernekompetansen om sikkerhet tilknyttet utførelse av øvelser og mengde av utførelse. Trening beskrives også som å øve på ferdigheter. En fagperson legger det frem slik «det er ikke bare trening i den forstand, men det er mer øving på ferdigheter som å klare å gå i trapp eller den type ting» (Fagperson 2). For at brukere skal nå målene sine bidrar fysioterapeuter med fysisk trening og øving på ferdigheter, samtidig som at de ivaretar sikkerheten i treningsøvelser.

For sykepleiere trekkes kjernekompetansen til medisin, ernæring, eliminasjon, respirasjon og smerte. En fagperson sier dette ««ja det er jo det sykepleiefaglige da rett og slett» og knytter kjernekunnskapen med medisinske årsaker til funksjonsfall:

«Hvis vi skal gå på årsaken til et fall for eksempel, så kan det være overforbruk av medisin eller det kan være lavt blodtrykk. Lavt hemoglobin eller sånne medisinske bakenforliggende årsaker da til funksjonsfall. Da går jeg inn på det» (Fagperson 7).

Sykepleiere trekker inn forståelse av alderdommen som en del av deres kunnskap og bidrag til måloppnåelse:

«Jeg er kanskje litt mer opptatt av at det kan være ting som påvirker i forhold til alderdommen da. At dem har svekkelser som syn og hørsel og sånne ting som er litt viktig å ta med i forhold til hva de greier å utføre også. Ja, og kanskje litt mer forståelse for at de har en sykdom. At jeg tar det litt mer inn i tiltakene, med utførelsen av treningsperioden kanskje» (Fagperson 3).

Medisin trekkes frem som et ansvarsområde hvor sykepleieren hjelper bruker å bli selvstendig ved å øve på å bruke dosett. Sykepleieren synes fagutøverne i hverdagsrehabilitering går inn i hverandre og derfor er det vanskelig å utdype hva de bidrar med direkte tilknyttet måloppnåelse.

Helsefagarbeideren knytter kjernekompetansen til en tankegang som vektlegger at bruker skal klare mest mulig selv og som fagperson forteller «få prøve det før man tar det fra dem og gjør det for dem» (Fagperson 4). Videre trekkes trening og bruk av hjelpemidler frem som kunnskap på bakgrunn av lang erfaring innenfor rehabiliteringsfeltet. Hjelpepleier bidrar til måloppnåelse ved å trene, øve på ferdigheter og ved opplæring av hjelpemidler.

### 5.2.3. Samarbeid i rehabiliteringsforløpet

Ved samarbeid i hverdagsrehabilitering fordeles brukere mellom faggruppene og en fagutøver blir primærkontakt. Hverdagsrehabiliteringsteamene sitter på samme kontor og har derfor lett tilgang til hverandre i hverdagen, samtidig er det satt opp to faste møter i uken hvor alle deltar. På det ene møtet går de gjennom nye brukere og fordeler hvem som skal ha primæransvar. På det andre møtet går de gjennom brukere som har startet et

behandlingsforløp og status i rehabiliteringsforløpet. I møtet hvor det diskuteres nye brukere gjør hverdagsrehabiliteringsteam en vurdering over hvem som skal bli primærkontakt til brukeren. Å være primærkontakt innebærer ansvar som å kartlegge bruker, holde oversikt i rehabiliteringsforløpet og trekke inn nødvendige fagutøverne.

I fordeling av brukere opplever fagutøvere at fordelingen er etter hvem som har kapasitet til å bli primærkontakt. Primærkontakt kan også settes opp basert på hvilke behov brukeren har for fagutøverens kjernekompetanse:

«På et tverrfaglig møte hvor vi tar opp nye pasienter blir det satt opp en som blir primærkontakt. Ofte føler jeg at det er litt etter hvem som har ledig kapasitet i gruppa, men også litt hvilken bruker som passer til den enkelte fagutøveren» (Fagperson 7).

Hverdagsrehabilitering fordeler ansvar ved å velge en primærkontakt til bruker som får ansvar å kartlegge bruker, holde en oversikt i rehabiliteringsforløpet og trekke inn nødvendig fagutøvere. Ved kartleggingsbesøk tilstreber hverdagsrehabiliteringsteamene å dra to fagutøvere og det er slik de opplever å ivareta det tverrfaglige samarbeidet. Rollene fordeles mellom fagutøverne på kartleggingsbesøket hvor en får ansvar for å observere og spørre få spørsmål, mens den andre får ansvar for å gjennomgå kartleggings skjema og har videre samtaler med bruker. Kartleggingsverktøy som brukes er blant annet COPM, SPPB og IPLOS. Disse kartleggingsverktøyene knyttes til forskjellige fagutøvere hvor COPM knyttes til ergoterapeut, SPPB til fysioterapeut og IPLOS til sykepleier og hjelpepleier. En fagperson forteller om fordeling av kartleggingsverktøy slik «vi bruker måleverktøy som COPM som ergoterapeuten bruker og fysioterapeuten bruker SPPB som er sånn mål på balanse og styrke i føttene» (Fagperson 6). Selv om COPM knyttes til ergoterapeuter, er det ikke bare ergoterapeuter som bruker kartleggingsverktøyet siden alle fagutøverne har kjennskap til det gjennom å ha deltatt på kurs i COPM. En fagperson forteller dette om kartlegging:

«Men som jeg sa tidligere så er vi ofte to når vi kartlegger da i oppstarten. Det kan være greit fordi da har vi diverse spørsmål fra våres ståsteder også da vet du. Det kan være smart, at det er to som er med på kartleggingen, da har vi to forskjellige «briller» på oss skulle jeg til å si når det er flere faggrupper» (Fagperson 7).

En fagperson opplever ikke at det er spesifikke roller ved kartlegging, men at det er lurt å være to stykker ved gjennomføring av COPM. Fagutøveren deler det opp ved å sette sammen terapeut og pleier og ikke terapeut/terapeut eller pleier/pleier. Intensjonen er ifølge fagpersonen:

«Det er for å få en brei forståelse av utfordringene til brukeren. At vi ikke blir for profesjons spisset, men vi har jo jobbet såpass lenge sammen nå at vi tenker ganske bredt alle sammen da, egentlig. Men det er en måte å kvalitetssikre kartleggingen på» (Fagperson 3).

Selv om hverdagsrehabiliteringsteam tilstreber å dra pleier og terapeut på kartleggingsbesøk er det også fordeler ved å dra terapeut og terapeut. En fagperson har disse refleksjonene rundt sammensetningen terapeut og terapeut ved kartleggingsbesøk:

«Når vi går inn som ergo- og fysioterapeut får vi sett på funksjon og omgivelsene samtidig på samme besøket. Det er en utrolig god styrke synes vi da, fordi vi er veldig effektive og får diskutert sammen på besøket sammen med brukeren. Det er viktig å vurdere både omgivelser og funksjon, også se på aktivitetsutførelsen. Vi får gjort det samtidig og det er en superfordel» (Fagperson 1).

I hverdagsrehabilitering bidrar kartlegging av bruker å synliggjøre hvordan de ulike fagutøverne jobber og samarbeider i hverdagsrehabilitering ved at de har forskjellig ansvarsområder. Etter kartlegging diskuterer fagutøverne i hverdagsrehabilitering hvilke tiltak som skal settes inn for at bruker skal oppnå målet. Gjennomføringen av tiltak som settes inn for at bruker skal oppnå målet fordeles etter fagutøvernes kjernekompetanse. Denne fordelingen av kjernekompetanse i gjennomføring av tiltak knyttes til samarbeidet mellom fagutøverne slik:

«Det er viktig at samarbeidet er slik at fysioterapeuten ser litt mer på trening som skal til, ergoterapeuten ser på litt mer på aktivitet og omgivelsene. Sykepleieren kan se litt mer på det medisinske, somatiske, ernæringsmessige og sånn. Hjelpepleieren er litt sånn, kan brukes til alt skulle jeg til å si» (Fagperson 1).

Samarbeidet rundt tiltakene som settes inn for å nå målet beskrives ved at hver fagutøver tar ansvar for sitt tiltak etter hvilken kjernekompetanse fagutøveren har. I det tverrfaglige samarbeidet diskuteres det mye rundt tiltak og hva som er lurt å sette inn av tiltak før det blir tatt med tilbake til bruker. Diskusjonene rundt tiltakene er også fagbaserte hvor hver fagutøver diskuterer ut fra sitt ståsted etter kjernekompetanse. En fagutøver forteller dette om samarbeidet mellom faggruppene i hverdagsrehabilitering ved gjennomføring av tiltak:

«Vi har jo hverandre å spørre da. Sykepleieren har jo veldig god greie på det med medisin og da kan jeg, hvis jeg er en primærkontakt til bruker, ta med meg den sykepleieren hvis det er spørsmål om et større sår eller noe sykepleier greier som hun kan bedre enn meg. For å få undervisning i forhold til det. Ergoterapeuten i forhold til hensiktsmessige hjelpemidler. Og fysioterapeuten sånn i forhold til trening og opplæring i forskjellige øvelser som man ikke kjenner fra før» (Fagperson 4).

For å nå målet til bruker forteller fagpersonene at det blir satt opp et timeforslag med innsats fra forskjellige fagutøvere. En fagutøver forteller:

«Der jeg føler at det er mest en fysioterapeut som trengs, setter jeg fysioterapeuten mest på den brukeren. Og likedan med de andre profesjonene. Det er vel litt etter, du vet jo hva dem er god på og ikke god på i et sånt team» (Fagperson 1).

Videre legges det vekt på at timeplanen også settes opp etter fagpersonenes styrker og svakheter og om de matcher med bruker. Det kommer frem at «vi gjør jo deler av det alle sammen i teamet, men vi har våre spesialfelt selv da. Det som vi er gode på» (Fagperson 3).

Innenfor samarbeidet i rehabiliteringsforløpet skilles det mellom fagutøverens tilnærminger til bruker som beskrives som «terapeutisk måte» og «hjemmetjeneste måte». En fagperson tenker at hverdagsrehabiliteringsteamet ikke må være for terapeutisk overfor brukerne, men komme inn på en hjemmetjeneste måte. I den terapeutiske måten er mye fastlagt og det er mye måltenkning. Det kan skje en krasj mellom fagutøver og bruker ved den «terapeutiske måten», men det er vanskelig å sette ord på hva det kommer av. Fagpersonen fordyper hva som menes med å komme inn på en terapeutisk måte i forhold til hjemmetjeneste måte slik:

«Ja, det er jo terapeutisk måte begge delene, men jeg har jobbet mye i hjemmetjenesten. Så jeg tenker at hvis man hadde lagt om litt og vært en større del av hjemmetjenesten så hadde vi lettere fått komme inn til en del av dem, og gjort noen ting. Gått inn på de premissene som hjemmetjenesten går inn med noen ganger, til noen av brukerne, snakker ikke om hele brukergruppa nei. Og delta i vanlige stell og sånne ting. Uten å si at en er fra et hverdagsmestringsteam. Jeg tror en kunne ha jobbet med det å bli selvstendig da også, og bruke tid uten å ha gått inn på alt det her med nye vedtak» (Fagperson 3).

#### 5.2.4. Tverrfaglig samarbeid

Det kommer frem i analysen at fagutøvere i hverdagsrehabilitering opplever det som positivt å sitte på samme kontor fordi de får lett tilgang til hverandre i samarbeidet. På kontoret foregår det flere uformelle samtaler og en fagperson forteller:

«Når vi sitter sånn som vi sitter da, på samme kontoret, så blir det en del muntlig og det synes jeg fungerer veldig bra da, jeg synes det er en viktig del av det tverrfaglige samarbeidet» (Fagperson 3).

En annen fagperson forteller dette om det tverrfaglige samarbeidet:

«Jeg synes dette her, å jobbe tverrfaglig i team som jobber så tett sammen som vi gjør. Da er det en kjempe fordel fordi at en er mye mer effektiv også tror jeg man får gitt rett type hjelp når brukeren trenger det» (Fagperson 1).

Selv om fagutøverne i hverdagsrehabilitering sitter på samme kontor og jobber tett sammen skjer også en del av arbeidet individuelt. Arbeidet skjer individuelt når de drar på hjemmebesøk alene for å gjennomføre og følge opp tiltak for måloppnåelse. En fagperson forteller «vi arbeider jo veldig individuelt selv om vi er et team, fordi vi er inne stort sett en og en, så det kan gå noen dager mellom vi treffes også» (Fagperson 5). For fagutøvere i hverdagsrehabilitering oppleves det som viktig og nødvendig å lese hverandres journalnotater, fordi de har et ansvar om å holde seg oppdatert på informasjon. Selv om arbeidet med tiltak sammen med bruker skjer individuelt føler de en trygghet i hverandre. Tryggheten knyttes til

at de stoler på hverandres kjernekompetanse og har muligheten til å kunne spørre om spørsmål utenfor eget kompetanseområde.

Videre viser analysen at samarbeidet mellom fagutøverne i hverdagsrehabilitering blir påvirket av målet som er satt i samarbeid med bruker. Målet oppleves som viktig fordi det blir fagutøvernes arbeidsverktøy i samarbeidet og de kan bruke forskjellig kompetanse for å oppnå målet til bruker. Fagutøverne kan også benytte hverandres kompetanse og spørre om råd og veiledning dersom de selv ikke har kompetanse på området. Å gi støtte til hverandre ved positiv tilbakemelding og ros oppleves også som viktig da det kan gi fagutøverne motivasjon til gjennomføring av tiltak under rehabiliteringsforløpet. Samarbeidet kan også påvirke effektiviteten i behandlingsforløpet til bruker. En fagperson forteller det slik «en ting er at du har flere å reflektere med og at ting kan gå litt fortere, du får forståelse for ting litt fortere» (Fagperson 2).

#### 5.2.5. Oppsummering av hovedtema: Ulik kompetanse i hverdagsrehabilitering

I hovedtemaet ulik kompetanse i hverdagsrehabilitering er det vist hvordan samarbeidet mellom fagutøvere i hverdagsrehabilitering begynner ved oppstart og utvikling av tjenesten. Ved oppstart og utvikling er det ingen kurs eller utdanning om hverdagsrehabilitering som fagutøverne får i fellesskap og det trekkes frem som et forbedringspotensial for samarbeidet mellom fagutøverne. Faggruppene forstår seg selv og bidrag i samarbeidet viser hvordan de har forskjellig kjernekompetanse og ansvarsområder i det tverrfaglige samarbeidet. Det er vist hvordan faggruppene opplever samarbeidet i praksis ved gjennomføringen av tjenesten hverdagsrehabilitering ved å fordele ansvar ved å velge primærkontakt, kartlegge og sette opp tiltak. Ved kartleggingen av bruker tilstreber hverdagsrehabiliteringsteam å delta to på hjemmebesøket og det er forskjellige sammensetninger av fagutøvere som er mulig, terapeut og pleier eller terapeut og terapeut. Ved gjennomføring av tiltak opplever fagutøverne å jobbe individuelt hvor hver fagutøver tar ansvar for sitt fagfelt og bidrar med sin kjernekompetanse. Selv om fagutøverne jobber mer individuelt ved gjennomføring av tiltak opplever de en trygghet i hverandres kjernekompetanse. Hvis fagutøveren har spørsmål om noe utenfor egen kjernekompetanse, oppleves det som effektivt å kunne rådføre med andre fagutøvere i hverdagsrehabiliteringsteamet. Å ha muligheten til å spørre om spørsmål utenfor eget fagfelt oppleves som en trygghet og en styrke som gjør tjenesten hverdagsrehabilitering mer effektiv.

### 5.3. Samarbeid med fagutøverens tankesett og perspektiver

Hovedtemaet samarbeid med fagutøverens tankesett og perspektiver har tre undertema. Det første undertemaet «opplevelse av samme tankesett og mål ved samarbeid» handler om fagutøverenes opplevelser av å dele samme tankesett i samarbeidet. Fagutøverne opplever også å jobbe mot det samme målet og legger vekt på brukers selvbestemmelse. I fagutøverenes beskrivelser av hverdagsrehabilitering vises det hvordan fagutøverne opplever tjenesten. Det andre undertemaet «hverdagsrehabilitering i samarbeid med hjemmetjenesten» beskriver samarbeidet med hjemmetjenesten som viktig for fagutøverne og hvordan samarbeidet foregår med samme brukere på samme arena som er brukers hjem. Det tredje undertemaet «ulike tankesett og tilnærminger i samarbeid med hjemmetjenesten» viser fagutøverenes opplevelser med utfordringer i samarbeidet på grunn av ulike tankesett som gir ulike tilnærminger til bruker.

#### 5.3.1. Opplevelse av samme tankesett og mål ved samarbeidet

Det kommer frem i analysen at fagutøvere i hverdagsrehabilitering deler samme «tankesett». Dette tankesettet har en betydning i samarbeidet mellom fagutøverne i hverdagsrehabilitering da det bidrar til at fagutøverne opplever å jobbe mot det samme målet. Hverdagsrehabilitering har en politisk visjon som verdsetter «hverdagsmestring» og det er tankesettet de jobbet etter. En fagperson forteller «det var i 2014 politisk bestemt at vi skulle, alle som jobber innenfor helse skulle ha hverdagsmestring som grunnleggende tankesett til brukeren da. Så det er egentlig en retningslinje vi går etter» (Fagperson 1). Ved alderdom har hverdagsrehabilitering et tankesett som tilsier at mennesker uansett alder har rett på aktiviteter og deltakelse i samfunnet. En fagperson legger det frem slik «at det alder, nei jeg synes ikke det er noe som skiller seg ut sånn spesielt jeg nei. Om de er noen og nitti så vil dem ha tilbake livene sine» (Fagperson 7). Fagutøverne i hverdagsrehabilitering motiverer brukerne til å være aktive og tilrettelegger for aktivitet uavhengig av alder. Alder har ikke noen betydning for motivasjonen i hverdagsrehabilitering og brukere kan også være overraskende unge når de begynner å ønske hjelp. Det er noen som er litt over 70 år med god funksjon som tenker «nei, nå er jeg så gammel at det nå vil jeg ikke gjøre det der selv lenger, nå skal dere få hjelpe meg å smøre mat og vaske meg på ryggen og nå vil jeg ha hjelp til dusjing». (Fagperson 7).

Når faggruppene i hverdagsrehabilitering forteller om hva som er målet med hverdagsrehabilitering fokuserer de på brukers mål og selvbestemmelse. Fagutøverne legger



vekt på at målet er noe bruker ønsker å oppnå i fremtiden hvor en fagutøver forteller at «ja, det er jo noe du ønsker å ville gjøre da. Som du ikke klarer nå, men som du gjerne vil klare i fremtiden» (Fagperson 4). En annen fagutøver forteller det slik «for oss i hverdagsmestring så handler det jo om mål som tilhører hverdagen. Et mål, noe som du ikke klarer nå, men som du ønsker å få til» (Fagperson 2). Med tilknytning til begrepet funksjon forteller en fagutøver at «målene blir satt til brukeren for at hun skal komme tilbake til sin bistand før funksjonsfall da» (Fagperson 7). Ved fagutøvernes fortellinger om et overordnet mål ved hverdagsrehabilitering legges det vekt på selvbestemmelse da bruker skal sette egne mål. Dette målet blir sett på som en «felles målsetting» fordi faggruppene skal «hjelp brukeren å nå målene den har satt seg» (Fagperson 3). En fagutøver forteller om selvbestemmelse slik:

«Det er jo det med selvbestemmelse kan du si da, at brukeren skal definere livet sitt selv. Vet ikke helt hvilke ord jeg skal bruke på det, men du skjønner sikkert hva jeg mener. At du skal være herre i eget liv tenker jeg er et overordnet mål da. Så det gjelder at det du har mulighet til å klare selv skal du få støtte til å klare selv da» (Fagperson 5).

En annen fagperson legger frem erfaringer som knytter selvbestemmelse til en indre motivasjon:

«Vi synes jo at mål er noe brukeren er med å sette da at det ikke er helsevesenet sitt mål, men at det må være brukeren sitt mål, det er fornuftig for da utløser det en sår type indre motivasjon, det må være indre motivasjon for å nå et mål. Det er viktig» (Fagperson 6).

Samtidig som at bruker skal sette egne mål er fagutøverne som samarbeider i hverdagsrehabilitering opptatt av at målene skal være «smarte».

«Målet er dit du ønsker å komme. Det er en framtidvisjon som er knyttet opp til det som er meningsfullt for brukeren. Så er vi opptatt av at målene skal være smarte da, altså spesifikke, målbare, ansporende, realistiske og tidsavgrenset og, ja det var det smarte». (Fagperson 1).

Hverdagsrehabiliteringsteam legger også vekt på hvordan tjenesten hverdagsrehabilitering kan ha en positiv innvirkning på samfunnsøkonomien. For fagutøverne i hverdagsrehabilitering er det viktig å legge vekt på at de fokuserer på at bruker skal ha det bra, men samtidig gjør refleksjoner rundt samfunnsøkonomi. En fagutøver gjør disse refleksjonene rundt hverdagsrehabilitering og samfunnsøkonomi:

«Staten har jo et overordnet mål med å satse på hverdagsrehabilitering. Ja, det er jo et overordnet mål at folk skal leve gode liv der de klarer seg bra. Det er jo en ting, også er det jo selvfølgelig sånn at hvis folk klarer seg selv kreves mindre ressurser fra hjelpeapparatet. Det krever mindre hjemmesykepleie, det krever mindre av det meste» (Fagperson 6).

