

MASTEROPPGAVE

Emnekode: FHE5001

Navn på kandidat: Anette Gaaserud

Hverdagsrehabilitering teamene sine
erfaringer med pasientforløp

Dato: 18.05.2021

Totalt antall sider: 81

Innholdsfortegnelse

Innholdsfortegnelse	i
Forord	iii
Sammendrag	iv
Abstract	v
1.0 Innledning.....	1
1.1 Bakgrunn	1
1.2 Problemstilling	3
1.3 Avgrensning	3
1.4 Begrepsavklaring.....	4
1.4.1 Hverdagsrehabilitering	5
1.4.2 Brukermedvirkning	5
1.4.3 Rehabilitering	6
1.4.4 Helhetlig pasientforløp.....	6
2.0 Teoretisk rammeverk.....	7
2.1 Endringsprosess og mestring.....	7
2.2 Den biopsykososial modell	9
2.3 ICF- en felles modell og et felles språk.....	11
2.4 Samhandlingsreformen.....	14
3.0 Tidligere forskning	16
3.1 Litteratursøk	18
4.0 Vitenskapsteoretiske betraktninger og metodevalg.....	18
4.1 Vitenskapsteoretisk ståsted	18
4.1.1 Fenomenologi og dens plass i denne studien	19
4.1.2 Hermeneutikk og dens plass i denne studien	20
4.2 Valg av forskningsmetoder	20
4.3 Det kvalitative forskningsintervjuet som datainnsamlingsmetode.....	21
4.3.1 Rekruttering og utvalg.....	22
4.3.2 Utarbeiding av intervjuguide.....	23
4.3.3 Gjennomføring av intervjuene	24
4.4 Transkribering	26
4.5 Dataanalyse	26
4.6 Forskningsetiske betraktninger	29
4.6.1 Lovpålagt meldeplikt.....	29
4.6.2 Informert samtykke	30
4.6.3 Konfidensialitet	30
4.6.4 Den praktiske etikk og forskerens rolle.....	30
4.6.5 Koronaens betydning for gjennomføring av studien.....	33
4.7 Vurdering av studiens kvalitet.....	34
4.7.1 Validitet og generaliserbarhet	35

4.7.2 Reliabilitet	36
5.0 Presentasjon av funn.....	37
5.1 Pasienten i fokus.....	39
5.1.1 Alle livsområder er viktige.....	40
5.1.2 Se med forskjellige briller- hverdagsmestringsbriller	41
5.1.3 Se ting i en kontekst	42
5.2 Dra i samme retning	45
5.2.1 Den røde tråden- en felles forståelse og tankesett.....	45
5.2.2 Kjenner hverandres kompetanse, styrker og begrensninger.....	48
5.3 Gode overganger	51
5.3.1 Tid	51
5.3.2 Forløpene.....	52
5.3.3 Endring, bevisstgjøring og forventninger.....	57
6.0 Diskusjon.....	59
6.1 Pasienten i fokus.....	59
6.1.1 Alle livsområder er viktig	60
6.1.2 Se med forskjellig briller- hverdagsmestringsbriller.....	64
6.1.3 Se ting i en kontekst	66
6.2 Dra i samme retning	69
6.2.1 Den røde tråden- en felles forståelse og tankesett.....	69
6.2.2 Kjenner hverandres kompetanse, styrke og begrensning	72
6.3 Gode overganger	73
6.3.1 Tid	74
6.3.2 Forløpene.....	75
6.3.3 Endring, bevisstgjøring og forventinger.....	77
6.4 Svakheter og styrker ved studien	79
7.0 Avslutning	80
Litteraturliste	82
Vedlegg	i
Vedlegg 1: Intervjuguide gruppeintervju	i
Vedlegg 2: Intervjuguide individuelle intervju	ii
Vedlegg 3: Forespørsel om deltakelse	iii
Vedlegg 4: Samtykkeerklæring	vi
Vedlegg 5: NSD sin vurdering	vii
Vedlegg 6: Aktivitetshjulet	x

Forord

Slutten på en lærerik, inspirerende og utfordrende reise er snart i mål. Jeg er stolt over å nærme meg slutten på masteroppgaven. Veien har vært kunnskapsrik, travel, morsom og frustrerende, men fremfor alt spennende og givende. Landskapet har vært kupert og fargerikt. Det har gitt meg mulighet til å dykke ned i et tema jeg brenner for. Det har gitt meg tid til dype refleksjoner, større innsikt, ny kunnskap og et behov for å formidle denne kunnskapen videre til andre. Jeg vil gjerne takke alle som har gjort det mulig å fullføre denne studien og som har støttet meg i prosessen.

Takk til alle informantene som var villige til å stille opp og dele av sine refleksjoner og erfaringer. Takk til ledelsen i kommunene som har bidratt med vilje og lagt til rette for at de ansatte kunne bidra i studien. Uten dere hadde ikke studien kunne la seg gjennomføre.

Takk til familie, venner, kollegaer, arbeidsgiver og medstudenter for at dere gikk deler av veien sammen med meg og gitt meg oppmuntringer i prosessen. Støtten deres har vært uunnværlig.

Takk til veileder Per Kristian Roghell for all motivasjon, kloke ord og gode refleksjoner.

Tusen takk til fysiofondet som har bidratt til og gjort det mulig for meg å ta videreutdanning.



(Mestring.no, 2018)

Bodø, 18.05.2021

Anette Gaaserud

Sammendrag

Bakgrunn og hensikt:

Internasjonal og nasjonal forskning peker på utfordringer med et økende antall eldre med sammensatte og komplekse behov. På bakgrunn av dette kom samhandlingsreformen, som har fremhevet et behov for endringer i helse- og omsorgstjenestene. For å imøtekomme utfordringene har hverdagsrehabilitering blitt iverksatt som et av tiltakene.

Hverdagsrehabilitering er en intensiv, tidsavgrenset og tverrfaglig intervensjon i kommunen. Forløpene har som mål å fremme selvstendigjøring og mestring i hverdagsaktiviteter med utgangspunkt i pasientens egne mål. Formålet med denne studien er å få innsikt i hverdagsrehabiliteringsteamene sine erfaringer med helhetlige pasientforløp. Det er et ønske å utvikle kunnskap som kan brukes i det videre arbeidet innenfor hverdagsrehabilitering og rehabiliteringsforløp generelt.

Metode:

Kvalitative metoder er valgt for å besvare problemstillingen. Utvalget bestod av fire hverdagsrehabiliteringsteam med totalt 15 informanter i fire norske kommuner. Det ble foretatt seks dybdeintervju og fire fokusgruppeintervju av fagpersoner som jobber i hverdagsrehabiliteringsteam. Funnene ble analysert ved bruk av Malterud sin systematiske tekstkondensering.

Resultat:

Funnene resulterte i tre hovedkategorier: 1) pasienten i fokus, 2) dra i samme retning og 3) gode overganger. Funnene indikerer at tett samarbeide og kontinuerlig evaluering er grunnleggende for at forløpene skal lykkes. Kunnskapsformidling til pasient, pårørende og andre aktuelle aktører er nødvendige for å skape en felles forståelse slik at alle jobber mot felles mål. Faglige og personlige egenskaper betraktes som avgjørende for å få frem pasientens hverdags utfordringer og ressurser.

Konklusjon:

Funnene indikere at hverdagsrehabilitering kan bidra til helhetlige pasientforløp. Det krever et tett samarbeide, kunnskap og forståelse med pasient, pårørende og samarbeidspartnere. Det er behov for mere forskning innenfor feltet.

Nøkkelord: Hverdagsrehabilitering, helhetlig pasientforløp, hverdagsrehabiliteringsteam, samhandling og tverrfaglighet.

Abstract

Background and purpose:

International and national research points to challenges with an increasing number of older people with complex and complex needs. Based on this came the co-operation reform which has highlighted a need for change in the healthcare services. To meet the challenges, reablement has been implemented as one of the measures. Reablement is an intensive, time-limited and interdisciplinary intervention in the municipal. The course aim is to promote independence and master in everyday activities based on the patient's goals. The purpose of the study is to gain insight into reablement teams experiences with holistic patient course. It is a desire to develop knowledge that can be used in the further work with reablement and rehabilitation processes in general.

Methods:

Qualitative methods have been chosen to elucidate the research question. The sample consisted of four reablement teams with a total 15 informants in four Norwegian municipalities. Six in-depth interviews and four focusgroup interviews were conducted by professionals who work in reablement teams. The findings were analyzed using Malterud's systematic text condensation.

Results:

The findings resulted in three main categories: 1) the patient in focus, 2) pulling in the same direction and 3) good transitions. The findings indicate that close collaboration and continuous evaluation are fundamental for the processes to be successful. Dissemination of knowledge to patients, relatives and other relevant actors is necessary to create a common understanding so that everyone goes in the same direction. Professional and personal qualities are considered crucial to bring the patient's everyday challenges and resources.

Conclusion:

The findings indicate that reablement can contribute to a holistic patient course. It requires close collaboration, knowledge and understanding with patient, relatives and spouse. There is a need for more research in the field.

Keywords: Reablement service, reablement teams, holistic patient course, everyday rehabilitation, homebased services, interprofessional collaboration.

1.0 Innledning

I denne studien søkes det innsikt om hverdagsrehabilitering kan bidra til helhetlige pasientforløp. Utvalget i studien består av fire hverdagsrehabiliteringsteam i fire norske kommuner som har iverksatt hverdagsrehabilitering.

Oppgaven er inndelt i syv kapitler. I det *første kapitlet*, innledningen, beskrives bakgrunnen for valg av tema, samt studiens hensikt og problemstilling. Det redegjøres for sentrale begreper i studien samt avgrensinger som er foretatt. I det *andre kapitlet* presenteres det teoretiske rammeverket, og i *kapittel tre* redegjøres det for tidligere forskning. *Kapittel fire* tar for seg studiens vitenskapelige ståsted og metodevalg, samt refleksjoner over studiens kvalitet og etiske overveielser. Funnene i undersøkelsen presenteres i *kapittel fem*. Videre blir funnene diskutert sett i lys av problemstillingen i *kapittel seks* med støtte fra relevant litteratur og tidligere forskning. Styrker og svakheter ved studien blir også drøftet her. *Kapittel syv* inneholder en kort oppsummering av hovedtrekkene i studien og konklusjoner, samt drøfting av mulig videre arbeid. Til slutt presenteres en litteraturliste over anvendte referanser samt vedlegg.

1.1 Bakgrunn

I følge Verdens helseorganisasjon (WHO) fører store demografiske utfordringer og et økende antall eldre med kroniske og sammensatte behov, for endringer innen helse- og omsorgstjenestene globalt (WHO, 2002). WHO trekker frem at pasientsentrert og integrert omsorg, at tjenestene tilbys i nærmiljøet, støtte selvstendigjøring samt tverrfaglige team som noen hovedpunkter for å imøtekomme utfordringene (Jokstad, Skovdahl, Landmark & Haukelien, 2019).

Samhandling fremheves av både WHO (WHO, 2010) og norske myndigheter (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009) som en nødvendig faktor for å ivareta de komplekse behovene innbyggere i kommunene har. Samarbeid mellom profesjonene trekkes frem av WHO som den beste måten å håndtere økende press på helsetjenestene på. Det påpekes at samhandling i praksis utnytter både kapasitet og kompetanse. Det skaper bedre tilgang til koordinerte helsetjenester, bedre helsetilbud og pasientsikkerhet (WHO, 2010).

Samhandlingsreformen, helse- og omsorgstjenesteloven og nasjonal helse- og omsorgsplan (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015b; Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011; Helse- og omsorgsdepartementet, 2009) er nasjonale føringer som legger vekt på en «aktiv aldring» og

«rehabiliterende tjenester» (Førland & Skumsnes, 2016). Et av hovedmålene i samhandlingsreformen (Helse-og omsorgsdepartementet, 2009) er at spesialisthelsetjenesten og kommunalhelsetjenesten skal tilby helhetlige og integrerte tjenester før og etter sykehus opphold og bidra til helhetlige pasientforløp (Heiberg et al., 2016). Reformen har fått kritikk for å være strukturorientert med manglende fokus på helsepersonell og pasient (E. Vik, 2018).

Hverdagsrehabilitering i Norden, har sitt opphav i Östersund i Sverige. De valgte begrepet hjemme-rehabilitering som et overordnet begrep for spesialisert rehabilitering og «vardagsrehabilitering» (Månsson, Nordholm, Andersson, Mikaelsson & Ekman, 2006). Fredericia kommune i Danmark ble inspirert av tjenestemodellen og tok den i bruk i 2007, men valgte å fokusere mer på hverdag enn hjemmet og omtalte tjenesten som hverdagsrehabilitering (Kjellberg, Ibsen & Kjellberg, 2013). Modellen blir omtalt som Fredericia- modellen og har vært til inspirasjon for Norge.