Fagutøveren trekker frem at de som fagutøvere ikke skal tenke på samfunnsøkonomi fordi det er ikke så viktig for dem å tenke på. En annen fagutøver gjør disse refleksjonene rundt hverdagsrehabilitering og samfunnsøkonomi:

«Vi jobber mot at de skal ta tilbake ressursene som de hadde før, så reduserer vi jo timeantallet til hjemmetjenesten gjennom det også. Mange ganger så har dem ikke hjemmetjenester i det hele tatt etter dem har hatt hverdagsrehabilitering. Veldig gode resultat da» (Fagperson 3).

Faggruppene beskriver også jobben sin i hverdagsrehabilitering ved å legge vekt på at det er «godt å jobbe mot et mål og du ser fremgang da» (Fagperson 7). En fagutøver uttrykker tanker om jobben sin slik:

«Jeg er veldig fornøyd med jobben min da jeg synes det er helt topp å få jobbe med, jobbe på den måten her, fordi vi får lov å jobbe med dem som har rehabiliteringspotensiale og gi dem ekstra oppmerksomhet og bra med tid, så dem er jo så fornøyd stort sett» (Fagperson 5).

En annen fagutøver forteller dette om hverdagsrehabilitering:

«Et veldig fint prosjekt egentlig som har kommet i gang flere plasser i landet. Jeg ble overbegeistret da jeg hørte om det første gangen, da hadde de undervisning for oss om

hvordan de jobbet å, ja det synes jeg var supert at brukere som hadde vært på rehabilitering kunne komme hjem til kommunen sin og fortsette prosessen i hjemmet sitt». (Fagperson 4).

### 5.3.2. Hverdagsrehabiliteringsteam i samarbeid med hjemmetjenesten

Det tverrfaglige teamet i hverdagsrehabilitering samarbeider med hjemmetjenesten og beskriver samarbeidet som viktig. Samarbeidet med hjemmetjenesten beskrives som viktig fordi de jobber med mange av de samme brukerne, de har samme arena for arbeidet som er hjemmet og hjemmetjenesten kan komme med aktuelle brukere til hverdagsrehabilitering. Hverdagsrehabiliteringsteamet deltar på møter med hjemmetjenesten flere ganger i uken, men de rullerer på hvem i teamet som deltar på møtene. De deltar på morgenrapport og brukermøter med hjemmetjenesten, samt at de er lokalisert slik at hverdagsrehabiliteringsteamet kan møte hjemmetjenesten hver dag for å diskutere brukere. En fagperson forteller at kontoret til hverdagsrehabilitering skal flytte og at de beholder et kontor på samme sted som hjemmetjenesten. Fagpersonen sier at «det er ganske greit å ha kontoret lokalisert så tett med hjemmetjenesten og vi kommer til å ha kontor både her og der da» og informanten forteller videre at «vi er litt avhengig av dem begge veier da» (Fagperson 2). Det trekkes frem som viktig at de har noen i teamet som har jobbet i hjemmesykepleien, en fagperson forteller:

«Det er også veldig viktig at sykepleieren i teamet vårt har jo også jobbet flere år i hjemmesykepleien og kjenner deres verden godt og vet hvordan man kommuniserer med dem og deres måte å jobbe på. Det er også kjempeviktig, det er en litt sånn uformell kunnskap på en måte» (Fagperson 6).

Hjemmetjenesten er ikke bare en viktig samarbeidspartner, men knyttes også til målsetting i hverdagsrehabilitering. Hjemmetjenesten kan bidra til å finne aktuelle brukere til hverdagsrehabilitering og de kan ha tanker om utfordringer bruker har, som de mener hverdagsrehabilitering kan hjelpe dem med. En fagperson forteller at:

«Det er litt sånn hjemmesykepleien kan jo komme å si at «*hun hadde helt sikkert klart å dusje seg selv*» men hvis det på en måte ikke er noe den brukeren er motivert for, så blir det egentlig ikke er mål som blir satt opp heller da» (Fagperson 5).

Måloppnåelsen til brukeren måles også opp mot hjemmetjenesten ved endt hverdagsrehabiliteringsforløp. En fagperson forteller:

«Når vi starter opptreningen til en person så har den ti timer hjemmehjelp i uken, hjemmehjelp av hjemmetjenester. Også kanskje vi har hatt et treningsopplegg der hvor vi har øvd på ferdigheter og trenet fysisk funksjon i 6 uker også ser vi at de har kommet ned i timeantallet der da, og da rapporterer jo, vi skriver jo ned det da og rapporterer til fastlege og har statistikk på det da» (Fagperson 6).

Hverdagsrehabiliteringsteamet følger dermed med på antall timer bruker har med hjemmetjenester før og etter et hverdagsrehabiliteringsforløp. Hverdagsrehabiliteringsteamet kan også ta over eller delta på oppdrag til hjemmesykepleien og en fagperson forteller at:

«Mange av brukerne vi har kan være brukere som også hjemmesykepleien går til. Og noen ganger hvis vi har brukere som har som mål for eksempel å bli mer selvstendig i morgenstell, så tar vi oppdragene til hjemmesykepleien noen ganger (Fagperson 2)».

### 5.3.3. Ulike tankesett og tilnærminger i samarbeidet med hjemmetjenesten

Fagutøverne i hverdagsrehabilitering samarbeider med hjemmetjenesten og opplever utfordringer ved samarbeidet som fagutøverne knytter til «ulike tankesett». En fagperson knytter tankesett opp til bakgrunnen for samarbeidet med hjemmesykepleien slik:

«Jo hva skal jeg si da. Hva er bakgrunnen til samarbeide, det er jo å få til mere hverdagsrehabilitering og få dem til å tenke kanskje litt, likt som oss. Få pasienten til å gjøre ting selv og tenke den tanken. Og likt å få dem til å henvise brukere til oss som kanskje er ny eller gamle også da for den del» (Fagperson 4).

En annen utfordring er hvordan hverdagsrehabilitering og hjemmetjenesten kan jobbe mot hverandre tilknyttet tiltak som skal sikre måloppnåelse for bruker. Her trekkes det også frem «samme tankegang» ved gjennomføring av tiltak fra hverdagsrehabilitering og tjenester fra hjemmetjenesten. For å oppnå målene som er satt i hverdagsrehabilitering settes det opp en ukeplan hvor forskjellige fagutøvere er inne og øver på ferdighetene. En fagperson forteller at:

«Alle faggruppene er med å tenke likt og gjerne formidler det til andre faggrupper som er involvert også. Hvis hjemmetjenesten er inne, prøve å få dem med på samme tankegang. Hvis det handler om å trekke på seg støttestrømper på egen hånd, så er det veldig dumt at vi driver og øver på det tre dager i uken også kommer hjemmetjenesten og trekker det bare på hver morgen, så må prøve å involvere alle som, som møter brukeren» (Fagperson 3).

En annen fagperson forteller om samme utfordring slik:

«Men målet for oss som jobber med hverdagsrehabilitering er jo å gjøre en jobb da, som gjør at du kan komme tilbake til den funksjonen du hadde før det funksjonsfallet da. Det er jo målet, vi jobber også opp imot hjemmetjenesten, for dem er jo ganske snar til å ta i fra folk, hva skal jeg si, ressursene som brukerne har da som kan bli varig tatt i fra tenker jeg hvis du får for mye hjelp. Så vi jobber mot at de skal ta tilbake ressursene som de hadde før da, brukerne, så reduserer vi jo timeantallet til hjemmetjenesten gjennom det også. Mange ganger så har dem ikke hjemmetjenester i det hele tatt etter dem har hatt hverdagsrehabilitering, så da. Veldig gode resultat da».  
(Fagperson 7).

Det viser seg at hverdagsrehabilitering og hjemmetjenesten kan jobbe med ulike tankesett knyttet til tilnærmingen til brukeren og dette oppleves som en utfordring da hjemmetjenesten kan jobbe mot hverdagsrehabiliteringens tiltak for måloppnåelse.

I analysen kommer det frem at en forbedringsmulighet i hverdagsrehabilitering knyttes til samarbeidet med hjemmetjenesten og betegnelsen å ha «samme tankegang». Tjenesten hverdagsrehabilitering har forskjellige modeller og den ene modellen er en spesialistmodell og den andre modellen benytter seg av hjemmetrenere. En fagperson forteller:

«Ja det er jo sånn at hverdagsrehabilitering har jo forskjellige modeller som dem er bygd opp på. Vi har en spesialistmodell der vi gjør all jobben selv, vi har ikke hjemmetrenere i den modellen vi bruker nå. Og det var sånn som det var lagt opp når det prosjektet her startet, fra dem lederne så var det lagt opp sånn. Jeg har på en måte hele tiden tenkt at å ha noen fra hjemmetjenesten som er knyttet opp mot hverdagsrehabilitering og som kunne hatt en fot i hver leir da, hadde vært gunstig for

samarbeidet og for å på en måte lette implementere «hverdagsmestring» som tankegang i hjemmetjenesten» (Fagperson 5).

En annen fagperson sier at «ja, vi som team må tenke om det er andre måter og samarbeide på. Hvordan vi skal klare det litt bedre med hjemmetjenesten kanskje, hvordan måte vi kan gjøre det på». (Fagperson 3).

#### 5.3.4. Oppsummering av hovedtema: samarbeid med fagutøverens tankesett og perspektiver

I hovedtemaet samarbeid med fagutøverens tankesett og perspektiver er det vist hvordan fagutøvere i hverdagsrehabilitering opplever å samarbeide med det samme tankesettet «hverdagsmestring». Fagutøvere opplever også å samarbeide mot samme mål i hverdagsrehabilitering, og legger vekt på at det er bruker sitt mål de samarbeider for. Et overordnet mål i hverdagsrehabilitering er selvbestemmelse for å sikre at bruker blir «herre over eget liv». Fagutøverne som samarbeider i hverdagsrehabilitering opplever at det er godt å jobbe mot et mål, gi bruker oppmerksomhet og ser det som en fordel å kunne jobbe i hjemmet til bruker. I hverdagsrehabiliteringsteam anses hjemmetjenesten som en viktig samarbeidspartner. Fagutøverne i hverdagsrehabilitering deltar på møter sammen med hjemmetjenesten, deler brukere og etter endt rehabilitering vurderes timeantallet for behov for tjenester til hjemmetjenesten. I samarbeidet med hjemmetjenesten opplever fagutøverne i hverdagsrehabilitering utfordringer på grunn av ulike tankesett. Utfordringene er knyttet til at de kan jobbe mot hverandre ved tiltak som kan gjøre det problematisk for bruker å oppnå målet i rehabiliteringsforløpet.

#### 5.4. Hverdagsrehabilitering med bruker i sentrum

I hovedtemaet hverdagsrehabilitering med bruker i sentrum er det fire undertema. Det første undertema er «beskrivelser av hverdagsrehabilitering» hvor målgruppen med inklusjons- og eksklusjonskriterier blir presentert. Deretter hvordan fagutøveren beskriver seg selv og tjenesten hverdagsrehabilitering for brukeren. Det andre undertemaet er «COPM som kartleggingsverktøy» hvor utfordringer med forståelsen rundt kartleggingsverktøyet og målsetting presenteres. Det tredje undertemaet er «målsetting for hverdagsrehabilitering» som fokuserer på at bruker skal sette egne mål og påvirkningsmuligheter for fagutøveren trekkes frem. Det fjerde undertema er «formulering ved målsetting» hvor det legges vekt på fagutøverens påvirkning av målsetting gjennom gradering og formulering av målet.

#### 5.4.1. Beskrivelser av hverdagsrehabilitering

Fagutøverne i hverdagsrehabilitering har et stort fokus på hvordan de samarbeider om og med brukere. Det er et mangfold av brukere som får tilbud om hverdagsrehabilitering.

Brukergruppen som kan få tilbud om hverdagsrehabilitering er bestemt gjennom kriterier for å kunne motta tjenesten og kriterier for de som ikke kan motta tjenesten. Kriteriene for å motta tjenesten hverdagsrehabilitering er blant annet at bruker må bo hjemme, bruker må kunne sette egne mål, tjenesten kan tilbys fra 18 år og bruker må ha hatt et funksjonsfall. Videre kan tjenesten hverdagsrehabilitering gis til nye brukere i hjemmetjenesten eller hvis det kommer søknader på hjelpemidler til nye brukere. Kriteriene for at bruker ikke kan motta tjenesten hverdagsrehabilitering er blant annet hvis bruker har kognitive utfordringer, demens, rus eller psykiske utfordringer, tjenesten tilbyr ikke spesialisert rehabilitering og brukere som ikke er motivert får ikke tilbud. Selv om hverdagsrehabilitering har aldersgrense fra 18 år er det flest brukere som er mellom 60 til 100 år, og derfor blir brukere ofte omtalt som eldre mennesker.

Brukere som får tilbud om hverdagsrehabilitering, er knyttet til kriterier som skal sikre at de kan nyttiggjøre seg av tilbudet og samarbeide med faggruppene. Analysen viser at fagutøvere opplever at brukere ikke alltid forstår hva tilbudet om tjenesten hverdagsrehabilitering innebærer. En fagperson forteller at «mange skjønner ikke hva vi er» (Fagperson 4). Fagutøveren i hverdagsrehabilitering må fortelle om tjenesten hverdagsrehabilitering og hvorfor brukere får tilbudet. En fagperson legger frem utfordringen slik «det kan være litt utfordrende noen ganger det å, fordi noen brukere kan oppleve det som litt overveldende at det kommer en person og spør om så mye spørsmål». Videre forteller fagpersonen at:

«Men da må du jo forklare, og det kan man være flinkere til, det å lage gode rammer når du kommer på et hjemmebesøk og fortelle gangen i det og hvorfor vi gjør det vi gjør. Det er en ting som vi glemmer, når du jobber så mye med det så glemmer man det noen ganger, fordi du vet det så godt selv» (Fagperson 1).

En annen fagperson forteller dette til brukeren for å beskrive tjenesten hverdagsrehabilitering «da sier vi at vi er et tverrfaglig team som jobber med trening hjemme og jobber med daglige aktiviteter, eller hverdagslige aktiviteter. Også er det viktig å si at vi er gratis» (Fagperson 2). Informasjonen om at det er gratis er viktig å komme med tidlig. Videre forteller informant

«et annet argument er at kommunen er pålagt ved lov å jobbe forbyggende fordi det er mange som har den der «*ja, men det finnes andre som trenger hjelpen mye mere*» og videre sier fagpersonen at «men hvis de hører det der med forebygging, at kommunen er pålagt å jobbe forebyggende, det hører dem litt på» (Fagperson 2). Fagutøveren i hverdagsrehabilitering opplever dermed at de må bruke tid sammen med bruker for å informere, beskrive tjenesten og hvorfor bruker får tilbudet om hverdagsrehabilitering i samarbeidet med bruker.

#### 5.4.2. COPM som kartleggingsverktøy

Fagutøverne i hverdagsrehabilitering bruker forskjellige beskrivelser av tjenesten fordi de opplever det kan være utfordrende for bruker å forstå. Det kommer også frem under analysen at fagutøvere opplever at kartleggingsverktøyet COPM kan være utfordrende å forstå og anvende for bruker. Det er spesielt to områder i kartleggingsverktøyet COPM som fagutøverne trekker frem som utfordrende for bruker og det er score og målsetting. For brukerne som ikke forstår COPM eller synes det er utfordrende kan fagutøveren velge å bruke andre kartleggingsverktøy. En fagutøver sier dette om kartlegging:

«Det er ikke bestandig at jeg liker å bruke det da til de eldre, det der COPM. Bruker for mye tid på ja, det der med å sette score og mange ganger at en heller kunne brukt en rehabiliteringsplan, eller gjort det litt enklere for brukeren» (Fagutøver 4).

Fagutøvere som skal gjennomføre COPM kan oppleve at det er et vanskelig kartleggingsverktøy for eldre brukere og det gjør at fagutøveren må omstille seg i samarbeidet med bruker. Målsetting i COPM skjer ved å identifisere utfordringer i aktivitet, for å så score hvor viktig den aktiviteten er for deg på en skala fra 1 til 10. En fagperson forteller om COPM som kartleggingsverktøy:

«COPM forteller aktivitetsutfordringer brukeren har i hverdagen, også hvor betydningsfullt de ulike utfordringene er for brukeren å mestre. Også gir det en indikasjon på dagens utførelse av aktivitetene og hvor tilfreds de er med den utførelsen, det er et tallsystem fra 1 til 10, som bruker setter selv. Det er det som er forskjell på COPM og andre kartleggingsverktøy, det er at det er brukeren selv som vurderer utførelse og tilfredshet. Det kan være litt utfordrende å bruke scoring fra 1 til 10 med de eldste brukerne, det er mange eldre som sliter med det. Jeg vet ikke hvorfor, men det er veldig vanskelig for eldre. De vil ikke svare feil på en måte. Også



blir dem usikker da vet du, men det går som regel bra da. Scoringen er ikke det viktigste da. Det viktigste er å komme frem til mål som er viktig å mestre for brukeren» (Fagperson 1).

En annen fagutøver forteller dette knyttet til scoring i COPM «for det blir litt mye score, det der scoreopplegget for noen som er gammel, det kan å være litt sånn utfordrende, å sette tall» (Fagperson 5). Bakgrunnen for hvorfor det er vanskelig med scoring kan være slik «jeg tror det er uvant for den generasjonen rett og slett, å tenke sånn, å forholde seg til papir og ja, og scoringskort» (Fagperson 3). Fagpersonen tror det er utfordrende for de eldre fordi det er uvant for dem da de ikke er vant til å forholde seg til tall gjennom for eksempel spørreundersøkelser. Fagperson forteller at brukeren ofte kan si:

*«Nei velg du da»* så sier fagpersonen *«nei jeg kan ikke velge for deg»* også må du på en måte hjelpe dem litt da, ja der må du være litt forsiktig fordi der har en egentlig anledning til å påvirke scoren til dem som er usikker med å liksom si *«ja, men du klarer det jo kjempe bra, du må jo være langt oppi her»* også kan de bare *«jaja, sett du»*. Altså, det skal jo være ut fra hva de selv opplever. Og det er litt rom for feilvurdering, det blir ikke helt realistisk bestandig når de graderer selv» (Fagperson 5).

Ved at de eldre brukerne ikke forstår scoring i COPM opplever fagutøvere at de kan få en mulighet til å påvirke scoring. En annen fagutøver forteller at:

*«Det er ikke så enkelt å bruke det verktøyet på de som er eldre der de må sette seg mål å score poeng, da gjør vi ikke det heller. Da setter vi målet, men det er liksom det å prate med brukeren da. Der problemene kommer frem, også tar vi liksom sånn et sammendrag av samtalen og det du sier, at du har lyst til å gå på butikken sånn som du gjorde før»* (Fagperson 3).

Dette viser at fagutøverne opplever at eldre brukere kan synes det er utfordrende å score og en fagperson tror det er fordi det går på en skala fra 1 til 10, men at det kunne «vært lettere å score mellom 1 og 3» (Fagperson 4). En fagperson sier det er viktig å få frem at:

«Det fornuftig å bruke god tid på det med kartlegging. Bruker du god tid på kartlegging og det å sette mål med brukeren så er det lettere å finne egen motivasjon for brukeren og da jobber de enda bedre, så det å bruke litt tid på kartlegging er fornuftig» (Fagperson 2).

#### 5.4.3. Målsetting for hverdagsrehabilitering

I hverdagsrehabilitering er det brukeren som skal sette egne mål etter hva som er viktig å mestre av hverdagsaktiviteter. En fagperson forteller dette om at bruker skal sette egne mål «for det er jo det som er hensikten, det er jo dem som er sjefen der. Ellers så gjør vi ikke jobben vår» (Fagperson 2). Det kommer frem i analysen at fagutøvere opplever det kan være utfordrende for bruker å sette mål i hverdagsrehabilitering. En fagperson forteller det slik «det er ikke bestandig så lett for dem å skjønne det der med mål og hvorfor skal en ha det, en mål liksom, for noen så må man jobbe ganske mye for å finne noen mål». Fagpersonene forteller videre «det er jo selvsagt sånn at den som skal skrive ned målene må av og til gi dem litt hjelp» (Fagperson 5). Alle fagutøverne forteller at det er brukeren som setter målet selv, men likevel kommer det frem i analysen at fagutøverne i hverdagsrehabilitering har en mulighet til å påvirke brukeren i målsetting. En fagutøver forteller det slik:

«Det er jo bruker selv som setter målet, vi setter ikke noe mål for brukeren vi. Vi spør hva som er viktig for deg, men så hender det at vi hjelper dem litt på vei. For det kan være noen som ikke helt skjønner spørsmålet også da. Så da må vi hjelpe dem litt på vei, for eksempel spørre litt om hva de har gjort før som de ikke får til nå. Det kan jo være det at du skulle kunne gått ut å hente posten din, at du kunne stelt deg selv og være selvstendig. Og da kan vi påvirke målene i høy grad egentlig» (Fagperson 7).