Hverdagsrehabilitering er ikke en lovpålagt tjeneste i Norge slik rehabilitering i kommunene er (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011). I melding til Stortinget 26 «fremtidens primærhelsetjeneste- nærhet og helhet», trekkes hverdagsrehabilitering frem som satsningsområde og som en av omsorgstjenestenes viktigste muligheter (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015a). Innføringen av hverdagsrehabilitering startet i norske kommuner i 2012. Hverdagsrehabilitering er et av flere tiltak som er iverksatt for å øke brukervedvirkning, mestring samt selvstendighet i egen hverdag for å kunne møte utfordringene (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013).

Det trekkes frem flere kjernepunkter ved etablering og drift av hverdagsrehabilitering. Et er at tilbudet må forankres i politisk og faglig ledelse i kommunen. Et annet er at det er gjensidig anerkjennelse mellom de ulike helse- og omsorgstjenestene, inkludert i hverdagsrehabiliteringstjenesten og respekt for hverandres ulikheter og egenart. Et tredje er at det er uavhengig av diagnose og alder samt pasientens motivasjon for trening og mestring er grunnleggende (Førland & Skumsnes, 2016). Hverdagsrehabilitering har mye til felles med annen rehabilitering. Den retter seg mot personer som har opplevd et funksjonsfall som følge av skade eller sykdom. Personene er ofte eldre og står i fare for å bli mindre selvstendige og avhengige av hjemmetjenester, men hverdagsrehabilitering kan gis til personer i alle aldre. Et grunnleggende prinsipp er at opptreningen skal starte kort tid etter funksjonsfallet. Et annet prinsipp er at rehabiliteringen er tidsavgrenset og varer fra fire uker til tre måneder, men kan gjentas ved nye funksjonsfall. I rehabiliteringsperioden trener ofte pasienten intensivt og med

stor egeninnsats. Treningen tilpasses ønsker og mål personen selv velger ut fra egen hverdag og eget liv. Rehabiliteringen gjennomføres i hjemmet og nærmiljøet. Forskjellige yrkesgrupper som sosionomer, ergoterapeuter, fysioterapeuter og sykepleiere samarbeider med den ordinære hjemmetjenesten i kommunen om å gi bistand til personens egeninnsats for å oppnå størst mulig grad av mestring av de hverdagsaktiviteter som er av betydning for personen. I Norge brukes vanligvis kartleggings- og vurderingsredskapet COPM (Canadian Occupational Performance Measure) som hjelpemiddel for å få frem pasientens egen definerte mål og SPPB (Short Physical Performance Battery) som består av noen funksjonstester for å dokumentere utvikling (Fürst & Høverstad, 2014; Førland & Skumsnes, 2016; Hartviksen & Sjølie, 2017; Tuntland & Ness, 2014).

I Norge finnes det hovedsakelig to organisasjonsmodeller for hverdagsrehabilitering som er videreutviklet av hensyn til kommunal - og lokal tilpasning. Spesialistmodellen består av tverrfaglig rehabiliteringsteam som står for hele prosessen fra kartlegging, planlegging, trening og evaluering. Integrert modell består av rehabiliteringsteam og hjemmetrenere som er tilknyttet hjemmetjenesten (Tuntland & Ness, 2014).

1.2 Problemstilling

Studien tar utgangspunkt i følgende problemstilling:

Kan hverdagsrehabilitering bidra til helhetlige pasientforløp?

Problemstillingen fungerer også som forskningsspørsmål og er utdypet gjennom intervjuguiden.

Formuleringen *bidra til helhetlige pasientforløp* søker å presisere at det fokuseres på deltakernes erfaringer, refleksjoner, opplevelser og oppfatninger fra de implementerte hverdagsrehabilitering til der teamet er i dag.

Ved å inkludere *pasientforløp* og *helhetlig* i problemstillingen vises det til en holistisk tilnærming til deltakernes erfaringer/opplevelser.

1.3 Avgrensning

Studien begrenses til fagpersoner som jobber i hverdagsrehabiliteringsteam innenfor kommunehelsetjenesten i Norge. Det er valgt å ikke adskille organisasjonsmodellene fordi

begge tar utgangspunkt i samme rammeverk, selv om de kan ha en praktisk betydning for gjennomføringen av hverdagsrehabilitering. Kommuner av varierende størrelse er inkludert i studien. Hjemmetjenestene samt pasient og pårørende perspektiver er ikke inkludert i denne studien. Det er valgt å belyse problemstillingen ut fra teori om biopsykososial modell, ICF modellen, mestrings og endringsteori. I tillegg er samhandlingsreformen inkludert da den vektlegger helhetlige pasientforløp og legger føringer for tjenestene. «Alle livsområder» i denne studien tar utgangspunkt i aktivitetshjulet som anvendes i hverdagsrehabilitering (vedlegg 6).

Det er valgt kvalitative metoder for å utforske erfaringene og refleksjonene til informantene samt besvare problemstillingen. Gjennom datainnsamlingen ønskes det å få frem informantenes subjektive erfaringer og beskrivelser med pasientforløp innenfor hverdagsrehabilitering. Ved å få innsyn i informantenes praksis ønskes det å bidra til utvikling av ny kunnskap i hverdagsrehabilitering da det er forsket lite på dette området. Det ønskes også å kunne bidra til kunnskap generelt innenfor rehabiliteringsfeltet. Hverdagsrehabilitering har mange likhetstrekk med rehabilitering. Kvalitative tilnærminger egner seg også godt for å utforske dynamiske prosesser som samhandling og helhet (Malterud, 2017). En kvantitativ tilnærming kunne belyst fenomenet med andre nyanser og et større datamateriale, men grunnet problemstillingen er kvalitativ tilnærming vurdert som best egnet til å besvare dette.

En kombinasjon av fenomenologi og hermeneutikk er valgt for å forstå og tolke datamaterialet. Datamaterialet fra fokusgruppeintervjuene og dybdeintervjuene er vurdert ikke hensiktsmessig å skille fra hverandre da funnene har flere likhetstrekk samt omtaler det samme fenomenet. Diskusjonen vil ta utgangspunkt i funnene i studien og belyses ut fra teori presentert i oppgaven samt annen relevant litteratur. Styrker og svakheter av studien vurderes i slutten av diskusjons kapitlet. Konklusjonen samt forslag til videre forskning er i avsluttende del av oppgaven.

1.4 Begrepsavklaring

I de neste avsnittene gjøres det en kort begrepsavklaring av relevante begreper innenfor hverdagsrehabilitering.

1.4.1 Hverdagsrehabilitering

Hverdagsrehabilitering i Skandinavia defineres som en tidsavgrenset prosess med klare mål, definert av pasienten. Personens egeninnsats vektlegges. Andre fellestrekk er vektleggingen av tverrfaglig innsats. Formålet er økt selvstendighet, mestring og deltakelse sosialt og i samfunnet og er rettet mot personer som har opplevd et funksjonsfall. Hverdagsrehabilitering er en tidsavgrenset, intensiv og målrettet rehabilitering som foregår i personens hjem. Tjenesten er i tett samarbeide og i integrasjon med hjemmetjenesten. Hovedformålet og tema er hverdagsaktiviteter med utgangspunkt fra brukerens ønsker og behov (Tuntland & Ness, 2014). I hverdagsrehabilitering stilles pasienten spørsmålet «hva er viktig for deg?» og «hvilke aktiviteter er viktige i livet ditt nå?». Motivasjon og potensiale for rehabilitering vurderes i hverdagsrehabiliteringsteamet. Ut fra pasientens mål lages det en rehabiliteringsplan. Etter endt rehabiliteringsperiode foretas det oppfølgingsbesøk (Førland & Skumsnes, 2016).

1.4.2 Brukermedvirkning

I hverdagsrehabilitering er det brukeren som er i fokus. En bruker er definert som «*en person som anmoder om eller mottar tjenester omfattet av helse – og omsorgstjenesteloven som ikke er helsehjelp*». (Helse- og omsorgsdepartementet, 1999, § 1-3). I denne studien brukes begrepet bruker og pasient som beskrivelse på en person som mottar hverdagsrehabilitering. Helsehjelp er handling som har forebyggende, diagnostisk, behandlende, helsebevarende, rehabiliterende eller pleie og omsorgsformål og som utføres av helsepersonell (Helsepersonelloven, 1999, § 3).

Brukeren har rett til å medvirke som innebærer at brukeren betraktes som en likeverdig partner i diskusjoner og beslutninger i egen situasjon. Tjenestene har plikt til å involvere brukere da brukermedvirkning er lovfestet. Mennesker som søker hjelp vil gjerne styre over eget liv, motta hjelp på egne premisser samt bli sett og respektert. Brukermedvirkning er grunnleggende i kartleggingen av brukerens situasjon. Brukeren kan påvirke omgivelsene gjennom egne valg og ressurser, som kan bidra til å styrke brukerens motivasjon. Motivasjon og opplevelse av mestring kan bidra til en positiv effekt på brukerens bedringseffekt. I motsatt fall kan manglende opplevelse av mestring føre til hjelpeløshet (Helsedirektoratet, 2017).

1.4.3 Rehabilitering

Hverdagsrehabilitering er i samsvar med definisjonen på habilitering og rehabilitering. Det er definert som *«det skal ta utgangspunkt i den enkeltes brukers og pasients mål. Videre er rehabilitering målrettet samarbeidsprosesser på ulike arenaer mellom pasient, bruker, pårørende og tjenesteytere»*. Formålet med tjenesten beskriver helse- og omsorgsdepartementet som *«den enkelte pasient og bruker som har eller står i fare for å få begrensninger i sin fysiske, psykiske, kognitive og sosiale funksjonsevne, skal gis mulighet til å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse i utdanning og arbeidsliv, sosialt og i samfunnet.»* (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011, § 1-4).

1.4.4 Helhetlig pasientforløp

Helsedirektoratet definerer helhetlig pasientforløp som *«En helhetlig sammenhengende beskrivelse av en eller flere pasienters kontakt med ulike deler av helsevesenet i løpet av en sykdomsperiode»*. Videre beskriver de at helhetlig pasientforløp har en bred tilnærming og går på tvers av nivåer og virksomheter. Helsedirektoratet peker på at helhetlig pasientforløp har flere kjennetegn. Det første er kontinuitet, der samhandling bidrar til koordinerte tjenester. Det andre er samarbeid med gjensidig forpliktelse mellom to eller flere virksomheter over tid. Det tredje kjennetegnet er sømløshet, som er overføring av informasjon og oppgaver til rett tid. Det fjerde er pasientsentret, der pasienten deltar i beslutninger om målsetning og utforming av tiltak. Tilslutt er det femte kjennetegnet informasjonsdrevet, der fremdriften i forløpet er kontinuerlig basert på kunnskap og opplysninger om pasientens tilstand og behov (Helsedirektoratet, 2020).

Helhet er et begrep som ofte brukes innenfor rehabilitering. Forståelse av helhet i denne oppgaven er *«alle livsområdene»* som tar utgangspunkt i aktivitetshjulet (vedlegg 6) hvor individet står i sentrum og livsområdene befinner seg rundt individet. Samt forståelse fra definisjonen om rehabilitering som består av det fysiske, psykiske, sosiale og kognitive funksjonsevne (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011; Helsedirektoratet, 2020).

Pasientforløp omtales i flere Stortingsmeldinger og gjerne i forbindelse med samhandlingsreformens intensjoner. Samhandlingsreformen er med på å synliggjøre utviklingen av behandlingslinjer og pasientforløpstenkning hvor det fremheves at gode helhetlige pasientforløp i større grad bør bli en felles referanseramme for aktørene i helse- og omsorgstjenestene (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009). Pasientforløp som begrep er et

uttrykk for prosesstenkning. Det jobbes med å kombinere allmenn medisinsk og helsefaglig kunnskap med lokale forutsetninger for å konkretisere gode pasientforløp. Pasientforløpene fungerer som en fellesnevner som definerer standarden for utformingen av samhandling mellom aktører og utformingen av økonomiske incentiver (Vabo & Vabø, 2014).

2.0 Teoretisk rammeverk

Samhandlingsreformen, helse- og omsorgsloven samt pasient- og brukerrettighetsloven er med på å danne grunnlaget for endringer i helse- og omsorgstjenestene i Norge. I tillegg til dette ønskes det å belyse problemstillingen ut fra den biopsykososiale modellen, ICF modellen samt teori om mestring og endringsprosesser.

2.1 Endringsprosess og mestring

Livshendelser som sykdom, ulykker eller andre mindre brå hendelser som påvirker vår fysiske- eller psykiske helsetilstand utfordrer vår evne til mestring. Mestring består av komplekse prosesser knyttet til belastninger og endringer i livet. Endring er ingen lineær bevegelse, men en dynamisk prosess. Mestringsveien kan oppleves som usikker og kaotisk. Personen kan pendle mellom opplevelse av forvirring og forståelse, lukke og åpne seg, mellom det å forsvare seg, miste taket på situasjonen og å mestre praktisk handling ut fra det situasjonen krever, og det som er fysisk mulig. I mestringsprosessen kan det komme mange følelser som håp og avmakt, glede og fortvilelse, tillit og mistillit, takknemlighet og irritasjon, engstelse, nedtrykthet og sinne (H. Eide, Eide & Eide, 2017). Antonovsky beskriver at evnen til mestring er forskjellig og kan knyttes til motstandskraft. Begripelige, håndterbarhet og meningsfullhet er sentrale faktorer i hans teori om salutogenese som fremmer opplevelse av sammenheng (Antonovsky & Lev, 2000). En viktig oppgave er å hjelpe personen med å mestre situasjonen bedre. Der pasienten får oppfølging på tvers av faggrupper og tjenester kan hjelp til mestring være å sørge for kontinuitet og *gode overganger* (Tveiten & Boge, 2014). Helsepersonell kan bidra til å styrke pasienters hverdagsmestring gjennom å avklare hva som er viktig for personen, utvikle gode planer sammen med pasienten og motivere for å nå målene personen har satt seg (Hauge, Jokstad, Landmark & Skovdahl, 2016).