En annen fagperson forteller dette om påvirkning ved målsetting:

«Vi kan jo etterspørre om det er det dem mener, fordi det er mange eldre som kan ha problemer med å sette mål da. Så vi må liksom hjelpe dem på vei, også samtale litt rundt det. Det er ganske stor forskjell på hvor godt de kan utdype seg fra alder og kognisjon. De eldste eldre kan ha vanskeligheter for å score blant annet. Kan være vanskelig å skjønne den type spørsmål» (Fagperson 4).

Spørsmålene som kan være vanskelig å forstå for bruker knyttes til hvordan de utfører aktiviteter. COPM og målsetting trekkes frem som en forbedringsmulighet i målsetting av en fagperson som legger det frem slik «må man bare tenke at man ikke skal være så formell med disse papirene til de eldste eldre da. Fordi jeg tror det kan skremme bort noen» Videre forteller fagpersonen «ja, at det kan bli for mye å forholde seg til for dem. Med timeplan og med» (Fagperson 3). I samarbeidet med brukeren opplever fagutøvere i hverdagsrehabilitering at hvordan de kommuniserer kan forbedres. En fagperson legger det frem slik:

«Altså måten man kommuniserer på. Det der med å være flink til å jobbe med å stille åpne spørsmål, sånn at man ikke legger sine egne tanker og formeninger om hvordan folk skal leve. Fordi da får man enda mer forståelse hvis bruker får si mest mulig» (Fagperson 2).

I hverdagsrehabilitering oppleves det som viktig for fagutøverne at brukeren setter målet og en fagperson har disse tankene om målsetting:

«Ja, er på en måte grunnmuren til hele teamet egentlig, fordi det skal jo få frem hva som er viktig for brukeren. Og jeg synes det er veldig gøy å ha, og det er jo mer og mer fokus på det der med brukerstyring, ikke brukervedvirkning, men brukerstyring. Jeg husker det var et veldig bra foredrag med en som heter Nils Erik Næss, (stedskommentar), han var jo med å innføre hverdagsrehabilitering i Norge. Og det der med å sette ordet brukervedvirkning, hva er det for noe, skal en bruker få lov å medvirke i sin hverdag i sitt liv? den skal jo styre det. Det synes jeg var bra sagt» (Fagperson 2).

Brukeren skal sette egne mål, og dette målet er også viktig for fagutøverne som skal bidra brukeren å oppnå målet. En fagperson har disse tankene om mål:

«Ja. Så det er jo satt for bruker, samtidig som at det er et arbeidsverktøy for oss også. Ja. Sånn at det blir litt målrettet. Målrettet jobb da, for hvis en ikke har noen mål å jobbe etter så blir det jobb i blide, det blir ikke så konkret» (Fagperson 3).

Selv om det er et fokus på at bruker skal sette egne mål og dette er retningsgivende for fagutøverne, kan de også selv påvirke målsettingen. Ved spørsmål om «hvilken mulighet har profesjonene til å påvirke målene som blir satt?» svarer en fagperson:

«Det har vi. Vi må alltid påpeke at det bruker selv som skal sette målene sine. Men etter hvert som vi kjenner dem, og hvis vi hører at dem har, gjennom å se dem i hverdagen, jeg ser du har utfordringer med det er det viktig for deg å jobbe med det. Men det er alltid, vi skal ikke gjøre det sånn at vi sier det skal du jobbe med, altså det er en samtale med bruker om at, jeg har noen råd her hvis du vil høre på dem, er du interessert» (Fagperson 2).

Videre forteller fagpersonen at de har mye kompetanse de ønsker å dele med brukeren, men sier også «det må vi gjøre bruker oppmerksom på, det blir opp til brukerens selv om de vil gjøre noe med det» (Fagperson 2).

#### 5.4.4. Formulering ved målsetting

I samarbeidet mellom hverdagsrehabiliteringsteamet og brukeren er det brukeren som skal sette mål. Det kommer frem i analysen at fagutøveren i hverdagsrehabiliteringsteamet opplever å ha mulighet og kan påvirke målsettingen til bruker. Fagutøveren har mulighet til å påvirke målsettingen gjennom gradering av mål og målformulering. Når brukeren har satt sitt mål gjør fagutøveren en vurdering av hvor realistisk dette målet er å oppnå for brukeren. Hvis fagutøveren vurderer at målet er urealistisk eller ikke egnet for værsesongen kan fagutøveren foreslå å gradere målet ved å sette opp delmål og hovedmål. Fagutøveren kan da påvirke målet ved å gradere målet eller velge å sette det som langsiktig eller kortsiktig, hvor fokuset rettes mot det kortsiktige målet under rehabiliteringsforløpet. Fagutøveren kan også hjelpe til med formuleringen av målet til bruker. En fagperson forteller det slik:

«Hvis brukeren sier at *«ja, jeg ønsker å komme meg til Kiwi alene igjen»* og en ser at det ikke er et realistisk mål så kan en si at *«ok, det langsiktige målet er at du skal klare det igjen selv»* også kan du sette opp sånne små eller mindre mål der du skal klare å bli med å handle sammen med noen i butikken, eller at du hjelper å gradere litt så du har større sjanse for å nå det da. Men vi har jo en del langsiktige mål også, fordi det er jo veldig mye vær og føre som ødelegger ganske mye på den tiden her. Så når våren

kommer så kommer dem til å klare en del av målene og da er dem jo på en måte realistisk, men dem er litt mer langsiktig da» (Fagperson 5).

En annen fagperson legger det frem slik «nei vi snakker jo rundet det da, hele tiden egentlig. Og hvis man tenker at dette er veldig urealistisk så prøver vi kanskje å bruke lenger tid på det og hjelper dem til å omformulere det på en måte» (Fagperson 4). Selv om fagutøver kan synes målet er urealistisk legges det også vekt på at det er viktig å «ikke ta fra dem motet heller, eller håpet om ting også» (Fagperson 3).

En fagperson forteller om urealistiske mål:

«Det kan være noen mål som er urealistiske da. Det er vanskelig for oss å bedømme hva som er urealistisk på et så tidlig stadium, men hvis det er noe som er helt hårreisende da, så plukker vi det ned, det er jo en del av prosessen det også. Men vi har aldri opplevd noe sånn, helt på tryne målsettinger. Ofte er det for lite kanskje, at vi må pushe dem litt» (Fagperson 1).

En annen fagperson forteller: «jeg er veldig forsiktig med å si «det her er et urealistisk mål, det hadde jeg ikke ville settet meg». Da prøver jeg heller å legge til rette situasjoner der de kan klare å se det og si det selv» (Fagperson 2).

#### 5.4.5. Oppsummering av hovedtema hverdagsrehabilitering med bruker i sentrum

I hovedtemaet hverdagsrehabilitering med bruker i sentrum vises det hvordan fagutøvere opplever at bruker ikke forstår tjenesten hverdagsrehabilitering. Derfor anser fagutøvere at det er viktig å bruke tid og beskrive hverdagsrehabilitering til brukeren som skal motta tilbudet. Under kartlegging med bruk av COPM opplever fagutøvere at bruker kan ha utfordringer, spesielt knyttet til scoring og målsetting. For fagutøverne i hverdagsrehabilitering anses det som viktig at det er bruker som setter målet, men fagutøverne har også muligheter til å påvirke målsetting for bruker. En påvirkningsmulighet er formuleringen av målet ved blant annet gradering mellom kortsiktige og langsiktige mål.

## Kapittel 6. Diskusjon av funn

### 6.1. Innledning

I dette kapitlet vil jeg diskutere problemstillingen «hvordan opplever fagutøvere i hverdagsrehabilitering samarbeid?» ut fra de empiriske funnene presentert i kapittel 5. Formålet med studien som er å få en innsikt i hvordan samarbeidet i hverdagsrehabilitering oppleves fra fagutøverens perspektiv. Diskusjonen er organisert etter hovedmønster i den tematiske analysen og det er følgende tre hovedmønster som er vesentlige for hvordan fagutøvere opplever samarbeid i hverdagsrehabilitering: 6.2 ambivalens i samarbeidet mellom fagutøverne, 6.3 felles opplevelse av hverdagsrehabilitering som noe meningsfullt og 6.4 manglende forståelse fra bruker i samarbeidet.

### 6.2. Ambivalens i samarbeidet

I dette avsnittet diskuterer jeg hvordan samarbeidet mellom fagutøvere i hverdagsrehabiliteringsteam kan være preget av ambivalens på bakgrunn av fagutøverens opplevelser ved samarbeidet. Begrepet ambivalens betyr å være preget av motstridende følelser (snl.no, 2019). Ambivalens kan oppleves om et ubehag ved å ikke klare å lese en situasjon riktig og velge mellom alternative handlinger som fører til en ubeslutsomhet (Bauman, 1991, s. 1). For det første kan ambivalens knyttes til oppstart med tverrfaglig samarbeid i hverdagsrehabilitering som viser hvordan samarbeidet om utformingen av hverdagsrehabilitering ble gjennomført uten noen felles utdanning eller kurs. I funnene fra denne studien fremstår det å være ulikt kompetansegrunnlag for læring om hverdagsrehabilitering som gir fagutøverne i samarbeidet rom for ulike tolkninger. For det andre kan ambivalens knyttes til kjernekompetansen hver fagutøver tar meg seg inn i samarbeidet, som analyseres i lys av ICF og hvordan samarbeidet preges av forskjellige typer kompetanse. For det tredje kan ambivalens knyttes til selve samarbeidet mellom fagutøverne i rehabiliteringsforløpet og de handlingsalternativ som vektlegges i kartlegging og i gjennomføring av tiltak.

### 6.2.1. Oppstart med tverrfaglig samarbeid i hverdagsrehabilitering

Samarbeid mellom ulike faggrupper er viktig i tjenesten hverdagsrehabilitering (Tuntland & Ness, 2014, s. 30). I denne studien bekreftes samarbeidet som vesentlig mellom faggruppene i hverdagsrehabilitering.

«Jeg synes dette her, å jobbe tverrfaglig i team som jobber så tett sammen som vi gjør. Da er det en kjempe fordel fordi at en er mye mer effektiv også tror jeg man får gitt rett type hjelp når brukeren trenger det».

Samarbeidet mellom faggruppene begynner med at de blir ansatt i prosjektstillinger for å utforme tjenesten hverdagsrehabilitering sammen. En studie av Birkeland, Langeland, Tuntland, Jacobsen, Førland (2018) viser til forprosjekt med utforming av hverdagsrehabilitering i flere kommuner og hvordan faggruppene jobbet sammen for å utvikle tjenesten. I forprosjektet jobbet de tett sammen og de kunne lære av hverandre da de bidro med forskjellig kompetanse. Ved faggruppens beskrivelser av prosjektet hverdagsrehabilitering og hvem som bestemte fagutøverne som skulle ansettes i prosjektstillinger henvises det i denne studien til «de» eller «dem». Det vises en ambivalens ved at fagpersonene er usikre på bakgrunnen for hvorfor deres faggrupper er satt sammen for å samarbeide. I intervjuene kom det ikke klart fram hva fagpersonene siktet til når de henviste til «de» og «dem». Dette kan tolkes på forskjellige måter og en mulighet kan være at de snakker om ledere i kommunen som bestemmer helsetilbudene og dermed sammensetting av faggrupper. En annen mulighet er at de snakker om egne fagforeninger og fremmer betydningen av sin profesjon i hverdagsrehabiliteringsteamet. Selv om faggruppene kan virke usikre på bakgrunnen for samarbeidet uttrykker en fagperson «så de fant vel ut at det var gunstig å være tverrfaglig og det synes jo vi også».

Ved oppstart av hverdagsrehabilitering ble fagutøverne ansatt i prosjektstillinger og sammen skulle de utforme innholdet i og utvikle tjenesten hverdagsrehabilitering. Det var ingen kurs eller utdanning om hverdagsrehabilitering som ble tilbudt fagutøverne i prosjektstillingene. Det fagutøverne bidro med for å lage en prosjektplan i hverdagsrehabilitering var egen kjernekompetanse og informasjon fra andre kommuner som hadde hverdagsrehabilitering. I hverdagsrehabiliteringsteamene som inngikk i denne studien var det to av syv som hadde tatt

kurs om hverdagsrehabilitering på eget initiativ, resten hadde det ikke. På tidspunktet denne studien ble gjennomført var det bare kurs i COPM som faggruppene, bortsett fra ergoterapeut, hadde felles. I denne studien opplever fagutøverne et behov for felles kurs eller utdanning om hverdagsrehabilitering.

«Som jeg sa så skulle vi hatt litt mer kurs kanskje. Når vi begynte her vet du, så fikk vi jo bare fra kommunen at vi hadde fått jobbene her. Vi fikk jo ikke lagt noen føringer på det. Så vi måtte bare lese oss opp og skrive en prosjektplan fordi vi jobbet i prosjekt først, så vi søke masse i andre kommuner og studerte selv da før vi startet opp. Luftet erfaringer med andre kommuner, det har jo vært hospitering på (stedsnavn) blant annet, og veksle erfaring med andre folk som jobber med det samme da».

Dette viser at den kommunale tjenesten hverdagsrehabilitering er bygget opp med en mangel på felles kurs eller utdanning for faggruppene som skal samarbeide og utvikle tjenesten. Dette gir fagutøverne rom for egne tolkninger når de skal utvikle tjenesten og samarbeide sammen. Mangelen på felles kurs eller utdanning om hverdagsrehabilitering kan knyttes til faggruppenes ambivalens og kunnskap om bakgrunnen for samarbeidet ved hverdagsrehabilitering. Prosjektplanen som lages av fagutøverenes blir utformet på egen fagbakgrunn og kompetanse som gir rom for forskjellige tolkninger av hverdagsrehabilitering for fagutøvere som skal samarbeide. Dette kan knyttes sammen med det Lauvås og Lauvås (2004, s. 85) sikter til ved framveksten av nye faggrupper innenfor helse- og omsorgstjenester. I helse- og omsorgstjenester virker det å være et system som ikke er klar for å ta imot fagutøvere fordi det er mangel på kunnskap om hva de skal bidra med og uten et tydelig mål om hvordan det skal samarbeides. Videre vil faggruppene vokse frem og utvikle seg i et samspill med samfunnsforhold og egen imperialisme når de får oppdrag om å løse problemer myndighetene mener det er viktig å gjøre noe med (Lauvås og Lauvås, 2004, s. 93).

Med et utgangspunkt uten tydelige mål for hvordan det skal samarbeides ved oppstart og utvikling av hverdagsrehabilitering, gis det rom for at fagutøveren vokser og utvikler seg videre i egen profesjonsetikk da det blir deres bidrag til samarbeidet. Profesjonsetikk skal ivareta oppdraget som samfunnet har gitt faggruppene og tydeliggjøre selvforståelsen til den enkelte profesjonen (Leenderts, 2014, s. 114). Dermed vil samarbeidet preges av fagutøvere som utvikler egen profesjonsetikk og ser egen fagutøvelse tydelig i samarbeidet, men blir



usikre på hvordan det skal samarbeides med andre fagutøvere. I denne studien vises det hvordan fagutøverne tar ansvar for hver sin del av rehabiliteringsforløpet senere i kapitlet under overskriften (6.2.2) Fagutøverenes bidrag til samarbeidet i lys av ICF. Ambivalens kan dermed oppstå som en del av samarbeidet fordi faggruppene må utvikle hverdagsrehabilitering uten noen felles kurs eller utdanning om hverdagsrehabilitering og hva fagutøvelsen skal inneholde. For å håndtere ambivalensen ble det viktig for faggruppene å dele kompetanse, dele erfaringer og lære av andre norske kommuner som har tjenesten hverdagsrehabilitering.

Selv om fagutøverne ikke får dra på kursing eller utdanning sammen i fellesskap, får fagutøverne dra på kurs og motta kompetanse enkeltvis. Teamene i hverdagsrehabilitering kartlegger utviklingsområder og kurs de kan delta på, også er det som regel en eller to fra teamet som deltar på kurset. Selv om fagutøverne i hverdagsrehabilitering ikke har noen kurs eller utdanning som et samlet team, er det et kurs som alle faggruppene bortsett fra ergoterapeuten må være med på og det er kurs i COPM. COPM er et kartleggingsverktøy som brukes i hverdagsrehabilitering og derfor er det viktig for samarbeidet mellom faggruppene i hverdagsrehabilitering.

### 6.2.2. Fagutøverenes bidrag til samarbeidet i lys av ICF

For å se på hvordan fagutøvere i hverdagsrehabilitering opplever samarbeid vil faggruppenes egne beskrivelser av sitt fag og bidrag i dette avsnittet knyttes til ICF som teoretisk modell. ICF har hatt en stor gjennomslagskraft i rehabiliteringsfeltet (Østensjø & Sjøberg, 2012, s. 306). ICF gir en modell og begrepsapparat som beskriver forståelsen av helheten som brukes i rehabiliteringsfeltet (Tuntland, 2011, s. 42). Som nevnt tidligere bidrar fagutøverne med kompetanse innenfor eget fagfelt og ved å samarbeide skal de gjennomføre rehabilitering med et helhetlig perspektiv. Beskrivelsene av kjernekompetansen og hva fagutøverne bidrar med i hverdagsrehabilitering knyttes til ICF som teoretisk modell for å belyse hvordan de ulike faggruppene bidrar med å dekke perspektiver innenfor ICF og et helhetlig perspektiv.

Ergoterapeutenes bidrag for å redusere funksjonsnedsettelse er knyttet til kunnskap som er «aktivitetsrelatert» og knytter det sammen med «vi ser på hvordan omgivelsene spiller inn og for at brukeren skal kunne nå sine aktivitetsmål og hvordan det påvirker utførelsen». I lys av ICF kan ergoterapeutenes kompetanse i rehabilitering knyttes til aktivitet, deltakelse, miljøfaktorer og personlige faktorer. Dette er perspektiver i ICF som kan knyttes til

ergoterapeuten fordi ergoterapeutens kjernekompetanse handler om det dynamiske samspillet mellom person, aktivitet og miljø. Ergoterapeuten bidrar med å redusere gapet mellom aktivitetens eller omgivelsenes krav og brukerens forutsetninger for å delta. Personlige faktorer er et perspektiv som knyttes til ergoterapeuten fordi det inneholder kjønn, kultur og personlig interesser, som er med å styre hva brukeren ønsker å oppnå og jobbe med i samarbeidet med ergoterapeuten (WHO, KITH, Sosial- og helsedirektoratet, 2003, s. 27).

Fysioterapeutene beskriver faget sitt som kompetanse om fysisk funksjon. I lys av ICF kan fysioterapeutens kompetanse knyttes til aktivitet, deltakelse, kroppsfunksjoner- og strukturer, helsetilstand og personlige faktorer. Dette er perspektiver som kan knyttes til fysioterapeuten fordi fysioterapeuten legger vekt på aktivitet ved å sikre trening av kroppsfunksjon slik at bruker kan delta i aktivitet. Kroppsfunksjoner og kroppsstrukturer knyttes til hvordan fysioterapeuten har kunnskap om kroppens fysiologiske funksjoner og kroppsstrukturer som er de anatomiske delene av kroppen (WHO, KITH, Sosial- og helsedirektoratet, 2003, s. 14). Kompetanse om kroppen knyttes sammen med helsetilstand og hvordan fysioterapeuten sikrer trygghet i utførelsen av aktivitet og trening ved å bestemme mengde og hvor tung treningen er. Personlige faktorer vil fysioterapeuten jobbe med tilknyttet mestringsstrategi, personlige interesser og motivasjon som oppleves viktig for fagutøveren i samarbeid med bruker, da de skal sikre brukers deltakelse i rehabiliteringsforløpet (WHO, KITH, Sosial- og helsedirektoratet, 2003, s. 27).

For sykepleierne som deltok i studien beskriver de faget sitt ved å si «ja, det er jo det sykepleiefaglige da rett og slett». Dette knyttes videre til kompetanse om kroppen med eliminasjon, respirasjon og smerte. Sykepleieren bidrar i samarbeidet med kunnskap om medisin og ernæring, samtidig trekkes det frem at de har en forståelse av alderdommen. Det beskrives slik:

«Jeg er kanskje litt mer opptatt av at det kan være ting som påvirker i forhold til alderdommen da. At dem har svekkelser som syn og hørsel og såne ting som er litt viktig å ta med i forhold til hva de greier å utføre også. Ja, og kanskje litt mer forståelse for at de har en sykdom. At jeg tar det litt mer inn i tiltakene, med utførelsen av treningsperioden kanskje».

I lys av ICF knyttes sykepleieren til helsetilstand, kroppsfunksjoner- og kroppsstrukturer, aktiviteter og personlige faktorer. Dette er perspektiver som knyttes til sykepleieren fordi de har kunnskap om helsetilstand med sykdom eller lidelser, samtidig som at de har kunnskap om kroppsfunksjoner- og strukturer. Sykepleieren knytter også sammen en forståelse av helsetilstand og personlige faktorer ved å legge vekt på hvordan aldring påvirker kroppsfunksjoner- og strukturer sett sammen med aktivitet. I samarbeidet med brukeren legger sykepleieren vekt på personlige faktorer som alder og ser det sammen med helsetilstanden og mulighetene innenfor rehabiliteringsforløpet (WHO, KITH, Sosial- og helsedirektoratet, 2003, s. 27).