Personorientert kommunikasjon, vil si at man ser pasienten som en hel person, med iboende ressurser og muligheter, egne verdier og prioriteringer samt individuelle ønsker og mål når det gjelder egen helse og livssituasjonen for øvrig. Kommunikasjonsformen forutsetter at man

lytter aktivt til det verbale samt er oppmerksom på nonverbale signaler og ser den andre som en unik person. *Personorientert kommunikasjon* består av *fire grunnleggende elementer*. Det første elementet består i å anerkjenne *pasientens perspektiv*. Det andre er å forstå pasientens *psykososiale kontekst*. Element tre består i å nå frem til en *felles forståelse* sammen med pasientens verdier. Det siste elementet handler om å stimulere pasientens til å utføre *selvbestemmelse og ta kontroll over egen situasjon* der dette er mulig (H. Eide et al., 2017).

Kommunikasjon kan komme til uttrykk både gjennom det verbale og nonverbale mellom to eller flere personer. Kunsten består i å være tilstedeværende ved å oppdage og gripe øyeblikket når pasienten uttrykker seg verbalt og nonverbalt noe som er vesentlig for personen. Pasienter kan ofte uttrykke seg gjennom indirekte antydninger og hint. Det forutsetter derfor at fagpersoner lytter både til det som bli sagt, men også til det som ikke sies. Det kan handle om å fange opp det som kommer til uttrykk indirekte gjennom ordvalg, kroppsspråk, stemmebruk og ansiktsuttrykk (Seikkula & Arnkil, 2013).

Selvbestemmelse, tilknytning og følelse av kompetanse eller *mestring* kan bidra til å styrke pasienters indre motivasjon for å gjennomføre sitt helseprosjekt, som å trene på aktiviteter som har blitt utfordrende. Behovet for selvbestemmelse kan imøtekommes gjennom å lytte aktivt, inkludere pasientens tanker om hva som er viktig, og tilrettelegge for samvalg om mål og veien fremover. I praksis kan det blant annet gjøres ved å stille spørsmålet «*Hva er viktig for deg?*». Det kan være uvant å skulle formulere og kjenne etter hva som er viktig for en selv. Spørsmålet bør derfor tilpasses slik at man inviterer personen til å formulere hva som er verdifullt og viktig i den aktuelle situasjonen. På den måten kan en legge opp til at man sammen med pasienten kan finne en vei fremover basert på verdier og ønsker (Tveiten & Boge, 2014).

I endringsprosesser og rehabiliteringsarbeid der det forventes at pasienten selv skal delta aktivt i egen prosess, er indre motivasjon avgjørende for resultatet. Mestring spiller derfor en sentral rolle og forutsetter at man lytter aktivt, anerkjenner pasientens behov for selv å ha kontroll over egen situasjon og respektere grensene for personens mestringsfølelse (H. Eide et al., 2017; K. M. Hjelle, Alvsvåg & Førland, 2016). I mestringsarbeide er det grunnleggende at fagpersoner har tid til å lytte til pasienten. Pasienten kan holde tilbake viktig informasjon for ikke å være til belastning for helsepersonellet (H. Eide et al., 2017).

Samarbeide i team er gjerne å arbeide mot et felles mål og hvor gruppen har en funksjon den skal fylle. En felles forståelse er karakteristiske for grupper som oppleves som gode og

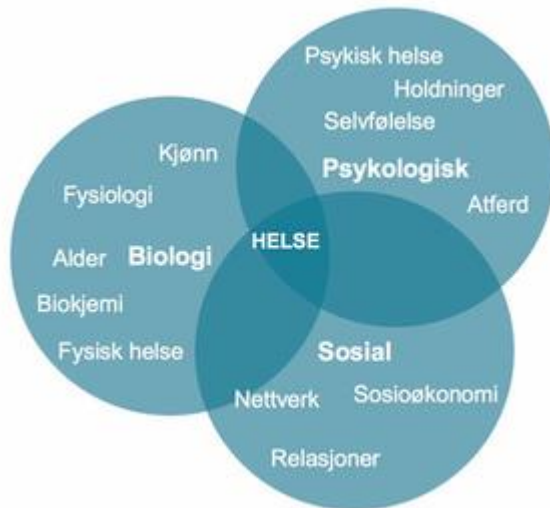
inspirerende av deltagerne. Et annet sentralt kjennetegn er at deltagerne opplever støtte i gruppen gjennom åpenhet, tillit og gjensidig interesse for hverandre og det bidraget den enkelte kan gi. Sjenerøsitet er et tredje viktig kjennetegn hvor det er rom for forskjellighet, anerkjennelse av hverandre og gi hverandre ros og støtte i arbeidet. Lederen spiller en sentral rolle for å ivareta relasjonen i gruppen og inspirerer og lede arbeidet frem til et godt resultat. Det er en forutsetning for at en gruppe skal fungere godt at enkelt medlemmer utøver lederfunksjoner som å ta ansvar, vise initiativ og bidra til å løse gruppens oppgaver. I grupper har alle ansvar for å bidra til god atmosfære og at oppgavene blir løst på en god måte. Man må ofte selv styre sin tid og utøve det faglige ansvaret i ulike situasjoner, ofte kalt selvledelse. Alle kan bidra til å lede gruppen fremover. I denne sammenhengen kan samarbeid og ledelse bli sett på som to sider av samme sak. Det er normalt i en del av en gruppeprosess med uenigheter og konflikt. Gruppeprosesser gjennomgår gjerne ulike faser som er preget av produktivitet og samarbeide, andre av motstand og indre konflikter. Personer som er delaktige i gruppeprosesser går ofte inn i ulike roller. Disse elementene i gruppedynamikken er normalt (H. Eide et al., 2017; C. F. Moe, Gårseth-Nesbakk & Brinchmann, 2019).

Prosesstenkning er et av de sentrale kjennetegnene i helse- og velferdstjenestene. Denne tenkemåten kommer blant annet til uttrykk gjennom etablering av pasientforløp og behandlingslinjer. Prosesstenkning innebærer at en retter blikket mot verdiskapende prosesser hvor en er opptatt av å skape god kvalitet og kostnadseffektivitet i tjenestene ved å fokusere på organisasjonens kjerneoppgaver. Når prosessene er det primære for organisering og ledelse, kan det tilrettelegge for bedre samhandling med pasienter. Generell forløpstenkning har hatt betydning for organisering av helsearbeid. Behandlingslinjer er i økende grad et instrument i kvalitetsarbeid. Hensikten er å bidra til at mere lokale variasjoner i likeartede sykdommer blir redusert, og at den enkelte behandler fokus på kvalitet blir skjerpet (Vabo & Vabø, 2014).

2.2 Den biopsykososial modell

I ICF og i rehabiliteringsfeltet står det biopsykososiale perspektivet sentralt. George Engel (1977) anses som grunnleggeren av den biopsykososiale modellen som er blitt et viktig referansepunkt for helsefaglig arbeide. For å forstå hvilken betydning sykdom får for et menneske må en se på de biologiske, psykologiske og sosiale faktorene (Solvang, 2019). Den biopsykososiale modellen kan ses på som en forståelsesramme hvor en retter blikket mot

helheten og menneske samt et samspill mellom faktorene og kan påvirke funksjonsnivået. Modellen står i motsetning til den biomedisinske forståelsen som legger til grunn en snevrere forståelse av fysisk skade eller sykdom (Arbeidoghelse.no, 2021). En sentral del av denne modellen er at kunnskap om at tanker, følelser, adferd, kropp og omgivelser henger sammen og gjensidig påvirker hverandre (Engel, 1977).



Biopsykososial modell (Helselosen.no, u.å.).

En biopsykososial orientering handler om å ha en dialog og at en lytter. Den praktiske implementering av modellen krever en passende setting og tid til å gjennomføre ønsket dialog med pasientene. Tilrettelegging av nok tid til personalmøte, drøfting av pasienten, diskusjon og tilbakemeldinger vil fremme bruken av den biopsykososiale modellen (Biderman, Yeheskel & Herman, 2005). Å jobbe etter biopsykologisk forståelse handler om å se sammenhenger og gi ny mening. En helhetlig multifaktoriell forståelse erkjenner sammensatte interaksjoner mellom biologiske, psykologiske og sosiale forhold. Det handler om å kartlegge ressurser og mestringsfaktorer nøye. Ved å legge dette puslespillet sammen med pårørende kan det gi ny innsikt og kunnskap om hvordan dette kan henge sammen. I fellesskap lages en plan for videre behandling. Mennesker kan lage historier for å finne mening og sammenhenger i sine opplevelser som er individuelle og unike. Historiene fortolkes av den som forteller og den som lytter, og hvilken historie som fortelles kan være avhengig av personen og den konteksten personen lever i. Erfaringene vedkommende har med seg kan påvirke hvordan personen oppfatter hvordan ting har blitt som de er. På dette område kommer den naturvitenskapelige teorien til kort. Gjennom å lytte og ha dialog med pasienten kan en

hjelpe til å se ting fra en ny vinkel og skape en ny fortolkning og skrive en ny historie. Den enkeltes opplevelser påvirker deres sykdom og sykdomsoppfattelse. Det kan ta tid å forstå kroppens språk og finne mening og sammenheng i det som skjer. Det kan være både somatiske og/eller psykiske utfordringer. Å forstå kroppens språk kan gjøre det forståelig og håndterbart som kan gi indre styrke, opplevelse av kontroll og bidra til mestring. Alvorlig eller kronisk sykdom kan sette menneskets bæreevne «på strekk». Det krever tid og kunnskap å se bak alle faktorene som kan spille inn (Larsen & Van Roy, 2014; Schwartz & Simonsen, 2013).

2.3 ICF- en felles modell og et felles språk

ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health) ble utviklet av verdens helseorganisasjon (WHO) i 2001 etter en omfattende revisjon av den tidligere versjonen ICIDH (International Classification of Impairment, Disability and Health) (Vik, 2004). Bakgrunnen for revideringen var et behov for et klassifikasjonssystem som kunne si noe om konsekvensene sykdom og skade kan få for et individ. Modellen er dynamisk og viser til sammenhengen mellom en persons helsetilstand, omgivelser og personlige faktorer (Pran, 2007). ICF er både en modell og et klassifiseringssystem som sier noe om funksjon, funksjonshemming og helse, og praktiseres i ulik grad innenfor rehabiliteringsfeltet. ICF er et felles begrepsapparat og en modell som kan brukes til å illustrere en forståelse av helheten i rehabilitering (Vik, 2004).



ICF- modellen (KITH, Sosial- og helsedirektoratet & WHO, 2006, s. s.14).

Den individ rettede viser endinger i en persons kroppslige forutsetninger og muligheter til å utføre aktiviteter og delta i samfunnet. Miljøfaktorene kan ha en positiv eller negativ innvirkning på pasientens sin kropp, muligheter til å utføre aktivitet og deltakelse. Funksjons utfordringer kan ses fra en sosial- og medisinsk forståelse. Medisinsk forståelse har fokus på individet. Forståelsen ser på hvilke konsekvenser skade eller sykdom kan ha for pasientens kroppsfunksjoner- og strukturer, samt måten personen kan utføre aktiviteter på. I tillegg ses det på hvilken deltakelse personen har i sine omgivelser og samfunn. Det sosiale perspektivet ser på funksjonshemming som et fenomen samfunnet har skapt. Personen blir hemmet som følge av manglende tilrettelegging i omgivelsene. Begge forståelsene er integrert i ICF, i en biopsykososial tilnærming (Vik, 2004). Den biopsykososial forståelsen av mennesket innebærer biologiske, psykologiske og sosiale faktorer som påvirker pasienters funksjonsevne. Det kan gi et bredere fokus på pasientens behov. Miljøfaktorer er kontekstuelle faktorer som påvirker funksjonsnivået sammen med de personlige faktorene som ikke klassifiseres i ICF. Miljøfaktorer er fysiske, sosiale og holdningsmessige omgivelser som pasienten befinner seg i og hvor pasienten lever livet sitt (KITH et al., 2006).