For helsefagarbeideren knyttes kompetansen til tankegangen som vektlegger at bruker skal klare mest mulig selv. I lys av ICF kan helsefagarbeideren knyttes til aktivitet, deltakelse, helsetilstand, kroppsfunksjoner- og strukturer og personlige faktorer. Dette er perspektiver som knyttes til helsefagarbeideren fordi de skal bidra til å sikre deltakelse og mestring av aktivitet sammen med bruker. Helsefagarbeideren har kunnskap om kroppsfunksjoner- og strukturer som ses sammen med helsetilstand. For helsefagarbeideren kan personlige faktorer ses sammen med hvordan helsefagarbeideren jobber for å sikre deres deltakelse i aktivitet uansett kjønn eller alder (WHO, KITH, Sosial- og helsedirektoratet, 2003, s. 27).

Fagutøvere som jobber med hverdagsrehabilitering, må være interessert i samarbeidet og ha tro på at alle tilfører noe for å se helheten. Derfor krever arbeidsformen i hverdagsrehabilitering at faggruppene har ansvar for sine «må-områder» og samtidig deler kunnskapen mellom hverandre (Bredland, Linge & Vik (2011, s. 246). Det er nå vist i lys av ICF som modell hvordan fagutøverne som samarbeider i hverdagsrehabilitering tar ansvar for sine «må områder» når de beskriver sine bidrag i samarbeidet. Det vises også at fagutøverne deler mange av perspektivene innenfor ICF og spesielt perspektivet «personlige faktorer». At perspektivet «personlige faktorer» er felles for alle fagutøverne i samarbeidet kan ses i sammenheng med at hverdagsrehabilitering er en tjeneste med bruker i sentrum. Fokuset til faggruppene er å sikre at brukerne skal «være herre i eget liv».

Samarbeid mellom faggrupper skilles av tre ulike kompetanseområder som er kjernekompetanse, overlappende kompetanse og felleskompetanse (Willumsen, 2009, s. 24). Sett i lys med ICF trekker faggruppene frem sin kjernekompetanse, men viser også til overlappende kompetanse og felleskompetanse. Et eksempel på overlappende kompetanse er

innenfor perspektivet kroppsfunksjon- og strukturer da alle fagutøverne har hatt undervisning om dette perspektivet i sin utdanning. Et eksempel på felleskompetanse er perspektivet personlige faktorer ved at fagutøverne vektlegger brukeren i sentrum av tjenesten hverdagsrehabilitering. Felleskompetanse også er verdigrunnlag (Willumsen, 2009, s. 25). I denne studien vises det at fagutøverne legger en verdi i at brukeren er i sentrum av samarbeidet i hverdagsrehabilitering. Videre legger alle fagutøverne en verdi i at brukeren skal sikres muligheten til mestring i aktivitet og faggruppene ønsker å bidra med sin spesifikke kunnskap for å oppnå det.

### 6.2.3. Mangelfull bruk av perspektivet i ICF

ICF har hatt en stor gjennomslagskraft i rehabiliteringsfeltet (Østensjo og Søberg (2012, s. 306). Fra 2001 har Norge forpliktet seg å bruke ICF ettersom Norge er et medlemsland i WHO (Tuntland, 2011, s. 42). I denne studien kommer det frem at ICF er mangelfull i samarbeidet mellom faggruppene i hverdagsrehabilitering. Dette kommer frem i faggruppenes fortellinger og opplevelser om samarbeidet i hverdagsrehabilitering. Ingen av fagutøverne i denne studien refererer til ICF for å sikre en helhetsvurdering og dens dynamiske samspill. En helhetsvurdering innebærer at fagutøveren må se alle aspektene i livet til brukeren sammen med brukers tanker, opplevelser, kroppslige og medisinske forhold sett sammen med omgivelsene (Bredland, Linge & Vik, 2011, s. 52). Det som kommer frem i denne studien er hvordan fagutøverne forholder seg til egen profesjonsetikk og tankesettet «hverdagsmestring» som er på bakgrunn av verdigrunnlag innenfor helse- og omsorgstjenester. Denne studien beskriver hvordan faggruppene i hverdagsrehabilitering har kjernekompetanse som kan tilknyttes perspektiver i ICF som teoretisk modell. Faggruppene opplever fordeler ved å samarbeide med hverandre, men de gjengir ikke disse fordelene i tråd med perspektiv gjengitt i ICF.

Selv om fagutøverne i hverdagsrehabilitering ikke legger vekt på ICF i samarbeidet for å sikre en helhetsvurdering, sikrer de likevel at brukeren er i sentrum av tjenesten. I 6.2.2 Fagutøverenes bidrag til samarbeidet i lys av ICF vises det hvordan perspektivet «personlige faktorer» knyttes til alle fagutøverne. Fagutøverne sikrer dermed et viktig perspektiv innenfor ICF hvor fokuset på bruker i sentrum også er en av grunnene til at ICF har hatt så stor gjennomslagskraft i rehabilitering.

#### 6.2.4. Samarbeid mellom faggruppene i rehabiliteringsforløpet

Samarbeidet i hverdagsrehabiliteringsteam er organisert ved at fagutøverne sitter på samme kontor og har de samme brukerne. Det er to faste møter i uken hvor de blant annet fordeler ansvar mellom seg og brukerne får en primærkontakt med et overordnet ansvar i rehabiliteringsforløpet. Det tverrfaglige teamet møtes jevnlig på kontoret som oppleves viktig for samarbeidet, «når vi sitter sånn som vi sitter da, på samme kontoret, så blir det en del muntlig og det synes er en viktig del av det tverrfaglige samarbeidet». I en studie gjort av Birkeland, Tuntland, Førland, Jakobsen & Langeland (2017) om hva som bidrar til samarbeid mellom profesjoner viser det seg at faktorer som hvor tett fagutøveren samarbeider, hvor lang tid det er for kommunikasjon, planlegging og beslutningstaking påvirker samarbeidet. I denne studien kommer det frem at å sitte på samme kontor oppleves positivt for samarbeidet mellom faggruppene da de har flere muligheter til å diskutere brukere i løpet av dagen. Det er ingen av fagutøverne som uttrykker misnøye eller fornøyelse ved tiden av bruk på planlegging eller beslutningstaking, men de opplever samarbeidet som effektivt ved at de alltid kan spørre hverandre om råd og diskutere brukere. I hverdagsrehabilitering er kartleggingen av bruker en del av samarbeidet mellom fagutøverne og denne studien viser et ambivalent forhold til hvordan det er mest hensiktsmessig å gjennomføre kartleggingen. Det anses som viktig for alle faggruppene at det er to fagutøvere til stede på kartleggingssamtalen, men hvilke fagutøvere som skal settes sammen er det forskjellige tanker om. Kartleggingen spiller en rolle for fagutøverne som skal tilby forsvarlige og kunnskapsbaserte tjenester og derfor kan kartleggingen anses som viktig (Tuntland, 2014, s. 89).

Under kartlegging i hverdagsrehabilitering er det flere muligheter å sette sammen fagutøverne på, hvor en mulighet er å sette sammen det fagutøverne benevner som «pleier» og «terapeut». Å sette sammen en «pleier» og «terapeut» i kartleggingen er «en måte å kvalitetssikre kartleggingen på». Dette fordi det sikrer «en brei forståelse av utfordringene til brukeren og at vi ikke blir for profesjons spisset». En fagutøver har disse refleksjonene rundt kartlegging med pleier og terapeut:

«Men som jeg sa tidligere så er vi ofte to når vi kartlegger da i oppstarten. Det kan være greit fordi da har vi diverse spørsmål fra våres ståsteder også da vet du. Det kan være smart, at det er to som er med på kartleggingen, da har vi to forskjellige briller på oss skulle jeg til å si når det er flere faggrupper».

En annen mulighet i kartleggingen er å sette sammen terapeut og terapeut. En fagutøver uttrykker dette om å sette sammen to terapeuter ved kartleggingen:

«Når vi går inn som ergo- og fysioterapeut får vi sett på funksjon og omgivelsene samtidig på samme besøket. Det er en utrolig god styrke synes vi da, fordi vi er veldig effektive og får diskutert sammen på besøket sammen med brukeren. Det er viktig å vurdere både omgivelser og funksjon, også se på aktivitetsutførelsen. Vi får gjort det samtidig og det er en superfordel».

Dette viser at faggruppene har forskjellige tanker om hva de mener er den beste «sammensetningen» av fagutøvere under kartlegging av bruker. I samarbeidet om å kartlegge brukeren er det forskjellige kartleggingsverktøy som kan brukes, men det er bare et kartleggingsverktøy som alle kan bruke og det er COPM. Andre kartleggingsverktøy er SPPB som knyttes til fysioterapeuten og IPLOS som knyttes til sykepleier og helsefagarbeider. Etter kartleggingen diskuterer faggruppene tiltak som skal hjelpe bruker å oppnå målet sitt og her vises det at det er to forskjellige «måter» å jobbe på. I hverdagsrehabiliteringsteamene er det fagutøvere som har jobbet i hjemmesykepleien over lengre tid som beskriver to forskjellige «måter» å jobbe på som er «terapeutisk måte» og «hjemmetjeneste måte». Fagutøver fordypet hva som menes med å komme inn på en «terapeutisk måte» i forhold til «hjemmetjeneste måte» slik:

«Ja, det er jo terapeutisk måte begge delene, men jeg har jobbet mye i hjemmetjenesten. Så jeg tenker at hvis man hadde lagt om litt og vært en større del av hjemmetjenesten så hadde vi lettere fått komme inn til en del av dem, og gjort noen ting. Gått inn på de premissene som hjemmetjenesten går inn med noen ganger, til noen av brukerne, snakker ikke om hele brukergruppa nei. Og delta i vanlige stell og sånne ting. Uten å si at en er fra et hverdagsmestringsteam. Jeg tror en kunne ha jobbet med det å bli selvstendig da også, og bruke tid uten å ha gått inn på alt det her med nye vedtak».

Dette viser to forskjellige tilnærminger fagutøveren kan ha i samarbeidet med brukeren på bakgrunn av profesjonsetikk. En studie av Brinchmann, Moe & Gårseth-Nesbakk (2019)

trekker frem motspill i samarbeidet mellom fagutøvere i hverdagsrehabilitering og en faktor som skaper motspill er pleiekultur versus rehabiliteringskultur. I denne studien kan dette motspillet ses i form av forskjellige opplevelser om hvilken «måte» det er best å jobbe på.

I denne studien kommer det frem at samarbeidet mellom faggruppene i hverdagsrehabiliteringsteamet blir mer individuelt etter fordeling av brukere og kartleggingen. I delen av rehabiliteringsforløpet hvor det gjennomføres tiltak virker fagutøveren å jobbe mer individuelt og en fagperson forteller dette om samarbeidet etter kartlegging «vi arbeider jo veldig individuelt fordi vi er et team, fordi vi er inne stort sett en og en, så det kan gå noen dager mellom vi treffes også». Ved gjennomføring av tiltak for å sikre at bruker skal oppnå målet blir fagutøveren alene om å gjennomføre tiltak som er spisset etter deres kjernekompetanse. En fagutøver legger frem arbeidet med tiltak ved å skille hva fagutøverne gjør:

«Det er viktig at samarbeidet er slik at fysioterapeuten ser litt mer på trening som skal til, ergoterapeuten ser på litt mer på aktivitet og omgivelsene. Sykepleieren kan se litt mer på det medisinske, somatiske, ernæringsmessige og sånn. Hjelpepleieren er litt sånn, kan brukes til alt skulle jeg til å si».

I rehabiliteringsforløpet settes det opp en timeplan hvor faggruppene er fordelt og går inn individuelt for å jobbe med tiltak sammen med bruker. Det trekkes frem at de kan dele oppgaver i teamet, «men vi har våre spesialfelt selv da. Det som vi er gode på». Selv om faggruppene også kan jobbe mye alene finner de en trygghet i hverandre og i rehabiliteringsteamet:

«Jeg synes dette her, å jobbe tverrfaglig i team som jobber så tett sammen som vi gjør. Da er det en kjempe fordel fordi at en er mye mer effektiv også tror jeg man får gitt rett type hjelp når brukeren trenger det».

Denne studien viser til det samme som studien til Birkeland, Tuntland, Førland, Jakobsen & Langeland (2017) ved at samarbeidet mellom fagutøverne foregår med en felles innsats samtidig som at fagutøverne har spesifikk kunnskap i samarbeidet. Det kommer frem i denne studien at samarbeidet mellom faggruppene i hverdagsrehabilitering oppleves som viktig for at bruker skal oppnå målene som er satt. Å spille på hverandres kunnskap hjelper hver enkelt

faggruppe i rehabiliteringsforløpet og effektivitet trekkes frem som et poeng, «en ting er at du har flere å reflektere med og at ting kan gå litt fortere, du får forståelse for ting litt fortere».

I studien til Birkeland, Tuntland, Førland, Jakobsen & Langeland (2017) trekkes det også frem at fagutøverne lærer av hverandres ferdigheter og kunnskap som noe som bidrar til samarbeid mellom fagutøvere. Dette bekreftes i denne studien som viser at det oppleves som viktig for samarbeidet å lære av hverandre gjennom muligheten til å spørre om tiltak som er utenfor eget kompetanseområde. Samtidig opplever faggruppene det som viktig å kunne diskutere mulige tiltak slik at bruker oppnår målet som er satt for rehabiliteringsforløpet.

### 6.2.5. Oppsummering

Jeg har nå diskutert hvordan samarbeidet mellom fagutøvere i hverdagsrehabiliteringsteam kan være preget av ambivalens. Ambivalensen knyttes først til samarbeidet i utformingen av tjenesten hverdagsrehabilitering og at det ikke er noen felles kursing eller utdanning om hverdagsrehabilitering som danner et faglig fellesskap. Det er ulikt kompetansegrunnlag for læring og utvikling av tjenesten som i tillegg til mangel på kurs og utdanning gir fagutøverne rom for tolkning av hverdagsrehabilitering og mulighet til å utvikle egen fagutøvelse. For å håndtere ambivalensen i samarbeidet støtter faggruppene seg til hverandre og andre kommuner som har hverdagsrehabilitering for å lære om hverdagsrehabilitering. Deretter knyttes ambivalensen til kompetansen hver fagutøver tar med seg inn og bidrar med i samarbeidet og dette ses i lys av ICF som teoretisk modell. Det vises i denne studien hvordan fagutøverne tar ansvar for sin kjernekompetanse i samarbeidet gjennom perspektiver i ICF og hvordan faggruppene deler overlappende kompetanse og felleskompetanse. Et perspektiv i ICF som alle fagutøvere vektlegger er «personlige faktorer» og det anses som viktig for fagutøverne at bruker er i sentrum av tjenesten. Denne studien viser at ICF er mangelfull i samarbeidet mellom fagutøverne i hverdagsrehabilitering. Det er en manglende forståelse og bruk av ICF i forhold til å sikre helheten i rehabiliteringsforløpet da faggruppene retter fokuset mot egen fagutøvelse og kompetanse i det tverrfaglige samarbeidet. Til slutt kommer det frem at ambivalensen kan handle om samarbeidet mellom fagutøverne i rehabiliteringsforløpet og de handlingsalternativer som vektlegges i kartlegging og gjennomføring av tiltak. Fagutøverne i hverdagsrehabilitering har forskjellige tanker om hva som er den beste sammensetningen av fagutøvere under kartlegging. Det er også forskjellige tilnærminger til bruker som knyttes til «terapeutisk måte» versus «hjemmetjeneste måte». I gjennomføringen av tiltak i rehabiliteringsforløpet viser denne studien av fagutøveren jobber



mye individuelt sammen med bruker etter hvilken kjernekompetanse fagutøveren har. Fagutøverne opplever at samarbeidet øker effektiviteten i hverdagsrehabilitering ved at de har mulighet til å spørre hverandre om områder som er utenfor eget kompetanseområde.

### 6.3. Felles opplevelse av hverdagsrehabilitering som noe meningsfullt

I dette avsnittet diskuteres endringer i rehabilitering og hvordan fagutøverne i hverdagsrehabilitering opplever å samarbeide med samme tanke sett. For fagutøvere i hverdagsrehabilitering oppleves hjemmetjenesten som en viktig samarbeidspartner, men samarbeidet oppleves utfordrende på grunn av tanke sett. Ulike tanke sett kan også påvirke måloppnåelsen for bruker ved at hverdagsrehabilitering og hjemmetjenesten jobber mot hverandre. Fagutøverenes opplevelser av å jobbe med hverdagsrehabilitering og deres engasjement vises gjennom en tro på hverdagsrehabilitering som kommunal helse- og omsorgstjeneste.

#### 6.3.1. Tenke likt

Som jeg har vært inne på kan samarbeidet mellom fagutøvere i hverdagsrehabiliteringsteam være preget av ambivalens. Innenfor helse og omsorgstjenester med tanke på rehabilitering og hvem som skal jobbe innenfor dette feltet foregår en parallell utvikling. Rehabilitering har utviklet seg fra å ikke se mennesket som en helhet til å få en holistisk tankegang som anerkjenner at mennesker også påvirkes av faktorer som psykisk helse, aktivitet og omgivelser. Videre har endringer i rehabilitering bidratt til å legge vekt på behandling av kropp, funksjon og funksjonshemming knyttet til *enablement* og *reablement* som vektlegger et personsentrert fokus og brukeren av tjenesten (Embrahimi & Phillips, 2018, s. 52, 53). Parallelt med disse endringene ved rehabilitering har også profesjoner og faggrupper utviklet seg og endret syn på rehabilitering. Fremveksten for profesjonene og yrkesgruppene knyttes til mangel på kompetanse rundt behandlingsområder (Lauvås & Lauvås, 2004, s. 85, 86). Med disse endringene i rehabilitering og behovet for kompetanse åpnes det for en konkurranse mellom faggrupper. Det skjer en kontinuerlig og gjensidig påvirkning og vekselvirkning mellom faggrupper hvor de konkurrerer om hva som skal være kunnskapsgrunnlaget og hvem som skal være med i en rehabiliteringsprosess (Hagland & Solvang, 2012, s. 253).

Det er tidligere vist hvordan fagutøverne i hverdagsrehabiliteringsteam fikk mulighet til å vokse frem og utvikle eget fag gjennom oppstart og utviklingen av tjenesten hverdagsrehabilitering under 6.2.1 Samarbeid med formål å skape tverrfaglig kompetanse.

Det er også vist hvordan de forskjellige fagutøverne i hverdagsrehabiliteringsteam bidrar med forskjellig kompetanse og perspektiv i lys av ICF under 6.2.2 Fagutøverenes bidrag til samarbeidet i lys av ICF. Denne studien viser at selv om hver fagutøver har vokst i utviklingen av hverdagsrehabilitering og har forskjellig kjernekompetanse, deler de noe de betegner som samme «tankesett».

Dette «tankesettet» knyttes til hva hverdagsrehabilitering skal bidra med innenfor samfunnet og blir en del av fagutøverens profesjonsetikk. Hverdagsrehabilitering skal bidra til å snu en tankegang innenfor helse og omsorgstjenester (Tuntland og Ness, 2014). Tankesettet i hverdagsrehabilitering skal bidra til en bærekraftig tjeneste som handler om å snu brukeren fra å motta passiv hjelp i aktivitet til å kunne være aktiv og mestre aktivitet selvstendig. Tankesettet kalles for «hverdagsmestring» (Hartviksen, 2017, s. 40). Snuoperasjonen ses i endringer innenfor helse- og omsorgstjenester hvor fokuset rettes mot fremtidens utfordringer og brukere. Stortingsmeldingen *Morgendagens omsorg* retter fokuset mot et hovedmål som skal sikre at brukere skal kunne bo hjemme og leve selvstendig i en aktiv hverdag (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012-2013). For å sikre en snuoperasjon trekker *Samhandlingsreformen* frem hvor viktig det er at helsepersonell utvikler verdier og holdninger som understøtter og står sammen med det helsepolitiske verdigrunnlaget (Helse- og omsorgsdepartementet, 2008-2009, s. 36). Arbeidsplasser etablerer en praksis som er bygd opp av verdier og normer (Bredland, Linge og Vik, 2011, s. 31). Denne studien bekrefter at fagutøverne i hverdagsrehabilitering opplever å samarbeide med samme tankesettet «hverdagsmestring», men i samarbeid med andre helse- og omsorgstjenesten kan tankesettet by på utfordringer i samarbeidet.

For faggruppene i hverdagsrehabilitering anses hjemmetjenesten som en viktig samarbeidspartner og en fagperson sier «vi er litt avhengig av dem begge veier da». Fagutøverne i hverdagsrehabilitering samarbeider med hjemmetjenesten ved å delta på møter sammen med dem og samarbeide om brukere i hjemmet. Hjemmetjenesten kan også melde fra om aktuelle brukere som kan nyttiggjøre seg av tilbudet hverdagsrehabilitering. En fagperson beskriver bakgrunn for samarbeidet med hjemmetjenesten og «tankesett» slik:

«Jo hva skal jeg si da. Hva er bakgrunnen til samarbeide, det er jo å få til mere hverdagsrehabilitering og få dem til å tenke kanskje litt, likt som oss. Få pasienten til å

gjøre ting selv og tenke den tanken. Og likt å få dem til å henvise brukere til oss som kanskje er ny eller gamle også da for den del».

Dette viser at fagutøvere i hverdagsrehabilitering forsøker å iverksette en snuoperasjon i samarbeid med hjemmetjenesten for å få dem til å tenke likt som fagutøvere i hverdagsrehabilitering. Beskrivelsene av opplevelsen i samarbeidet med hjemmetjenesten og tankesett i denne studien kan knyttes til en studie gjort av Birkeland, Langeland, Tuntland, Jacobsen, Førland (2018). Studien til Birkeland, et. al, (2018) viser til utformingen av hverdagsrehabilitering og hvordan faggruppene beskriver seg selv ved å ha en «motor» rolle i samarbeid med andre. Denne «motor» rollen innebærer at de skal implementere en ny tankegang som legger vekt på selvhjulpenhet og egenaktivitet. I denne studien forteller en annen fagutøver dette om samarbeidet med hjemmetjenesten slik:

«Men målet for oss som jobber med hverdagsrehabilitering er jo å gjøre en jobb da, som gjør at du kan komme tilbake til den funksjonen du hadde før det funksjonsfallet da. Det er jo målet, vi jobber også opp imot hjemmetjenesten, for dem er jo ganske snar til å ta i fra folk, hva skal jeg si, ressursene som brukerne har da som kan bli varig tatt i fra tenker jeg hvis du får for mye hjelp. Så vi jobber mot at de skal ta tilbake ressursene som de hadde før da, brukerne, så reduserer vi jo timeantallet til hjemmetjenesten gjennom det også. Mange ganger så har dem ikke hjemmetjenester i det hele tatt etter dem har hatt hverdagsrehabilitering, så da. Veldig gode resultat da».

Dette viser at fagutøvere i hverdagsrehabilitering i denne studien beskriver noe av det samme som deltakerne i studien til (Birkeland et. al, 2018) med ansvaret om å implementere en ny tankegang innenfor helse og omsorgstjenester. Hverdagsrehabiliteringsteam opplever dermed et ansvar for å bidra til å snu en tankegang innenfor helse- og omsorgstjenester fra at bruker skal motta passiv hjelp til å kunne være aktiv og mestre selvstendig. Fagutøverne som samarbeider i hverdagsrehabilitering, viser i denne studien at de vektlegger bruker ressurser. En studie av (Moe, Enmarker & Hellzen, 2012) viser at fagutøverens fokus på ressurser kan muligheten for forebygging av funksjonstap og vedlikehold av funksjoner styrkes, som igjen øker muligheten for at bruker kan bo hjemme og mestre hverdagen.

### 6.3.2. Forskjellig tilnærming til brukeren som kan påvirke måloppnåelse

Innenfor helse- og omsorgstjenester blir det mer viktig å kjenne til hverandres grunnleggende verdier fordi beslutninger kommer fra samarbeid mellom fagutøvere (Markestad, 2020, s. 19, 21). I samarbeidet mellom hverdagsrehabiliteringsteamet og hjemmetjenesten kan det skilles mellom to verdigrunnlag som er *rehabilitering* versus *pleie og omsorg*. I denne studien opplever fagutøvere i hverdagsrehabilitering utfordringer i samarbeidet med hjemmetjenesten og knytter det til ulike tankesett. Det kan tenkes at hjemmetjenesten hovedsakelig består av faggrupper som skal ivareta behov som faller innenfor pleie og omsorg. Pleie og omsorg er begreper som defineres ut fra kvaliteter som er i relasjonen mellom den som mottar pleie og omsorg og den som gir (Normann, Sandvin og Thommesen, 2008, s. 94). Pleie og omsorg handler om at bruker får hjelp til å gjennomføre aktiviteter som de ikke kan gjennomføre selv og dermed får yrkesutøveren også en aktiv rolle i aktiviteten (Bredland, Linge og Vik, 2011, s. 22). Hverdagsrehabiliteringsteamet derimot består av fagutøvere som skal sikre rehabilitering og det er deres samfunnsansvar. Ebrahimi og Chapman (2018, s. 241) definerer rehabilitering som en metode som gjør det mulig for en person å opprettholde, gjenvinne eller kompensere for funksjonshemming eller mobilitetsvansker som kan være et resultat av sykdom eller skade.

Hverdagsrehabiliteringsteamet og hjemmetjenesten har samme arbeidsområdet som er hjemmet til bruker og de samarbeider med samme brukere. Denne studien viser at hjemmetjenesten kan komme med forslag til hva fagutøverne i hverdagsrehabilitering skal fokusere på i samarbeidet med bruker:

«Det er litt sånn hjemmesykepleien kan jo komme å si at «*hun hadde helt sikkert klart å dusje seg selv*» men hvis det på en måte ikke er noe den brukeren er motivert for, så blir det egentlig ikke er mål som blir satt opp heller da».

For fagutøvere i hverdagsrehabilitering er det viktig at bruker setter egne mål. I samarbeidet med hjemmetjenesten jobber derfor hverdagsrehabiliteringsteam med å sikre brukermedvirkning for brukeren. Brukermedvirkning kan skilles mellom tre nivå, individnivå, gruppenivå og samfunnsnivå (Humerfelt, 2005, s. 16). Fagutøverne i hverdagsrehabilitering sikrer brukermedvirkning på individnivå i samarbeid med hjemmetjenesten fordi de sikrer at brukeren får medvirke i relasjonen med fagutøveren og bestemme eget mål. For å sikre brukermedvirkning hevder Humerfelt (2005, s. 16, 17) at brukeren skal delta og bidra aktivt i

relasjonen med fagutøveren og deres egen forståelse av egen situasjon skal defineres ut fra brukerens perspektiv. I samarbeid med hjemmetjenesten forsøker fagutøverne i hverdagsrehabilitering å legge til rette slik at brukeren skal ta makt og gjenvinne styringen over sitt eget liv, og da jobber de innenfor et *Empowerment* perspektiv (Askheim, 2003, s. 182).

Fagutøverne i hverdagsrehabilitering kan oppleve at hverdagsrehabilitering og hjemmetjenesten jobber mot hverandre når det gjelder brukers mål og anser det som viktig at alle faggrupper er informert om brukers mål.

«Alle faggruppene er med å tenke likt og gjerne formidler det til andre faggrupper som er involvert også. Hvis hjemmetjenesten er inne, prøve å få dem med på samme tankegang. Hvis det handler om å trekke på seg støttestrømper på egen hånd, så er det veldig dumt at vi driver og øver på det tre dager i uken også kommer hjemmetjenesten og trekker det bare på hver morgen, så må prøve å involvere alle som, som møter brukeren».

I studien til Birkeland, Langeland, Tuntland, Jacobsen og Førland (2018) sikres samarbeidet om måloppnåelse til brukeren ved at hjemmetjenesten fikk tilgang til kartleggingsverktøyet COPM med målsetting i sine journalsystem. I denne studien er det mangelfull informasjon om hvordan hverdagsrehabiliteringsteamet sikrer seg at hjemmetjenesten vet hva målet til brukeren er. Fagutøvere i hverdagsrehabilitering opplever at det er viktig at alle som samarbeider med bruker er bevisste på bruker sitt mål i hverdagsrehabilitering, men det er uklart hvordan fagutøveren ivaretar dette.

### 6.3.3. Felles opplevelse av hverdagsrehabilitering som noe meningsfullt

Denne studien viser at samarbeidet mellom fagutøverne i tverrfaglige team i hverdagsrehabilitering oppleves som meningsfullt gjennom engasjementet fra fagutøverne. Fagutøvere som samarbeider i hverdagsrehabilitering, viser også til en opplevelse av håp for fremtiden i deres beskrivelser og vurderinger av hverdagsrehabilitering. Tjenesten hverdagsrehabilitering beskrives som:

«Et veldig fint prosjekt egentlig som har kommet i gang flere plasser i landet. Jeg ble overbegeistret da jeg hørte om det første gangen, da hadde de undervisning for oss om

hvordan de jobbet å, ja det synes jeg var supert at brukere som hadde vært på rehabilitering kunne komme hjem til kommunen sin og fortsette prosessen i hjemmet sitt».

En fagutøver uttrykker tanker om jobben sin:

«Jeg er veldig fornøyd med jobben min da jeg synes det er helt topp å få jobbe med, jobbe på den måten her, fordi vi får lov å jobbe med dem som har rehabiliteringspotensiale og gi dem ekstra oppmerksomhet og bra med tid, så dem er jo så fornøyd stort sett».

Fagutøveren beskriver jobben sin i hverdagsrehabilitering som givende og legger vekt på at det er «godt å jobbe mot et mål og du ser fremgang da». En studie av Brinchmann & Moe, Gårseth-Nesbakk (2019) trekker frem medspill som påvirker samarbeidet mellom fagutøvere i hverdagsrehabilitering og en faktor som kan gi medspill er at hverdagsrehabilitering føles ut som å være med på noe stort. Fagutøverne viser i denne studien en tro på tjenesten hverdagsrehabilitering og at de bidrar til å snu en tankegang innenfor helse- og omsorgstjenester. I denne studien knytter fagutøverne sammen tanker om en bedre funksjon i fremtiden med at bruker skal kunne utføre hverdagsaktiviteter som de ønsker selv og være «herre over eget liv». Muligheten til å kunne bestemme selv over eget liv anses av fagutøverne i denne studien som viktig og er et overordnet mål ved hverdagsrehabilitering.

«Det er jo det med selvbestemmelse kan du si da, at brukers skal definere livet sitt selv. Vet ikke helt hvilke ord jeg skal bruke på det, men du skjønner sikkert hva jeg mener. At du skal være herre i eget liv tenker jeg er et overordnet mål da. Så det gjelder at det du har mulighet til å klare selv skal du få støtte til å klare selv da».

I studien gjort av Gustafsson, Anbacken, Zander & Ostlund (2019) om hva som påvirker samarbeid mellom fagutøver og bruker er et funn «tid for vekst» som vil si å bygge opp brukers selvtillit og skape en harmoni i samarbeidet. I denne studien viser fagutøvere i hverdagsrehabilitering en tro til muligheten for brukeren å gjenvinne tidligere funksjon som sikrer deltakelse og mestring i aktivitet. Hverdagsrehabiliteringsteam setter i gang tiltak som bidrar til at bruker gjør en handling for å oppnå sine mål og forsøker å skape en harmoni i samarbeidet ved at bruker selv ønsker å oppnå målet. Fagutøverens tro på bedre funksjon i

fremtiden kan knyttes til det engelske begrepet *self-efficacy* presentert av Bandura som på norsk kan oversettes til mestringstro (Bandura, 1997).

Mestringstro påvirker hvilke handlingsmåter som velges og hvor mye krefter det legges inn i handlingen (Bandura, 1997, s. 3). Resultater skjer etter handling og hvilket resultat som oppnås avhenger av hvilken grad mennesket vurderer de kan utføre handlingen (Bandura, 1997, s. 21). Bandura (1997) knytter menneskers mestringstro sammen med hvordan samfunnet endrer seg raskt som igjen krever endringer av mennesker. I denne studien viser fagutøvere som samarbeider en opplevelse av hverdagsrehabilitering som en tjeneste for å gjenvinne funksjon som sikrer deltakelse, selvstendighet og mestring av aktivitet i hverdagen. Fagutøverne deler en opplevelse av å tro på hverdagsrehabilitering og denne troen kan ses i sammenheng med hvordan samfunnet legger vekt på den fremtidige bruker av helse- og omsorgstjenester. *Samhandlingsreformen* og *Morgendagens omsorg* retter fokus mot en ny generasjon med eldre mennesker som vil ønske mer innflytelse på behandling, leve lenger med bedre funksjonsevne, bedre økonomi og bedre boforhold. I løpet av de siste 20 årene har det skjedd en dreining i forståelsen av eldre menneskers fysiske funksjon og sosiale rolle, hvor fokuset er mot retten et aktivt liv. Mestring av dagliglivets behov og forebygging av funksjonsfall er et fokus og det er viktig med aktivitet og trening. Samtidig er det andre forventninger til eldre når det kommer til hvor lenge de skal jobbe, delta i former av frivillig arbeid, delta i familien og utforske verden ved å reise (Solvang, 2019, s. 145). Ebrahimi & Phillips (2018, s. 53) viser til et samfunn hvor oppfatningen av «aldring» endrer seg fra tanken om å bli avhengig til en «aldring» med aktiviteter og deltakelse.

I denne studien vises det hvordan fagutøverne i hverdagsrehabilitering jobber for at bruker skal være aktiv og delta uavhengig av alder «om de er noen og nitti så vil dem ha tilbake livene sine». Men uavhengig av alder jobber fagutøverne for å motivere bruker til å gjennomføre rehabiliteringsforløpet med hverdagsrehabilitering for å sikre eller gjenvinne funksjon som sikrer mestring av aktivitet og deltakelse. Fagutøverenes beskrivelser i denne studien bekrefter det som Tuntland og Ness (2014, s. 23, 25) beskriver som hensikten med hverdagsrehabilitering, nemlig å styrke brukerens forutsetninger for å kunne mestre aktiviteter i hverdagslivet.

Endringer i samfunnet innenfor helse og omsorg, samt hensikten med hverdagsrehabilitering kan knyttes sammen med helsepolitiske satsinger i Norge. Offentlige dokument som

*Morgendagens omsorg og Samhandlingsreformen* viser at satsingsområdene innenfor helse- og omsorgstjenestene retter fokus mot muligheter til å mestre hverdagslige aktiviteter selvstendig og bo hjemme så lenge mulig. Videre fokuseres det på brukerens mulighet til å medvirke i behandlingsforløpet og et økt ansvar for egen helse til tross for sykdom, funksjonsnedsettelse eller problemer. For å sikre helsepolitiske mål legges det i *Samhandlingsreformen* vekt på at helsepersonell er den viktigste faktoren å satse på for å lykkes. Det er viktig at helsepersonell utvikler verdier og holdninger som understøtter og står sammen med det helsepolitiske verdigrunnlaget og målene (Helse- og omsorgsdepartementet, 2008-2009, s. 36). Denne studien bekrefter gjennom fagutøverenes beskrivelser av hverdagsrehabilitering og gjennom opplevelser ved samarbeidet at det skjer endringer i verdier og holdninger som støtter opp under helsepolitiske mål. Fagutøverne i denne studien opplever å jobbe med samme tanke sett som fokuserer på brukerens rett til aktivitet, mestring og selvstendighet. Det er bruker som er i sentrum av tjenesten og skal settes i stand til å bestemme over eget liv selv.

Det kan tenkes at fagutøvernes engasjement og fremtidshåp kan knyttes til at det er deres spesifikke kunnskap i faggruppene som det satses på og vektlegges som nødvendig for å oppnå helsepolitiske mål. Selv om det tidligere er vist til hvordan samarbeid mellom fagutøvere i tverrfaglige team i hverdagsrehabilitering kan foregå med en ambivalens, opplever alle fagutøverne at de sammen samarbeidet mot samme mål i hverdagsrehabilitering.

#### 6.3.4. Oppsummering

Det er nå vist hvordan rehabilitering har utviklet seg parallelt med faggrupper innen rehabilitering og hvordan det skjedde en fremvekst med nye fagutøvere for å dekke kompetanseområder. I hverdagsrehabilitering bidrar fagutøverne med forskjellig kjernekompetanse i samarbeidet som tidligere er vist i lys av ICF. Selv om fagutøverne har forskjellig kjernekompetanse, opplever fagutøverne å samarbeide med samme tanke settet «hverdagsmestring». Fagutøvere som samarbeider i hverdagsrehabilitering, opplever at de bidrar med å snu en tankegang innenfor helse- og omsorgstjenestene ved at de retter et fokus mot aktivitet, deltakelse og selvstendighet i hverdagen. I samarbeid med hjemmetjenesten opplever fagutøvere i hverdagsrehabilitering utfordringer på grunn av ulike tanke sett. Denne studien viser at fagutøverne også forsøker å få implementere en ny tankegang hos hjemmetjenesten da hjemmetjenesten kan være rask til å ta i fra bruker ressurs. Det skilles mellom to verdigrunnlag i samarbeidet og de er *pleie og omsorg* versus *rehabilitering*. Med



forskjellig verdigrunnlag viser denne studien at hverdagsrehabiliteringsteamet kan ende med å jobbe mot hjemmetjenesten fordi målet til bruker med hverdagsrehabilitering ikke kommer tydelig frem for hjemmetjenesten.

Fagutøverne som samarbeider i hverdagsrehabilitering, opplever arbeidet som meningsfullt og viser et engasjement for å fremme mestring og deltakelse i aktiviteter. Fagutøverne anser det som et overordnet mål i hverdagsrehabilitering at bruker kan bestemme selv over eget liv. For å sikre at bruker kan kunne bestemme over eget liv knyttes begrep funksjon inn og fagutøverne har en tro på at bruker kan gjenvinne tidligere funksjon. Med denne troen setter fagutøverne i hverdagsrehabilitering i gang handling for at bruker skal oppnå sine mål og resultater som skaper en harmoni i samarbeidet. Fagutøverne viser en mestringstro tilknyttet eget arbeid sammen med bruker og for bruker. Mestringstro knyttes også sammen med hvor fort samfunnet endrer seg som krever endring av mennesker. Innenfor helse- og omsorgstjenester skjer det endringer som sikter mot en fremtidig bruker av tjenestene og helsepersonell er den viktigste faktoren å satse på for å lykkes. For helsepersonell er det viktig å utvikle verdier og verdigrunnlag som understøtter helsepolitiske mål hvor fokuset rettes mot mestring av hverdagslige aktiviteter selvstendig og bo hjemme lengst mulig. I denne studien bekreftes det at fagutøverne jobber etter verdier og holdninger som støtter under helsepolitiske mål og fagutøverne i hverdagsrehabilitering opplever alle at de jobber mot det samme målet med hverdagsrehabilitering.

#### 6.4. Manglende forståelse fra bruker i samarbeidet

Jeg har til nå hatt fokus på og diskutert hvordan fagutøvere opplever samarbeidet i hverdagsrehabiliteringsteam og samarbeidet mellom hverdagsrehabilitering og hjemmetjenesten. I dette avsnittet vil jeg rette oppmerksomheten til fagutøvernes opplevelser i samarbeidet med bruker av hverdagsrehabilitering for å diskutere problemstillingen «hvordan opplever fagutøvere i hverdagsrehabilitering samarbeid?». I dette avsnittet diskuterer jeg hvordan fagutøvere må oversette og beskrive hverdagsrehabilitering for å sikre brukes mulighet til å nyttiggjøre seg tilbudet. Det vises hvordan fagutøver fokuserer på fem verdier som er innenfor *enabling*. Deretter diskuterer jeg fagutøverens opplevelser av brukerens utfordringer ved COPM som kartleggingsverktøy og hvordan fagutøveren omstiller seg for å sikre bruker medvirkning i samarbeidet. For å sikre brukermedvirkning er det viktig med kunnskap om kommunikasjon og hvordan kommunikasjonen ledes. Til slutt vises det hvordan

fagutøvere opplever målet som det viktigste og brukers målsetting knyttes til *reablement*. Det diskuteres hvordan fagutøverne jobber med en *Empowerment* tilnærming, men at de også har muligheter til å påvirke bruker i målsetting. For fagutøvere i hverdagsrehabilitering oppleves målet også som viktig for dem, fordi målet til bruker blir hverdagsrehabiliteringsteamets arbeidsverktøy.

#### 6.4.1. Å skape en forståelse for hva hverdagsrehabilitering innebærer

Fagutøverne som samarbeider i tverrfaglige team i hverdagsrehabilitering jobber med et mangfold av brukere og det er bestemte kriterier for tildelingen. Kriteriene handler om å sikre brukere som kan nyttiggjøre seg tjenesten og derfor må bruker bo hjemme, være i stand til å sette egne mål og ha erfart et funksjonsfall. I denne studien bekreftet fagutøvere at brukergruppen som mottar tjenesten er «stort sett eldre, det vil jeg si», dvs. Mellom 60 til 100 år. Målgruppen burde være definert for å sikre en tjeneste som er målrettet og effektiv og at brukeren skal kunne nyttiggjøre seg tilbudet (Hartviksen, 2017, s. 221). Samarbeidet mellom brukeren og hverdagsrehabiliteringsteamet begynner med at fagpersonene presenterer seg selv og tjenestens formål og innhold.