ICF klassifiserer helse og helserelevante forhold, ikke sykdom og personer. Den har et språk som skal kunne anvendes uavhengig av profesjon og kultur. Klassifikasjonen er bygd opp med dimensjonene kroppsfunksjoner- og strukturer, aktivitet, deltakelse, miljøfaktorer og personlige faktorer. Under dimensjonene er det underkapitler med unntak av personlige faktorer som er av stor betydning for modellen, men den er ikke en del av klassifikasjonen. Modellen er delt inn i seks ulike dimensjoner. Dimensjonen kroppsfunksjoner er beskrevet som organsystemets fysiologiske- og mentale funksjoner. Den andre dimensjonen kroppsstrukturer er anatomiske deler av kroppen, som organer, lemmer og deres bestanddeler. Aktiviteter er personens utførelse av oppgaver og handlinger. Den fjerde dimensjonen deltakelse er å engasjere seg i en livssituasjon. Miljøfaktorer er de fysiske, sosiale og holdningsmessige omgivelser som en person befinner seg i og lever livet sitt. Den sjette og siste dimensjonen er personlige faktorer som alder, kjønn, oppvekst, interesse og mestringsstrategier (Solvang & Slettebø, 2012; Vik, 2004).

I dimensjonene og modellen er aktivitet og deltakelse to separate dimensjoner, mens de er slått sammen i kapittelinnndelingen. Aktiviteter er den konkrete oppgaven pasienten utfører når man for eksempel reiser seg opp fra en stol, går til postkassen eller handler mat. Det betyr at det er aktivitetsfunksjoner som vurderes. Når gjøremålet utføres i den konteksten personen befinner seg i, som i hjemmet eller på matbutikken klassifiseres det som deltakelse. Skille

mellom aktivitet og deltakelse kan være klargjørende for måten en bruker begrepet funksjon på. Tankemodellen kan brukes for funksjonsvurdering av daglige aktiviteter og vurdere pasientens kapasitet til å mestre en aktivitet. Funksjonsvurdering av deltakelse skjer når gjøremålet utføres i en naturlig kontekst for pasienten. Deltakerbegrepet sier også noe om forhold som at pasienten har kontroll over eget liv (Vik, 2004).

ICF modellen kan synliggjøre noen av aspektene en må forholde seg til i rehabiliteringsarbeidet, og hvordan de påvirker hverandre. ICF er et hjelpemiddel til å vurdere funksjon relatert til kroppsfunksjoner og strukturer, aktivitet, deltakelse og miljøfaktorer. Miljøfaktorene handler om produkter og teknologi, naturlige og menneskeskaptede endringer i omgivelsene samt hvordan støtte fra andre, sosiale forhold, holdninger en blir møtt med, utforming av tjenester og politikk har på pasientens mulighet for aktivitet og deltakelse. Hvor man møter pasienten kan påvirke hva som vektlegges i kartleggingen, og hvordan det gjøres. ICF kartlegging kan være en hjelp til å unngå overlapping og som en sjekkliste på at alle relevante områder er kartlagt. Hva som skal kartlegges vurderes fra person til person. Pasienten er aktivt med på å vurdere sin egen funksjon (Vik, 2004).

Rehabiliteringspotensiale vurderer de fysiologiske og psykologiske mulighetene den enkelte har for å bli bedre. I ICF er det kroppsfunksjoner og strukturer som vurderes. Pasienten og teamet samarbeider om å vurdere funksjonsmuligheter og begrensninger sett i lys av alle dimensjonene (Hauge et al., 2016).

Rammeverket ICF er med på å tegne et bilde på de ulike områdene og innvirkningen de har på hverandre. Det kan fortelle noe om hvor skoen trykker mest og hvilke tiltak som bør iverksettes først. Det er pasientens forståelse og opplevelse av helhet helsepersonell skal forholde seg til. Modellen kan gi fagpersoner en større bevissthet om hvor mye som kan gjøres for å kartlegge og tilrettelegge miljøfaktorer for å øke muligheten for deltakelse. Kartlegging og tiltak skal være et skritt på veien for at pasienten skal kunne delta sosialt og i samfunnet på tross av sine begrensninger. Rehabilitering kan ses på som en indre prosess hos pasienten samt de ytre tiltakene. Et hjelpemiddel er tiltaksplanen. Planen synliggjør de konkrete tiltakene som skal utføres relatert til målene. Bedring kan vurderes ut fra kroppsfunksjon- og strukturer ved bruk av tester og undersøkelser. Vurdering for bedring av muligheter og deltakelse er pasientenes og familiens oppfatning viktige. Tverrfaglig samarbeide er grunnleggende i rehabilitering. Forløpet i rehabiliteringsprosessen endrer seg hele tiden og fagpersonene må kunne se sin rolle i denne prosessen. Kommunene har det

koordinerende ansvaret for rehabilitering. I ICF terminologien betyr det at kommunene er ansvarlig for å tilrettelegge slik at innbyggerne skal kunne utføre aktiviteter og deltakelse i sitt miljø. Deltakelse må tilrettelegges ut fra den enkeltes forutsetning (Vik, 2004).

Rammeverket er utviklet for å få et felles tverrfaglig og internasjonalt språk innenfor funksjon og funksjonshemming og helse i behandlingsforløp. Rammene bygger på fire dimensjoner; kroppsfunksjoner- og strukturer, aktiviteter, deltagelse og miljøfaktorer.

ICF definerer aktiviteter som en persons utførelse av oppgaver og handlinger. Deltagelse defineres som å engasjere seg i en livssituasjon. Videre defineres aktivitetsbegrensninger som vanskeligheter en person kan ha ved å utøve aktiviteter. Deltagelsesinnskrenkninger beskrives som problemer en person kan oppleve ved å kunne delta. Miljøfaktorer utgjør til sammen de fysiske, sosiale og holdningsmessige omgivelser hvor en person utfolder sitt liv. ICF klassifiserer ikke personene, men beskriver deres situasjon innenfor relatert til miljøfaktorer. Vurderingene ses i lys av miljø og personlighetsfaktorens hemmende og fremmende innvirkning (Solvang & Slettebø, 2012).

2.4 Samhandlingsreformen

Samhandlingsreformen rett behandling, på rett sted og til rett tid ble iverksatt i 2012.

Reformen la opp til et større ansvar på kommunene for oppfølging av rehabilitering.

Stortingsmeldingen fremhever at gode helhetlige pasientforløp i større grad enn tidligere bør bli en felles referanseramme for alle aktører innen helse- og omsorgsektoren. Formålet med forløpstenkingen er å bidra til at alle systemer og tjenester trekkes mot en retning slik at den enkelte selv kan mestre sitt liv eller gjenopprette funksjoner/egenmestring i størst mulig grad (Riksrevisjonen, 2017). Som en del av reformen kom ny helse- og omsorgstjenestelov i 2011 som skal sikre pasienter tidlig og god hjelp når de trenger det, nærmest mulig der de bor.

Gjennom et helhetlig og koordinert helse- og omsorgstjenestetilbud skal befolkningen sikret rett behandling, på rett sted, til rett tid (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011, § 1-1).