I denne studien påpekte fagutøvere hvor vesentlig det var å presentere seg for bruker fordi «mange skjønner ikke hva vi er». For å beskrive og oversette hverdagsrehabilitering til brukere fokuseres det på «å lage gode rammer når du kommer på et hjemmebesøk». Det kommer frem i studien hvor viktig det var å gi informasjon til brukeren om hvorfor de skal motta hverdagsrehabilitering og «det er viktig å si at vi er gratis», for å sikre et godt samarbeid. Faggruppene tekker også frem i beskrivelsen og oversettelsen at «kommunen er pålagt ved lov å jobbe forbyggende» fordi «det hører dem litt på». For fagutøverne opplevde de at samarbeidet begynte med et oversettelsesarbeid som måtte gjøres for å motivere bruker å nyttiggjøre seg av tilbudet. Selv om bruker ikke alltid helt forsto hva hverdagsrehabilitering innebar oppleves bruker som takknemlig. I hverdagsrehabilitering er det bruker som står i sentrum og derfor er det viktig å sikre deres deltakelse i rehabiliteringsprosessen allerede fra start. En betingelse for å sikre medvirkning av bruker er at informasjonen og veiledningen er god og brukervennlig (Olsen, 2017, s. 233).

Etter at fagutøverne opplevde en forståelse av hverdagsrehabilitering hos brukerne var det mulig å samarbeide og gjennomføre kartlegging, samt å sette mål for rehabiliteringsforløpet. Som sagt er hverdagsrehabilitering er en tjeneste som forutsetter at bruker er i sentrum av

tjenesten. Det anses som et viktig suksesskriterium at mål og behandlingsplan i hverdagsrehabilitering utformes etter spørsmål om hva som er viktig for brukeren (Tuntland og Ness, 2014, s. 38). I denne studien bekrefter faggruppene hvor viktig det er at bruker er i sentrum. Kun da får fagutøverne tak i hva som er egne mål «ja, som er på en måte grunnmuren til hele teamet egentlig fordi det skal jo få frem hva som er viktig for brukeren». Fagutøvere i denne studien opplevde det var «fornuftig å bruke god tid på det med kartlegging» fordi brukeren vil da «kunne sette mål og finne egen motivasjon» og da jobber de «enda bedre».

I hverdagsrehabiliteringsteam kan fokus fra fagutøveren knyttes til det som på engelsk kalles *enabling*. Townsend & Polatajko (2013, s. 3) knytter *enabling* til verdier innenfor fem områder: aktivitet, person, omgivelser, helse og klientsentrert praksis. På norsk er det vanskeligere å finne et dekkende begrep, men disse verdiene betyr at aktivitet skal gi mening i livet, endres gjennom livet og er viktig for helsen. Mennesker er unike, og alle mennesker skal ha rett til å ta valg over eget liv. Omgivelsene påvirker utførelsen av aktivitet og omgivelsene har verdier som inneholder kulturelle eller sosiale komponenter. Helse ses som noe mer enn bare fravær av sykdom fordi helse også påvirkes av muligheter til å kunne delta i hverdagsrens aktiviteter. Det er brukeren som er ekspert på eget liv, egne aktiviteter og derfor skal brukeren være aktive partnere i en terapeutisk prosess (Townsend & Polatajko 2013, s. 3). For å sikre at bruker blir en aktiv partner i rehabiliteringsprosessen er det viktig at bruker forstår hverdagsrehabilitering og kan nyttiggjøre seg av tilbudet. Fagutøverne i hverdagsrehabilitering forsøker å sikre at brukeren blir en aktiv partner i samarbeidet ved å blant annet bruke tid på å oversette og beskrive hverdagsrehabilitering for brukeren.

#### 6.4.2. Kartleggingsverktøy

Når fagutøverne i hverdagsrehabilitering skal kartlegge sammen med brukeren kan det benyttes forskjellige kartleggingsverktøy med hovedformål å finne brukers mål. I hverdagsrehabilitering er det hovedsakelig tre kartleggingsverktøy i bruk: COPM, SPPB og IPLOS. I denne studien trekkes det frem en fjerde måte å kartlegge bruker på som ikke inneholder disse verktøyene, og det er noe faggruppene kaller «rehabiliteringsplan» som også gjør det «litt enklere for brukeren». Dette viser at faggruppene kan bruke forskjellige kartleggingsverktøy i samarbeid med brukeren om målet for tjenesten. I denne studien var COPM mest vanlig å gjennomføre ved kartlegging av bruker.

Det vises i studien hvordan fagutøverne opplevde å måtte endre tilnærming ved kartlegging fra å bruke COPM til andre kartleggingsmetode fordi bruker ikke alltid forsto COPM. Det som trekkes frem som utfordrende er delene av kartleggingsverktøyet hvor bruker skal score mellom 1 og 10. I kartleggingsverktøyet COPM er det fem trinn. Tuntland (2014, s. 102) presenterer trinnene slik, i første trinn forteller bruker om egen hverdag og viktige aktiviteter. I trinn to skal brukerne skåre hvor mye aktivitetene som er beskrevet i intervjuet betyr på en skala fra 1 til 10. I trinn tre skal brukeren sette opp fem aktiviteter som regnes om de viktigste. I trinn fire skal brukeren skåre utførelse og tilfredsstillhet med utførelse i disse fem aktivitetene på en skala fra 1 til 10. Trinn fem gjennomføres etter rehabiliteringsprosessen er gjennomført ved å skåre utførelse og tilfredsstillhet med utførelse på nytt på de samme aktivitetene som tidligere. Skåringene som brukes i kartleggingsverktøyet brukes også til evaluering av rehabiliteringsforløpet for å sjekke om det har skjedd endringer i perioden mellom de to skåringstidspunktene (Tuntland, 2014, s. 102). Dette viser at scoring er sentralt i COPM og må gjennomføres i flere deler av kartleggingsverktøyet.

I COPM brukes score til evaluering av rehabiliteringsforløpet og en studie av Langeland, Tuntland, Folkestad, Førland, Jacobsen og Kjekken (2019) har kartleggingsverktøyet COPM vist signifikant funn for effekt av hverdagsrehabilitering. Studien til Langeland, et. al (2019) viste signifikant full mellom rehabiliteringsgruppe sammenlignet med kontrollgruppe gjennom COPM-ytelse og COPM-tilfredshet etter 10 og 6 måneder. I denne studien vises det hvordan fagutøvere opplever at eldre bruker har utfordringer med score i COPM og at de kunne bli bedt om å score for brukeren. I scoringsdelen av kartleggingsverktøyet COPM kunne brukeren si «nei velg du da», men faggruppen er tydelige på at «nei jeg kan ikke velge for deg». Det kommer frem i studien at faggruppene forsøkte å være forsiktige med hva de svarte for å ikke påvirke scoren til brukeren. Det som trekkes frem er å ikke gi bekræftende svar til brukeren som «ja, men du klarer det jo kjempe bra, du må jo være langt oppi her» fordi da kan brukeren reagere med å si «jaja, sett du».

Selv om faggruppene opplevde å møte disse utfordringene med brukerne, vises det også i denne studien en enighet om at det ikke er så viktig med scoringen i COPM. «Men det går som regel bra da, men scoringen er ikke det viktigste da. Det viktigste er å komme frem til mål som er viktig å mestre for brukeren». Faggruppene i hverdagsrehabilitering finner også løsninger hvis scoring i COPM oppleves som utfordrende i samarbeidet med brukeren. Hvis det blir utfordrende for bruker benytter faggruppene seg av andre metoder som

«rehabiliteringsplan» eller «der problemene kommer frem, også tar vi liksom sånn et sammendrag av samtalen og du har lyst til å gå på butikken sånn som du gjorde før». Dette viser at faggruppene i hverdagsrehabilitering er fleksible og kan gjennomføre kartlegging etter brukerens premisser som bidrar til å sikre brukerens medvirkning i kartleggingsprosessen. Å tilrettelegge kartlegging etter brukers premisser kan knyttes til en økende politisk oppmerksomhet for brukermedvirkning i rehabiliteringsfeltet de siste 20 årene. Helsepersonell har omdefinert sin rolle fra å være styrende i prosessen til å sikre brukers selvstendighet og medvirkning i prosessen (Vik, 2010, s. 92). For å sikre brukers medvirkning er det viktig at helsepersonell tilrettelegger for dette og har kunnskap om brukerens situasjon og gode kommunikasjonsevner (Humerfelt, 2005, s. 18).

Denne studien viser at faggrupper kan oppleve situasjoner i samarbeidet med brukere hvor de må være bevisste på hvordan de kommuniserer med bruker, informerer og gir veiledning ved innføring av hverdagsrehabilitering og ved kartlegging sammen med brukeren. Hvordan fagutøverne beskriver samarbeidet sammen med bruker kan sammenlignes med en studie gjort av Moe, Ingstad og Brataas (2017) som handler om tre hovedtema innenfor samarbeid mellom yrkesutøveren i hverdagsrehabilitering og brukere. I studien av Moe, Ingstad og Brataas (2017) er første hovedtema «introduksjon til programmet» hvor brukeren fikk informasjon om hensikten med tjenesten og hva rehabiliteringen ville innebære. I denne studien bekrefter fagutøverne at dette er første steget i samarbeidet med bruker. Deretter viser denne studien at fagutøverne retter fokus mot kartlegging som er det andre hovedtemaet i studien til Moe, Ingstad og Brataas (2017) «kartlegging» hvor grunnlaget får mål blir lagt med COPM. Det tredje hovedtemaet var «målsetting» hvor studien til Moe, Ingstad og Brataas (2017) viser hvordan brukeren kan være påvirket av hvordan fagutøveren leder kommunikasjonen. Hvordan fagutøveren kan påvirke gjennom kommunikasjon vil nå diskuteres under 6.4.3 Målet er det viktigste.

#### 6.4.3. Målet er det viktigste

Selv om faggruppene i hverdagsrehabilitering ikke alltid får gjennomført COPM som kartleggingsverktøy med scoring kommer det frem at «det viktigste er å komme frem til mål som er viktig å mestre for brukeren». Fagutøvere i hverdagsrehabilitering vektlegger at målet skal være viktig for bruker som kan knyttes til *reablement*. Ved *reablement* er meningsfulle aktiviteter et sentralt begrep og det legges vekt på aktiviteter i tjenesten. Ebrahimi & Phillips (2018, s. 56) hevder det er verdifullt å lytte til folks forklaringer for hva aktiviteter er for dem

og skape en gjensidig forståelse for at personen er ekspert på eget liv. Det anses om viktig å sette opp meningsfulle aktiviteter i målsettingen fordi det vil være betydningsfullt for brukere (Ebrahimi & Phillips, 2018, s. 53).

For fagutøverne i hverdagsrehabiliteringsteam er det målet for rehabiliteringsforløpet viktig og det er et kriterium for tjenesten at brukeren skal kunne sette eget mål. Denne studien viser at det anses som viktig at det er brukeren som setter målet «for det er jo det som er hensikten, det er jo dem som er sjefen der. Ellers så gjør vi ikke jobben vår». Denne studien viser det det Askheim (2003, s. 167) sikter til ved at fagutøverne har en bevisst holdning til egen rolle og forsøker å omdefinere sin rolle fra ekspert til å bli en ressurs på brukers premisser. For fagutøverne i hverdagsrehabilitering blir brukers deltakelse i rehabiliteringsforløpet viktig. I arbeidet med bruker viser faggruppene en *Empowerment* tilnærming tilknyttet hvor viktig det er å sikre brukerens deltakelse i prosessen og ivaretar det Swane (2005, s. 212) sikter til at mennesker har behov for å være en «medskaper» i eget hverdagsliv. Denne studien viser at faggruppene forsøker å jobbe med en *Empowerment* tilnærming da de har en bevisst holdning til egen rolle og hvordan de samarbeider med brukeren og ønsker å være en ressurs etter deres premisser.

«Ja, er på en måte grunnmuren til hele teamet egentlig, fordi det skal jo få frem hva som er viktig for brukeren. Og jeg synes det er veldig gøy å ha, og det er jo mer og mer fokus på det der med brukerstyring, ikke brukervedvirkning, men brukerstyring. Jeg husker det var et veldig bra foredrag med en som heter Nils Erik Næss, (stedskommentar), han var jo med å innføre hverdagsrehabilitering i Norge. Og det der med å sette ordet brukervedvirkning, hva er det for noe, skal en bruker få lov å medvirke i sin hverdag i sitt liv? den skal jo styre det. Det synes jeg var bra sagt».

Det kommer frem i denne studien at selv om fagutøverne jobber med et *Empowerment* perspektiv kan de oppleve at det er utfordrende for bruker å sette mål i samarbeidet med hverdagsrehabiliteringsteam. Fagutøveren uttrykker at «det er ikke bestandig så lett for dem å skjønne det der med mål og hvorfor skal en ha det, for noen så må man jobbe ganske mye for å finne noen mål». Denne studien viser at det skjer et skifte der faggruppene i hverdagsrehabilitering legger vekt på at det er brukeren som setter målet til at det er en selvfølge at fagpersonene også må gi dem litt hjelp, «det er jo selvsagt sånn at den som skal skrive ned målene må av og til gi dem litt hjelp». Selvfølgen med at brukeren kan ha behov

for hjelp er erfaringer fagutøverne har gjort seg etter samarbeid med brukere og en av grunnene til at brukere trenger hjelp er at det kan være «vanskelig å skjønne den typen spørsmål».

«Det er jo bruker selv som setter målet, vi setter ikke noe mål for brukeren vi. Vi spør hva som er viktig for deg, men så hender det at vi hjelper dem litt på vei. For det kan være noen som ikke helt skjønner spørsmålet også da. Så da må vi hjelpe dem litt på vei, for eksempel spørre litt om hva de har gjort før som de ikke får til nå. Det kan jo være det at du skulle kunne gått ut å hente posten din, at du kunne stelt deg selv og være selvstendig. Og da kan vi påvirke målene i høy grad egentlig».

Det kommer frem i denne studien at fagutøvere opplever det kan være utfordrende for bruker å sette mål i hverdagsrehabilitering og dette skaper utfordringer for fagutøveren i samarbeidet med bruker. I denne studien forteller fagutøverne om fire forskjellige tilnærminger de benytter under målsetting i samarbeidet med bruker hvis de opplever det er utfordrende å sette mål. Den første tilnærmingen fagutøver benytter ved utfordringer i målsetting er samtale, «vi kan jo etterspørre om det er det dem mener, fordi det er eldre som kan ha problemer med å sette mål da. Så vi må liksom hjelpe dem på vei, også samtale litt rundt det». Ved å bruke samtale rundt målsetting fokuserer fagutøverne mindre på å være formell med papir som kartleggingsverktøy fordi papir kan «skremme bort noen» da «det kan bli for mye å forholde seg til for dem». En annen tilnærming fagutøverne har ved utfordringer ved målsetting er å tilby råd og veiledning under målsettingen «jeg har noen råd her hvis du vil høre på dem, er du interessert». Samtidig gjør fagutøveren brukeren oppmerksom på at «det blir opp til brukers selv om de vil gjøre noe med det». En tredje tilnærming ved utfordringer i målsetting knyttes til gradering av mål eller målformulering. Denne tilnærmingen benyttes hvis bruker setter et mål som fagutøveren ikke anser som realistisk eller hvis årstiden ikke tillater det. En måte å gradere målet på er å dele det inn i mindre delmål:

«Hvis en ser at det ikke er et realistisk mål så kan en si at «*ok, det langsiktige målet er at du skal klare det igjen selv*» også kan du sette opp sånne små eller mindre mål der du skal klare å bli med å handle sammen med noen i butikken, eller at du hjelper å gradere litt så du har større sjanse for å nå det da. Men vi har jo en del langsiktige mål også, fordi det er jo veldig mye vær og føre som ødelegger ganske mye på den tiden

her. Så når våren kommer så kommer dem til å klare en del av målene og da er dem jo på en måte realistisk, men dem er litt mer langsiktig da».

Ved urealistiske mål kan fagutøveren være behjelpelig med å omformulere målet gjennom samtale «bruke lenger tid på det og hjelpe dem til å omformulere det på en måte». Samtidig som at fagutøverne forteller om tilnærmingen gradering og omformulering av mål anser de det som viktig å trå forsiktig for å ikke ta i fra brukeren «motet, eller håpet om ting også».

Den fjerde tilnærmingen ved utfordringer i målsetting i samarbeid med bruker knyttes sammen med «smarte» mål. Målsetting er viktig innenfor rehabilitering (Solvang, 2019, s. 51). «Smarte mål» sikrer konkrete og tydelige mål (Hartviksen, 2017, s. 87). I denne studien Anses det som viktig at bruker setter eget mål, men det kommer også frem at målet også er et arbeidsverktøy for fagutøverne i hverdagsrehabilitering. At målet til brukeren blir et arbeidsverktøy for fagutøverne gjør det viktig for dem å sikre et konkret mål «for hvis en ikke har noen mål å jobbe etter så blir det jobb i blide, det blir ikke så konkret».

Ved målsetting i hverdagsrehabilitering forteller fagutøvere hvordan de er opptatt av at målene bruker setter seg skal være «smarte»:

«Målet er dit du ønsker å komme. Det er en framtidvisjon som er knyttet opp til det som er meningsfullt for brukeren. Så er vi opptatt av at målene skal være smarte da, altså spesifikke, målbare, ansporende, realistiske og tidsavgrenset og, ja det var det smarte».

Selv om faggruppene i hverdagsrehabilitering har forskjellige tilnærminger i målsetting og mulighet til å kunne påvirke bruker vises det i denne studien at det er viktig for fagutøverne å være bevisst på hvordan samarbeidet gjennomføres. Kommunikasjonen mellom fagutøver og bruker trekkes frem som viktig ved målsetting «å være flink til å jobbe med å stille åpne spørsmål, sånn at man ikke legger sin egen, sine egne tanker og formeninger om hvordan folk skal leve, fordi da får man enda mer forståelse hvis bruker får si mest mulig». At brukeren skal settes i sentrum av tjenesten krever spesifikke ferdigheter av helsepersonell (Ebrahimi, 2018, s. 15). Det viser seg at fagutøverne forsøker å praktisere det Ebrahimi (2018, s. 15) sikter til som er å lytte aktivt, resonnerer, ha samarbeidsferdigheter og evnen til å styrke individet for å sikre at brukerens står i sentrum av tjenesten og i samarbeidet.



I en studie gjort av Gustafsson, Anbacken, Zander & Ostlund (2019) trekkes det frem funn som påvirker samarbeid mellom fagutøver og bruker hvor et av funnene er styrket deltakelse. Funnet styrket deltakelse handler om at det legges vekt på at fagutøveren må lytte til bruker og sette bruker i kontroll (Gustafsson, Anbacken, Zander & Ostlund, 2019). I denne studien vises det hvordan fagutøverne i hverdagsrehabiliteringsteam opplever å jobbe for å sikre at brukeren er i sentrum av tjenesten og gjennomfører kartlegging etter hvilke premisser bruker har. Brukermedvirkning og en *Empowerment* tilnærming anses som viktig for fagutøverne i samarbeidet med bruker som styrker brukers deltakelse i samarbeidet. Et annet funn i studien til Gustafsson, Anbacken, Zander & Ostlund (2019) er forhandlet tilnærming. Funnet forhandlet tilnærming innebærer at samarbeidet skal være i samme retning og det skal være et overordnet mål, samt at bruker skal kunne lære av en tverrprofesjonell dialog (Gustafsson, Anbacken, Zander og Ostlund, 2019). I denne studien kommer det frem hvordan samarbeidet mellom fagutøverne i hverdagsrehabilitering og bruker foregår gjennom kartlegging og målsetting. For fagutøverne i hverdagsrehabilitering er det viktig at bruker setter mål, men samtidig blir målet et arbeidsverktøy for dem og derfor er det viktig at målet er konkret. Dette viser at samarbeidet må innebære at bruker og fagutøverne skal i samme retning og jobbe mot et overordnet mål. Det er fire tilnærminger som fagutøvere forteller om ved samarbeidet når de opplever at bruker har utfordringer med å sette mål og disse fire tilnærmingene kan påvirke bruker til å sette mål som sikrer et konkret arbeidsverktøy for fagutøverne.

#### 6.4.4. Oppsummering

Jeg har nå diskutert hvordan fagutøvere presenterer seg selv og beskriver hverdagsrehabilitering for å sikre brukers forståelse av tjenesten. Hverdagsrehabiliteringsteam samarbeider med et mangfold av brukere og det er viktig å lage gode rammer ved beskrivelser av hverdagsrehabilitering for å sikre brukers mulighet til å nyttiggjøre seg tilbudet. Hverdagsrehabilitering er en tjeneste som forutsetter at bruker er i sentrum av tjenesten og derfor må det sikres at de blir en aktiv partner i rehabiliteringsprosessen. Fokuset til fagutøveren knyttes til *enabling* med fem verdier: aktivitet, person, omgivelser, helse og klientsentrert praksis. I hverdagsrehabilitering er det forskjellige kartleggingsverktøy, men COPM er mest vanlig å gjennomføre. Det er vist hvordan fagutøverne kan oppleve at bruker har utfordringer med kartleggingsverktøyet COPM når det gjelder scoring og målsetting. Hvis bruker får utfordringer med score eller målsetting må fagutøver omstille seg og mulig bytte kartleggingsverktøy for å ikke påvirke bruker i score eller målsetting. Dette viser at fagutøverne er bevisste på deres kommunikasjon med bruker og er fleksible i samarbeidet

med bruker, hvor fagutøver endrer tilnærming etter brukers premisser for å sikre deres deltakelse i kartleggingsprosessen.

Det viktigste for fagutøverne er at bruker kommer frem til et mål uavhengig av kartleggingsverktøy. At brukeren er i sentrum av tjenesten anses som viktig for fagutøverne i hverdagsrehabilitering. Fagutøverne i hverdagsrehabilitering viser en *Empowerment* tilnærming fordi de har en bevisst holdning til egen rolle i samarbeidet og ønsker å være en ressurs etter brukers premisser. Men i praksis blir dette utfordrende i samarbeidet med brukeren når fagutøvere opplever at bruker har utfordringer med å sette egne mål. Dette gjør at fagutøveren kan oppleve å påvirke målsetting i en større grad enn de selv ønsker. Selv om faggruppene må legge om og mulig påvirke bruker mer enn de ønsker, forsøker de etter beste evne å sikre at brukeren deltar på hvert steg i rehabiliteringsforløpet. Det trekkes frem fire forskjellige tilnærminger hvis bruker har utfordringer med å sette mål: (1) samtale, (2) tilby råd og veiledning, (3) gradering av mål og målformulering og (4) benytte «smarte mål». Faggruppene anser det som viktig at bruker setter egne mål, men er behjelpelige med samtale, råd og veiledning, gradering og omformuleringer, samt sikring av «smarte mål». Målet til bruker blir arbeidsverktøyet for faggruppene i hverdagsrehabiliteringsteam og derfor anses det som viktig for fagutøverne at målet er konkret. Selv om fagutøverne har forskjellige tilnærminger i samarbeidet med bruker er de bevisste på hvordan samarbeidet gjennomføres og kommunikasjon trekkes frem som en viktig faktor for å sikre brukers deltakelse i rehabiliteringsprosessen.

## Kapittel 7. Avslutning

### 7.1. Oppsummering og konklusjon

I dette kapittelet vil jeg oppsummere og konkludere hovedfunnene jeg har kommet frem til i denne studien. Formålet med studien var få innsikt i hvordan samarbeidet i hverdagsrehabilitering oppleves fra fagutøverens perspektiv. Resultatet av studien viser at det er tre forhold som kan besvare problemstillingen «hvordan opplever fagutøvere i hverdagsrehabilitering samarbeid?». Disse tre er: (1) ambivalens i samarbeidet, (2) felles opplevelse av hverdagsrehabilitering som noe meningsfullt og (3) manglende forståelse for bruker i samarbeidet.

Mitt første funn for å undersøke hvordan fagutøvere i hverdagsrehabilitering opplever samarbeidet, er at samarbeidet er preget av ambivalens. Ambivalens i betydningen usikkerhet og uklarhet i hvordan fagutøverne skulle forholde seg til samarbeidet med hverandre i hverdagsrehabilitering. Dette knyttes først til oppstart og utvikling av tjenesten hverdagsrehabilitering og mangelfull kursing eller felles utdanning for rehabiliteringsteamet. I funnene fra denne studien fremstår det å være ulikt kompetansegrunnlag for læring om hverdagsrehabilitering som gir fagutøverne i samarbeidet rom for ulik tolkning og mulighet til å utvikle egen profesjonsetikk. Deretter knyttes ambivalensen til kjernekompetansen hver fagutøver tar meg seg inn i samarbeidet og hva de anser som sitt bidrag i samarbeidet. Kjernekompetansen og hva fagutøverne anser som sitt bidrag er sett i lys av ICF som teoretisk modell og viser hvordan hver fagutøver bidrar med perspektiv og forskjellige type kompetanse. Ambivalens knyttes til slutt til selve samarbeidet mellom fagutøvere i rehabiliteringsforløpet og hvilke handlingsalternativ som vektlegges i kartlegging og i gjennomføring av tiltak.

Mitt andre funn for å undersøke hvordan fagutøvere i hverdagsrehabilitering opplever samarbeid handler om fagutøvernes oppfatning av hverdagsrehabilitering som noe meningsfullt. Fagutøverne opplever å samarbeide med samme «tankesett» og tankesettet som knyttes til hverdagsrehabilitering er «hverdagsmestring». Hverdagsmestring som et tankesett ses sammen med rehabilitering som perspektiv og skrifter av rehabiliteringsperspektiv i kommunale helse- og omsorgstjenester. Det kommer frem i denne studien hvordan fagutøvere opplever utfordringer med samarbeidspartnere på grunn av ulike «tankesett».

Hjemmetjenesten trekkes frem som en viktig samarbeidspartner, men på grunn av forskjellige «tankesett» kan hverdagsrehabiliteringsteam og hjemmetjenesten jobbe mot hverandre i samarbeid ved gjennomføring av tiltak og måloppnåelse for bruker. Fagutøverne som samarbeider i hverdagsrehabilitering opplever hverdagsrehabilitering og tankesettet «hverdagsmestring» som meningsfullt og viser et engasjement og tro på verdigrunnlaget og helsepolitiske målsettinger om å sikre aktivitet, mestring og deltakelse. Fagutøverne viser også en mestringstro til brukers rehabiliteringspotensial.

Mitt tredje funn som har betydning for fagutøvernes opplevelse av samarbeid i hverdagsrehabilitering, er manglende forståelse fra bruker i samarbeidet. Fagutøvere i hverdagsrehabilitering jobber med et mangfold av brukere, hvor andelen eldre brukere er dominerende. For fagutøvere i hverdagsrehabilitering oppleves det som viktig å lage gode rammer for å beskrive tjenesten hverdagsrehabilitering til bruker for å sikre at de kan nyttiggjøre seg av tilbudet. Ved oppstart av rehabiliteringsforløpet benyttes kartleggingsverktøyet COPM som innebærer at bruker skal score utførelse og tilfredsstillhet ved utførelse av meningsfulle aktiviteter og sette aktivitetsmål. Fagutøvere som samarbeider i hverdagsrehabilitering opplever at eldre brukere har utfordringer med scoring og målsetting i COPM. Hvis dette er tilfellet, gjennomfører fagutøveren kartleggingen på andre måter som skal sikre brukers medvirkning i rehabiliteringsprosessen. Fagutøveren viser en *Empowerment* tilnærming i hvordan de jobber for å sikre brukerens deltakelse, samtidig som at de er bevisste på at bruker er ekspert i eget liv og ønsker å fremme selvbestemmelse. Selv om fagutøvere i hverdagsrehabilitering fokuserer på brukermedvirkning og har en *Empowerment* tilnærming, viser denne studien at fagutøvere opplever å kunne påvirke målsettingen mer enn de ønsker da bruker også kan ha utfordringer med å sette mål som er konkrete nok for hverdagsrehabiliteringsteamet.

Ut ifra denne studien kan vi konkludere med at fagutøvernes opplevelser i samarbeidet i hverdagsrehabilitering er sentral for hvordan tjenestene og tiltakene blir utført ovenfor brukere.

## 7.2. Veien videre for å sikre samarbeid i hverdagsrehabilitering

Denne studien har gitt innsikt i hvordan fagutøvere opplever samarbeid i hverdagsrehabilitering og viser til områder som kan forbedres. Vi har sett hvordan samarbeidet i hverdagsrehabiliteringsteamet kan preges av usikkerhet på grunn av mangelfull faglig kompetanse om hverdagsrehabilitering i fellesskap blant fagutøvere. Videre så vi at samarbeidet mellom fagutøverne i hverdagsrehabiliteringsteam sikres gjennom en opplevelse av å samarbeide med felles tankesett, men det er ikke gitt at de har det samme tankesettet. Til slutt så vi hvordan fagutøvere kan oppleve utfordringer i samarbeidet på grunn av brukers forståelse av tjenesten hverdagsrehabilitering. Resultatene fra denne studien kan derfor bidra med innsikt for kommuner som skal starte opp og utvikle tjenesten hverdagsrehabilitering. Hverdagsrehabilitering fremstår som en helse- og omsorgstjeneste med fagutøvere som opplever arbeidet sitt som meningsfullt og givende for fagutøveren og for brukeren av tjenesten. Selv om dette viser det samme som tidligere studier er det viktig å ha oppdatert innsikt i hverdagsrehabilitering som helse- og omsorgstjeneste. Dette fordi det fremdeles er kommuner i Norge som vurderer å begynne med hverdagsrehabilitering som kommunal helsetjeneste.

## 7.3. Kritikk av studien og forslag til videre forskning

Formålet med studien var å få en innsikt i hvordan samarbeidet i hverdagsrehabilitering oppleves fra fagutøverens perspektiv. Jeg fant tre forhold som svarer på problemstillingen (1) ambivalens i samarbeidet mellom fagutøverne, (2) felles opplevelse av hverdagsrehabilitering som noe meningsfullt og (3) en opplevelse av manglende forståelse for bruker i samarbeidet. Det er noen forbedringer eller endringer i studien som kunne vært gjort dersom ikke studiens omfang eller tid var begrenset. For det første kunne jeg rekruttert flere hverdagsrehabiliteringsteam, slik at flere opplevelser fra fagutøvere hadde vært representert og følgelig at funnene hadde vært mer generaliserbare. For det andre kunne jeg rekruttert informanter fra forskjellige modeller av hverdagsrehabilitering som også inneholdt, for eksempel hjemmetrenere. Dette ville gjort det mulig å sammenligne opplevelser mellom forskjellige hverdagsrehabiliteringsmodeller. For det tredje kunne jeg rekruttert informanter fra hjemmetjenesten som samarbeider med hverdagsrehabiliteringsteam for å få en innsikt i deres opplevelser ved samarbeidet.

Formålet med studien var å få en innsikt i hvordan samarbeidet i hverdagsrehabilitering oppleves fra fagutøverens perspektiv. Informantene som deltok i studien, ga verdifull informasjon om hvordan de opplevde samarbeidet i hverdagsrehabilitering. På grunn av tids og omfangsbegrensninger i masterstudiet er det aspekter ved tematikken som ikke er belyst, men som kunne være av interesse å utforske i videre studier. For det første kan fokuset om samarbeid i hverdagsrehabilitering også utforskes fra brukers perspektiv. Det hadde vært interessant å se om bruker har noen av de samme opplevelsene ved samarbeidet som fagutøverne har i hverdagsrehabilitering. For det andre kunne det vært interessant å se nærmere på hvordan hverdagsrehabilitering utvikler seg i norske kommuner og hvilke fagutøvere som skal bidra i samarbeidet i forskjellige kommuner. Innenfor helse- og omsorgstjenester skjer det endringer i fagutøvere som skal samarbeide og derfor er det viktig med videre forskning på samarbeid ut fra fagutøverens perspektiv. Det blir viktig med oppdaterte studier på da sammensetningen av fagutøvere som samarbeider endrer seg innenfor helse- og omsorgstjenester i Norge.

## Litteraturliste

- Askheim, O. P. (2003). *Fra normalisering til Empowerment – ideologier og praksis i arbeid med funksjonshemmede*. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Avlund, K. (2005). Funksjonsevnenes betydning i hverdagen. Tuntland, H. (Red.). *Aldring og livsvilkår*. (s. 114-129). N.W. Damn & Søn.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy – the exercise of control*. United States of America: W. H. Feeman and Company.
- Bauman, Z. (1991). *Modernity and Ambivalence*. New York: Cornell University Press Ithaca
- Birkeland, A. K., Langeland, E., Tuntland, H., Jacobsen, F., F. & Førland, O. (2018). *Hverdagsrehabilitering – integrert eller spesialisert?* Nordisk tidsskrift for helseforskning, 2018-04-23, Vol. 14 (1). DOI: 10.7557/14.4403.
- Birkeland, A., Tuntland, H., Førland, O., Jacobsen, F. & Langeland, E. (2017). *Interdisciplinary collaboration in reablement - a qualitative study*. Journal and multidisciplinary healthcare, 2017, Vol. 10, p. 195-203. DOI: 10.2147/JMDH.S133417
- Bredland, E., L., Linge, O., A. & Vik, K. (2011). *Det handler om verdighet og deltakelse – verdigrunnlag i praksis i rehabilitering*. (3. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Brinchmann, B., S., Moe, C., F. & Gårseth-Nesbakk, L. (2019). *Medspill og motspill mellom profesjonene tilknyttet hverdagsrehabilitering*. Tidsskrift for omsorgsforskning, 2019-04-19, Vol. 5 (1), p. 1-16. DOI: 10.18261/issn.2387-5984-2019-01.04
- Brinkmann, S. & Tanggaard, L. (Red.). (2015). *Kvalitative metoder. Empiri og teoriutvikling*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Christensen, A., B. (2015). Social konstruksjon eller social realitet  
Christensen, A., B., Jørgensen, S., Olesen, S., P., & Rasmussen, T. Viden og videnskapsteori i sosialt arbeid. (s.45-64). København: Hans Reitzels Forlag.

Det kongelige helse- og omsorgsdepartement. (2008-

2009). *Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid*. (Meld. St. nr. 47 (2008-2009). Hentet 26.08.2020 fra

<https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm200820090047000dddpdfs.pdf>

Det kongelige helse- og omsorgsdepartement. (2012-2013). *Morgendagens omsorg*.

(Meld. St. Nr. 29 (2012-2013). Hentet 31.08.20 fra

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

Det Kongelige helse- og omsorgsdepartement (2005-2006). *Mestring,*

*muligheter og mening Framtidas omsorgsutfordringer*. (Meld. St. 25 (2005-2006).

Hentet 26.08.2020 fra

<https://www.regjeringen.no/contentassets/16e39820de5c485da382fd99165afaf7/no/pdfs/stm200520060025000dddpdfs.pdf>

Det store norske leksikon. (2019). Ambivalent. Hentet 26.04 fra:

<https://snl.no/ambivalent>

Ebrahimi, V., A. & Chapman, H. (2018). *Reablement services in health and social care*. London: Macmillian Publishers Ltd.

Embrahimi, V., A. (2018). Reablement: Shifting minds. Ebrahimi, V., A & Chapman, H. *Reablement services in health and social care*. (s. 1-31). London: Macmillian Publishers Ltd.

Embrahimi, V., A. & Phillips, S. (2018). The Centrality of service users in Reablement. Ebrahimi, V., A & Chapman, H. *Reablement services in health and social care*. (s. 37-69). London: Macmillian Publishers Ltd.

Eide, T. & Aadland, E. (2012). *Etikk-håndboka for kommunenes helse- og omsorgstjenester*. Oslo: kommuneforlaget.

Frambu (u.å). *Iplos hva er det?* Hentet 10.10 fra <https://frambu.no/tema/iplos-hva-er-det/>



- Førland, O. & Skumsnes, R. (2016). *Hverdagsrehabilitering*. Senter for omsorgsforskning, vest. Oppsummering nr – 1. Hentet fra: [www.omsorgsbiblioteket.no](http://www.omsorgsbiblioteket.no)
- Greenwood, J., Ebrahimi, V., A & Keeler, A. (2018). Reablement models of service provision. Ebrahimi, V., A & Chapman, H. *Reablement services in health and social care*. (s. 75-100). London: Macmillian Publishers Ltd.
- Grue, J. (2014). *Kroppstråk-forestillinger av funksjonshemning i kultur og samfunn*. Oslo: Gyldendal
- Gustafsson, L-K., Anbacken, E-M., Elfström, M, L., Zander, V. & Ostlund, G. (2019). *Working with short-term goal-directed reablement with older adults: Strengthened by a collaborative approach*. *Nordic journal of nursing reaserch*, 2019-12, Vol. 39 (4), p. 178-185. DOI: 10.1177/2057158519850974
- Hagland, H. & Solvang, P. (2012). Tverprofesjonelle praksisfellesskap. Solvang, P., K. & Slettebø, Å. (Red.). *Rehabilitering*. (s. 251-265). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Hansvik, H., P. & Hedlund, M. (2015). Arbeidsnotat- effekter av rehabilitering. Høgskolen i Nord-Trøndelag. Lastet ned 12.11.2020 <https://nordopen.nord.no/nord-xmlui/bitstream/handle/11250/2360051/Arbeidsnotat262.pdf?sequence=3&isAllowed=y>
- Hartviksen, T. (2017). *Hverdagsrehabilitering*. Hartviksen, T. & Sjølie, B., M. *Hverdagsrehabilitering – kvalitetsforbedring i norsk kommuner*. (s. 17- 40). Oslo: Cappelen Damm AS.
- Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester (LOV-2020-06-19-78.) Hentet 23.04.21 fra [https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30?q=kommnehelseloven#KAPITTEL\\_3](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30?q=kommnehelseloven#KAPITTEL_3)
- Helsedirektoratet. (2019, 26. november). Vurderinger av pasientforløp og kriterier for rehabilitering. Hentet 25.04.2021 fra <https://www.helsedirektoratet.no/pakkeforlop/hjerneslag/oppfolging-og-rehabilitering-ved-hjerneslag/innlagt-slagenhet-og-oppgaver-i-slagenheten/vurderinger-av-pasientforlop-og-kriterier-for-rehabilitering>
- Helsedirektoratet. (2017). Motiverende intervju som metode. Hentet 27.04 fra: <https://www.helsedirektoratet.no/tema/motiverende-intervju-mi/motiverende-intervju-som-metode>
- Hendriksen, C. (2005). De biologiske aldringsforandringene i kroppen. Tuntland, H.

- (Red.). *Aldring og livsvilkår*. (s. 100-113). N.W. Damn & Søn.
- Humerfelt, K. (2005). Begrepene brukermedvirkning og brukerperspektiv – honnørord med lavt presisjonsnivå. Willumsen, E. (Red.). *Brukernes medvirkning – kvalitet og legitimitet i velferdstjenestene*. (s. 15-31). Oslo: Universitetsforlaget.
- Johannessen, L., E., F., Rafoss, T., W & Rasmussen, E., B. (2018). Hvordan bruke teori? - Nyttige verktøy i kvalitativ metode. Oslo: Universitetsforlaget.
- Kjerstad, E. & Tuntland, H. K. (2016). *Reablement in community-dwelling older adults: a cost-effectiveness analysis alongside a randomized controlled trial*. Health Econ Rev 6, 15. <https://doi.org/10.1186/s13561-016-0092-8>
- Krohne, K. & Bergland, A. (2012). Rehabilitering for en god alder. Solvang, P., K. & Slettebø, Å. (Red.). *Rehabilitering*. (s. 232-244). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Langeland, E., Tuntland, H., Førland, O., Folkestad, B., Jacobsen, F & Kjekken, I. (2019). *A multicenter investigation of reablement in Norway: a clinical controlled trial Predictors of outcomes following reablement in community-dwelling older adults*. BMC geriatrics, 2015-09-15, Vol. 15 (1), p. 111-111. DOI: 10.1186/s12877-015-0108-y
- Lauvås, K. & Lauvås, P. (2004). *Tverrfaglig samarbeid: perspektiv og strategi*. Oslo: Universitetsforlaget
- Leenderts, T., A. (2014). *Person og profesjon – om menneskesyn og livsverdier i offentlig omsorg*. (3.utg.). Oslo: Gyldendal akademisk
- Leseth, A., B. & Tellmann, S., M. (2014) *Hvordan lese kvalitativ forskning?* Oslo: Cappelen Damm akademisk AS.
- Malterud, K. (2017). *Kvalitativ metasyntese som forskningsmetode – i medisin og helsefag*. Oslo: Universitetsforlaget
- Markestad, T. (2020). *Helsefaglig yrkesetikk – i daglig klinisk praksis*. Bergen: Fagbokforlaget
- Moe, A., Enmarker, I., & Hellzen, O. (2012). *Daily life for chronically ill oldest old persons*. Nursing reports, 2012-06-04, Vol. 2 (1), p.8-e8. DOI:10.4081/nursrep.2012.e8
- Moe, A., Ingstad, K. & Brataas, H. (2017). *Patient influence in home-based reablement for older persons: qualitative research*. BMC health services research, 2017-11-15, Vol. 17 (1). p. 736-736. DOI: 10.1186/s12913-017-2715-0
- Nancarrow, S. & Mackey, H. (2006). *Enabling independence: a guide for rehabilitation workers*. Oxford: Blackwell

- Ness, N., E. (2014). Hva er utfordringen for norske kommuner? Tuntland, H. & Ness, N., E. (Red.). *Hverdagsrehabilitering*. (s. 42- 52). Oslo: Gyldendal.
- Normann, T., Sandvin, J., T. & Thommesen, H. (2008). *Om rehabilitering- mot en helhetlig og felles forståelse?* Oslo: kommuneforlaget.
- Norsk Ergoterapiforbund. (2017). Alle skal kunne delta- ergoterapeutens kjernekompetanse. Hentet 01.11.2020 fra [https://ergoterapeutene.sharepoint.com/Arkiv/7-Kommunikasjon%20og%20markedsføring/75-Trykksaker/Kjernekompetanse%202017/Ergoterapeuters\\_kjernekompetanse\\_Web\\_enkeltsider.pdf?originalPath=aHR0cHM6Ly9lcmduvdGVyYXBldXRlbnUuc2hhcmVwb2ludC5jb20vOmI6L2cvRVhTbnZwaVdPcmxBdTlHWIB6V0V4a3dCVWpubXd2ZjJjNFJUdEdxLTFwc0VLZz9ydGltZT13cnVQMGFjTjJVZw](https://ergoterapeutene.sharepoint.com/Arkiv/7-Kommunikasjon%20og%20markedsføring/75-Trykksaker/Kjernekompetanse%202017/Ergoterapeuters_kjernekompetanse_Web_enkeltsider.pdf?originalPath=aHR0cHM6Ly9lcmduvdGVyYXBldXRlbnUuc2hhcmVwb2ludC5jb20vOmI6L2cvRVhTbnZwaVdPcmxBdTlHWIB6V0V4a3dCVWpubXd2ZjJjNFJUdEdxLTFwc0VLZz9ydGltZT13cnVQMGFjTjJVZw)
- Norsk senter for Forskningsdata. (2020). Våre brukere. Hentet 23.04.20 fra <https://nsd.no/personvernombud/brukere.html>
- Norsk senter for Forskningsdata. (2020). Melde endringer i meldeskjema. Hentet 24.03.20 fra <https://www.nsd.no/personverntjenester/fyll-ut-meldeskjema-for-personopplysninger/melde-endringer-i-meldeskjema/>
- NOU 2005:8. (2005). *Likeverd og tilgjengelighet*. Hentet 19.10.20 Fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/e2361e34e995496589470336829751cc/no/pdfs/nou200520050008000dddpdfs.pdf>
- Olsen, B., C., R., O. (2017). (3. utg.). må vite best... sammen – brukermedvirkning i helse- og sosialsektoren. Stamsø., M., A. (Red.). *Velferdsstaten i endring – om norsk helse- og sosialpolitikk*. (s. 216-242). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (2001). Lov om pasient- og brukerrettigheter (LOV-1999-07-02-63). Hentet 23.10.20 fra [https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasient%20og%20brukerrettighetsloven#KAPITTEL\\_3](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasient%20og%20brukerrettighetsloven#KAPITTEL_3)
- Schiefloe, P., M. (2019). *Mennesker og samfunn: innføring i sosiologisk forståelse*. Oslo: Fagbokforlaget.
- Solvang, P., K. (2019). *(re)habilitering – Terapi, tilrettelegging, verdsetting*. Bergen: Fagbokforlaget
- Statistisk sentralbyrå. (2021). Nok en gang rekordlav fruktbarhet. Hentet 28.04. 21 fra <https://www.ssb.no/befolkning/artikler-og-publikasjoner/nok-en-gang-rekordlav-fruktbarhet>

- Swane, C., E. (2005). Gamle menneskers hverdagsliv. Tuntland, H. (Red.).  
*Aldring og livsvilkår.* (s. 210-226). N.W. Damn & Søn.
- Thagaard, T. (2018). *Systematikk og innlevelse- en innføring i kvalitative metoder.*  
 (5.utg.). Bergen: Fagbokforlaget
- Thornquist, E. (2003). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori: for helsefag.*  
 Bergen: Bokforlaget
- Tuntland, H. (2011). *En innføring i ADL – teori og intervensjon* (2.utg.).  
 Kristiansand: Høyskoleforlaget
- Tjora, A. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis* (3.utg.). Oslo:  
 Gyldendal akademisk.
- Tuntland, H. (Red.). (2005). *Aldring og livsvilkår.* N.W. Damn & Søn.
- Tuntland, H. & Ness, N., E. (Red.). (2014). *Hverdagsrehabilitering.* Oslo: Gyldendal
- Townsend, E., A & Polatajko, H., J. (2013). *Enabling occupation II: advancing  
 an occupational therapy vision for health, well- being, & justice through occupation.*  
 Ottawa: Canadian Association of Occupational therapists
- Tveiten, S. & Boge, K. (2014). Hvorfor er ulike perspektiver på Empowerment  
 interessante som forskningsfelt, anvendelsesområder og praksiser? Tveiten, S. &  
 Boge, K. (Red.). *Empowerment i helse, ledelse og pedagogikk – nye perspektiver.* (s.  
 13-22). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Tøssebro, J. (2010). *Hva er funksjonshemming.* Oslo: Universitetsforlaget
- Vik, L., J. (2010). Makt og myndiggjering – utfordringer for helse- og  
 sosialarbeidarar. Ekeland, T-J. & Heggen., K. (Red.). *Meistring og myndiggjering –  
 reform eller retorikk?* (s. 83-102). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Vik, K. (2015). *Mens vi venter på eldrebølgen – fra eldreomsorg til aktivitet og  
 deltakelse.* Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Whitehead, P., J., Worthington, E., J., Parry, R., H., Walker, M., F. & Drummund, A.,  
 ER. (2015). *Interventions to reduce dependency in personal activities of daily living in  
 community dwelling adults who use homecare services: a systematic review.* Clinical  
 rehabilitation, 2015-11, Vol.29 (11), p.1064-1076. DOI: 10.1177/0269215514564894
- World Health Organization, Informasjonsteknologi for et bedre helsevesen & Sosial-  
 og helsedirektoratet. (2003). *Internasjonal klassifikasjon av funksjon,  
 funksjonshemming og helse.* Trondheim: Aktietrykkeriet
- Willumsen, E. (Red.). (2009). *Tverrprofesjonelt samarbeid-i praksis og utdanning.*  
 Oslo: Universitetsforlaget AS.

Østensjø, S & Sjøberg, H., L. (2012). ICF som begrepsapparat og klassifikasjonssystem. Solvang, P., K. & Slettebø, Å. (Red.). *Rehabilitering*. (s. 298-310). Oslo: Gyldendal akademisk.

## Vedlegg

### Vedlegg 1. Formelt brev til ledere og til fagutøvere

#### *Henvendelse for deltakelse i studieprosjekt ved Master i funksjonshemming og samfunn*

Jeg heter Marianne Zahl Jenssen og studerer Master i funksjonshemming og samfunn på NTNU. I mitt prosjekt til masteroppgaven ønsker jeg å øke kunnskapen om tverrfaglig samarbeid innenfor kartlegging og iverksetting av mål innenfor hverdagsrehabilitering. Henvender meg derfor til ledere for å informere om rekruttering av informanter som jobber i kommunehelsetjenesten.

Jeg ønsker å rekruttere informanter som jobber i tverrfaglige team innenfor hverdagsrehabilitering i kommunen. Profesjonene jeg ønsker å rekruttere er fysioterapeuter, ergoterapeuter, sykepleiere eller vernepleiere. For å rekruttere vil jeg sende ut forespørsel og et informasjonsskriv på mail i uke 11 til profesjonene i kommunen som jobber innenfor hverdagsrehabilitering. Det er frivilling å delta i prosjektet og deltakere kan trekke seg ved et senere tidspunkt uten å oppgi grunn. I prosjektet vil det gjennomgås intervju hvor spørsmålene er fokusert på kartlegging og iverksetting av mål innenfor hverdagsrehabilitering tilknyttet tverrfaglig samarbeid. Intervjuet vil ta cirka 45 minutter.

Vedlagt ligger informasjonsskrivet som sendes ut for å rekruttere informanter til prosjektet. Der står informasjon om prosjektet, hvem som er ansvarlig, taushetsplikt og informasjon om kontaktpersoner. Forskningsprosjektet er godkjent av Norsk senter for forskningsdata med referansenummer: 256970.

Ved spørsmål ta gjerne kontakt!

Med vennlig hilsen

Marianne Zahl Jenssen

Student ved NTNU i Master i funksjonshemming og samfunn

Epost: [marianzj@stud.ntnu.no](mailto:marianzj@stud.ntnu.no)

## «Tverrfaglige erfaringer og opplevelser med kartlegging og iverksetting av mål innenfor hverdagsrehabilitering»

Dette er en forespørsel om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å øke kunnskapen om hvilke erfaringer og opplevelser profesjoner i tverrfaglig team har ved kartleggingen og iverksettingen av mål ved hverdagsrehabilitering. I dette skrivet gis det informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Jeg studerer master i funksjonshemming og samfunn ved NTNU Tunga. I dette prosjektet ønsker jeg å øke kunnskapen om hvilke erfaringer og opplevelser profesjoner i tverrfaglige team har rundt kartlegging og iverksetting av mål innenfor hverdagsrehabilitering. Jeg ønsker å intervju sykepleiere, fysioterapeuter og ergoterapeuter som samarbeider i tverrfaglige team innenfor hverdagsrehabilitering. Det er et ønske om 10 til 12 informanter hvor det er et skille mellom sykepleiere, fysioterapeuter og ergoterapeuter. Hvis du velger å delta i prosjektet innebærer det et intervju med varighet på ca. 45 minutter. Spørsmålene i intervjuet fokuserer på erfaringer og opplevelser rundt kartlegging og iverksetting av mål innenfor hverdagsrehabilitering. Dine svar på spørsmålene registeres på båndopptak og jeg vil også ta notater gjennom intervjuet.

Professor Marianne Hedlund er hovedansvarlig for prosjektet ved NTNU, Institutt for sosialt arbeid. Hun er min veileder og det er bare hun og jeg som får tilgang til opplysningene som samles inn. Veileder er det mulig å kontakte på e-post: [Marianne.Hedlund@ntnu.no](mailto:Marianne.Hedlund@ntnu.no).

Opplysninger i prosjektet vil bare benyttes til formålene som er fortalt i dette skrivet. Alle prosedyrer tilknyttet personvern og konfidensialitet blir fulgt etter retningslinjene til personopplysningsloven. Det er frivillig å delta i prosjektet og du vil kunne få innsyn i hvilke personopplysninger som er registret om deg, og få ulevert en kopi av dine personopplysninger. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke deg uten å oppgi noen grunn. Skulle du ønske å trekke deg, har du også rett til å få dine personlige opplysninger slettet. Alle opplysninger om deg vil bli anonymisert. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg. Opplysninger om

deg behandles etter ditt samtykke og det er mulighet til å klage til personvernombudet eller Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger. Prosjektet skal etter planen avsluttes 01.11.2020. Alle personopplysninger vil bli slettet etter endt prosjektperiode. Dersom du ønsker å lese oppgaven kan du få den tilsendt når prosjektet er ferdig.

På oppdrag fra Norges teknisk-miljøvitenskaplige Universitet har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket. Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

- Norges teknisk- naturvitenskaplige Universitet ved Marianne Zahl Jenssen, på epost [marianzj@stud.ntnu.no](mailto:marianzj@stud.ntnu.no) eller Marianne Hedlund, på epost [marianne.hedlund@ntnu.no](mailto:marianne.hedlund@ntnu.no).
- NTNUs personvernombud: Thomas Helgesen, på epost [thomas.helgesen@ntnu.no](mailto:thomas.helgesen@ntnu.no).
- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS, på epost ([personverntjenester@nsd.no](mailto:personverntjenester@nsd.no)) eller telefon: 55 58 21 17.

Ønsker du å delta kan jeg kontaktes på e-post: [marianzj@stud.ntnu.no](mailto:marianzj@stud.ntnu.no)

Jeg håper å høre fra deg og ser frem til et spennende samarbeid.

Med vennlig hilsen Marianne Zahl Jenssen



4/26/2021

Meldeskjema for behandling av personopplysninger

# NSD NORSK SENTER FOR FORSKNINGSDATA

## NSD sin vurdering

### Prosjekttittel

Master i Funksjonshemming og samfunn

### Referansenummer

256970

### Registrert

24.01.2020 av Marianne Zahl Jenssen - marianzj@stud.ntnu.no

### Behandlingsansvarlig institusjon

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet / Fakultet for samfunns- og utdanningsvitenskap (SU) / Institutt for sosialt arbeid

### Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)

Marianne Hedlund, marianne.hedlund@ntnu.no, tlf: 41270975

### Type prosjekt

Studentprosjekt, masterstudium

### Kontaktinformasjon, student

Marianne Zahl Jenssen , marianzj@ntnu.no , tlf: 47669890

### Prosjektperiode

01.01.2020 - 01.06.2021

### Status

05.02.2021 - Vurdert

### Vurdering (4)

#### 05.02.2021 - Vurdert

NSD har vurdert endringen registrert 05.02.2021.

Vi har nå registrert 01.06.2021 som ny sluttdato for forskningsperioden.

I tilfelle det skulle bli aktuelt med ytterligere forlengelse av forskningsperioden, vil vi gjøre oppmerksom på at forlengelse på mer enn ett år utover den opprinnelige sluttdatoen (01.11.2020) ikke kan påregnes uten at det vurderes å gi informasjon til utvalget.

NSD vil følge opp ved ny sluttdato for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet.

Lykke til videre med prosjektet!

Kontaktperson hos NSD: Jørgen Wincentsen  
Tlf. Personverntjenester: 55 58 21 17 (tast 1)

### **03.11.2020 - Vurdert**

NSD har vurdert endringen registrert 02.11.2020.

Vi har nå registrert 01.02.2021 som ny sluttdato for forskningsperioden.

I tilfelle det skulle bli aktuelt med ytterligere forlengelse av forskningsperioden, vil vi gjøre oppmerksom på at forlengelse på mer enn ett år utover den opprinnelige sluttdatoen (01.11.2020) ikke kan påregnes uten at det vurderes å gi informasjon til utvalget.

NSD vil følge opp ved ny sluttdato for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet.

Lykke til videre med prosjektet!

Kontaktperson hos NSD: Jørgen Wincentsen  
Tlf. Personverntjenester: 55 58 21 17 (tast 1)

### **30.03.2020 - Vurdert**

NSD har vurdert endringen registrert 30.03.2020.

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet med vedlegg den 30.03.2020. Behandlingen kan fortsette.

Endringen gjelder at intervjuene nå vil gjennomføres via Skype. Skype for Business er derfor nå databehandler i prosjektet. NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene til bruk av databehandler, jf. art 28 og 29.

#### **OPPFØLGING AV PROSJEKTET**

NSD vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet.

Lykke til med prosjektet!

Kontaktperson hos NSD: Jørgen Wincentsen

Tlf. Personverntjenester: 55 58 21 17 (tast 1)

### **17.02.2020 - Vurdert**

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet med vedlegg 17.02.2020. Behandlingen kan starte.

#### **TAUSHETSPLIKT**

Sykepleiere, fysioterapeuter og ergoterapeuter har taushetsplikt. Det er derfor viktig at intervjuene gjennomføres slik at det ikke samles inn opplysninger som kan identifisere enkeltpasienter eller avsløre taushetsbelagt informasjon. Vi anbefaler at dere er spesielt oppmerksom på at ikke bare navn, men også identifiserende bakgrunnsopplysninger må utelates, som for eksempel alder, kjønn, sted, diagnoser og eventuelle spesielle hendelser. Vi forutsetter også at dere er forsiktig ved å bruke eksempler under



intervjuene.

Forsker og informant har et felles ansvar for det ikke kommer frem taushetsbelagte opplysninger under intervjuet. Det kan derfor være hensiktsmessig om forskeren avklarer dette med informanten i forkant av intervjuet.

#### MELD VESENTLIGE ENDRINGER

Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilke type endringer det er nødvendig å melde:

[https://nsd.no/personvernombud/meld\\_prosjekt/meld\\_endringer.html](https://nsd.no/personvernombud/meld_prosjekt/meld_endringer.html)

Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres.

#### TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 01.11.2020.

#### LOVLIG GRUNNLAG

Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake. Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a.

#### PERSONVERNPRINSIPPER

NSD vurderer at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen om:

- lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen
- formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke behandles til nye, uforenlige formål
- dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet
- lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet

#### DE REGISTRERTES RETTIGHETER

Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: åpenhet (art. 12), informasjon (art. 13), innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), underretning (art. 19), dataportabilitet (art. 20).

NSD vurderer at informasjonen om behandlingen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13.

Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned.

#### FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1. f) og sikkerhet (art. 32).

Dersom du benytter en databehandler i prosjektet må behandlingen oppfylle kravene til bruk av databehandler, jf. art 28 og 29.

For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må dere følge interne retningslinjer og/eller rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

NSD vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet.

Lykke til med prosjektet!

Tlf. Personverntjenester: 55 58 21 17 (tast 1)

## Samtykkeerklæring

### Bakgrunn og formål

Dette forskningsprosjektet gjennomføres tilknyttet min masteroppgave i funksjonshemming og samfunn ved NTNU. Formålet i dette forskningsprosjektet er å øke kunnskapen om hvilke erfaringer og opplevelser profesjoner i tverrfaglige team har ved kartleggingen og iverksettingen av mål ved hverdagsrehabilitering.

### Hva innebærer deltakelse i studien

Hvis du velger å delta i prosjektet innebærer det et intervju med varighet på ca. 45 minutter. Spørsmålene i intervjuet fokuserer på erfaringer og opplevelser rundt kartlegging og iverksetting av mål innenfor hverdagsrehabilitering. Dine svar på spørsmålene registeres på båndopptak og jeg vil også ta notater gjennom intervjuet.

### Taushetsplikt

Alle prosedyrer tilknyttet personvern og konfidensialitet blir fulgt etter retningslinjene til personopplysningsloven. Det er frivillig å delta i prosjektet og du kan trekke deg uten å oppgi noen grunn. Alle opplysninger om deg vil bli anonymisert. Opplysninger om deg behandles etter ditt samtykke og det er mulighet til å klage til personvernombudet eller Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger. Prosjektet skal etter planen avsluttes 01.11.2020. Alle personopplysninger vil bli slettet etter endt prosjektperiode.

### Samtykke til deltakelse i studien

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet *mål innenfor hverdagsrehabilitering* og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til å delta

---

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

## Intervjuguide

### *Personalia/opplysninger:*

Hvilken utdanning har du?

Hvor lenge har du jobbet med hverdagsrehabilitering?

Hva har du av tidligere arbeidserfaring innenfor helsesektoren?

### *Spørsmål om det tverrfaglige samarbeidet:*

Når begynte du å samarbeide med andre profesjoner?

Hvem samarbeider du med i hverdagsrehabilitering?

Hva er bakgrunnen til samarbeidet?

Hvordan foregår samarbeidet?

Når snakker dere sammen og hva snakker dere om?

Hvordan rapporterer dere og deler vurderinger/informasjon?

Samarbeider dere om informasjonen om brukeren som lagres?

Hvordan dokumenterer dere informasjon?

Hvilken møtearena har dere?

Hvor mange ganger møter alle profesjonene som samarbeider i teamet under behandlingsforløpet?

Har dere felles videreutdanning/ fagdager / kurs innenfor hverdagsrehabilitering?

Hvilken kunnskap er spesiell innenfor din profesjon i samarbeidet?

### *Spørsmål om funksjon:*

Hvilken brukergruppe jobber hverdagsrehabilitering med?

Har denne gruppen noe særegent ved dem?

Hvilke utfordringer har brukergruppen i hverdagen?

Er det inklusjonskriterier for å få tilbud om hverdagsrehabilitering, i så fall hvilke?

Hva legger du i begrepet funksjon tilknyttet mennesker?

Hva tenker du funksjonstap innebærer blant eldre mennesker?

Hvordan kan eventuelle funksjonstap påvirke mål innenfor hverdagsrehabilitering?

*Spørsmål om kartlegging:*

Hva legger du i begrepet mål?

Hva er et mål?

Hva er målet innenfor hverdagsrehabilitering?

Hvordan kartlegges mål innenfor hverdagsrehabilitering?

Brukes det kartleggingsverktøy?

Hvilke kartleggingsverktøy benyttes?

Hva forteller disse kartleggingsverktøyene?

Er det forskjellige kartleggingsverktøy mellom profesjonene i teamet?

Hvordan blir denne kartleggingen en del av samarbeidet mellom profesjonene?

Hvordan blir kartleggingen en del av målsettingen?

Brukes det retningslinjer innenfor målsetting i hverdagsrehabilitering?

Hvilke muligheter har brukeren til å påvirke målene som blir satt?

Hvilke muligheter har profesjonen til å påvirke målene som blir satt?

Hvilken vurdering gjøres under kartleggingen for å sikre realistiske mål?

Hvem blir målene satt for og hvorfor?

Ved uenighet av målsetting, hva skjer da?

Hvor mange ganger møter dere brukeren under kartleggingen av mål?

*Iverksetting av mål:*

Hvordan går det tverrfaglige teamet frem for å iverksette tiltak for å nå målene som er satt?

Hvordan bidrar din profesjon til målet som er satt?

Hvilke utfordringer finnes det tilknyttet måloppnåelse?

Hvordan samarbeider profesjonene for å nå målene som er satt?

Hvilke vurderinger er satt inn for å vurdere tiltakene som er satt inn for å nå målet?

Hvilke muligheter er det for å måle om målene er nådd?

Hvem har ansvar for at målene skal nås?

På hvilke måter kan samarbeidet mellom profesjonene påvirke måloppnåelsen?

På hvilke måter kan brukeren påvirke måloppnåelsen?

Opplever du at alle profesjonene som samarbeider jobber mot det samme målet?



*Vurdering av mål:*

Hvem bestemmer når målene er oppnådd innenfor hverdagsrehabilitering?

Hvordan vurderes måloppnåelse?

Hva skjer hvis det ikke er noen måloppnåelse?

*Annet:*

Hva er din erfaring med mål innenfor hverdagsrehabilitering/ rehabilitering?

Finnes det forbedringsmuligheter innenfor samarbeidet ved hverdagsrehabilitering?

Er det noe mer du tenker er viktig å få med innenfor hverdagsrehabilitering som ikke er blitt spurt om?