Bakgrunnen for reformen er den demografiske utviklingen, et økende antall eldre, kronisk syke og mennesker med sammensatte behov kan påvirke en bærekraftig samfunnsøkonomi. Målsetningen for reformen er å gi rett behandling til rett tid på rett sted, gjennom en helhetlig og koordinert helse- og omsorgstjeneste som er tilpasset den enkelte bruker. Dette skal gjøres ved å gi bedre og mer helhetlige tjenestetilbud, tidlig intervensjon og forebygge mere. For å påvirke helsetjenestene i ønsket retning inneholder samhandlingsreformen finansielle,

juridiske, faglige og organisatoriske elementer. Reformen fremhever at helse- og omsorgstjenestene har liten grad av systemer som understøtter pasienters behov for helhet i pasientforløpet og rettet inn mot pasientens samlede behov. Tjenestene kan da oppleves som fragmenterte og uoversiktlige for pasienten og utfordrende for aktørene. Ansvaret er fordelt på primærhelsetjenesten og omsorgstjenestene og spesialisthelsetjenesten (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009). Reformen har dannet bakgrunn for rekke studier og nasjonal evaluering (Norges forskningsråd, 2016).

I 2015 kom to Stortingsmeldinger om folkehelse og fremtidens primærhelsetjeneste som inneholder virkemidler for å nå målene i reformen. I Meld. St. 26 (2014-2015) Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet, er målet å skape pasientens helsetjeneste. I sentrum for utvikling og forbedring av helse- og omsorgstjenestene står pasientens behov. For å oppnå dette krever det endringer. Kommunene er grunnmuren for helse- og omsorgstjenesten må gjøres i stand til å oppfylle intensjonen om koordinerte og helhetlige pasientforløp (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015a).

I Stortingsmelding 26 om primærhelsetjenesten foreslås det å opprette tverrfaglige team i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. I mange land er teamarbeide en økende benyttet arbeidsform i organisering av helsevesenet. Tverrfaglige team kan bestå av ulike fagprofesjoner og andre yrkes grupper som sosionomer og administrativt personale. Teamet skal ha et felles definert mål, avklart rollefordeling og hyppige samarbeidsmøter både med og uten pasienten. I møtene kan man diskutere diagnose, behandlingstilnærming, prognose, oppfølging, hva pasienten synes er viktig, oppgavefordeling og målsetting. Pasienten skal få opplæring og støtte til mestring av egen sykdom av teamet (Folkehelseinstituttet, Forsetlund, Vist, Hove & Aamland, 2019).

Omsorg 2020 er en plan utarbeidet av regjeringen på omsorgsfeltet. Planen inneholder prioriterte satsningsområder sammen med konkrete tiltak i oppfølgingen av Stortingsmelding Morgendagens omsorg. Omsorg 2020 har en langsiktig plan i arbeidet om å styrke kapasiteten, kompetansen og kvaliteten i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Den ble lagt frem samtidig som Stortingsmeldingen *Fremtidens primærhelsetjeneste- nærhet og helhet*. Sammen med Folkehelsemeldingen- mestring og muligheter gir den et bilde av utfordringer, strategier og tiltak for en samlet helse- og omsorgstjeneste i kommunene (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015b).

Mestring og hverdagsrehabilitering er et av tiltakene for å legge til rette for egenmestring hvor pasientens egne erfaringer og ønsker er utgangspunktet for å skape et godt liv og for å utvikle gode tjenester. Målet er å styrke pasientens muligheter for opprettholdelse av funksjonsnivå så lenge som mulig. Egenmestring og rehabilitering må derfor være en integrert del av innsatsen i helse- og omsorgssektoren (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015b).

Formålet med forløpstenkingen er å bidra til at alle systemer og tjenester rettes inn mot hjelp slik at den enkelte selv kan mestre sitt liv eller gjenopprette funksjoner egenmestring i størst mulig grad. Grunnet de utfordringene helsetjenesten står overfor vil det bli en viktigere del av helsepolitikken å tilrettelegge for det ansvar som befolkningen må ta for egen helse. Et av målene er å få en tydeligere pasientrolle både gjennom helhetlige tjenester og gjennom gode pasientforløp. Pasientforløpsperspektivet skal påvirke både myndighetene og tjenestenes arbeid framover. Politiske føringer skal knyttes til helhetlige pasientbehov og ikke delbehov. Tjenestene skal på individ og systemnivå fange opp pasientens forståelse av sitt eget behov. På tvers av forvaltningsnivå eller organisatoriske grenser

Helse- og omsorgsoppgavene ligger i grenseland mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten og en av anbefalingene er å løse det ut fra lokale forhold. Kommunene skal sørge for helhetlig tenkning, forebygging, tidlig intervensjon, tidlig diagnostikk, behandling og oppfølging slik at helhetlige pasientforløp i størst mulig grad kan ivaretas innenfor beste effektive omsorgsnivå (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009).

Samhandlingsreformen tar tak i pasientperspektivet, samfunnsøkonomiske utfordringer og behov for bedre samhandling mellom helse- og omsorgstjenestene. Pasienten skal få større rom for pasientmedvirkning. Kommunene skal sørge for helhetlig tenkning gjennom tidlig forebygging og intervensjon. For å understøtte dette etableres det økonomiske incentiver (Melby & Tjora, 2013). Riksrevisjonen kom med to evalueringer av samhandlingsreformen i 2015-2016 og i 2017- 2018. Hovedpunktene i rapporten i 2015-2016 var at det fortsatt er behov for bedre samhandling mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Kommunene har i liten grad økt kapasiteten og styrket kompetansen etter innføring av reformen. Rapporten i 2017-2018 trekker også frem (Riksrevisjonen, 2016, 2017).

3.0 Tidligere forskning

Det foreligger både nasjonal og internasjonal forskning innenfor hverdagsrehabilitering. Kunnskapsgrunnlaget er økende, men det er fortsatt dimensjoner ved praksis som har behov

for mere forskning (Førland & Skumsnes, 2016). Det tverrprofesjonelle samarbeidet er et område som nevnes (A. Moe & Brataas, 2016; C. F. Moe et al., 2019).

Studier viser at det ennå er svak forskningsevidens for at hverdagsrehabilitering medfører til økt selvstendighet i hverdagsaktiviteter i større grad enn vanlige tjenester (Langland et al., 2015; Tuntland, Aaslund, Espehaug, Førland & Kjekken, 2015). Det viser også usikkerhet knyttet til effekten det har på helsen (Legg, Gladman, Drummond & Davidson, 2016; Whitehead, Worthington, Parry, Walker & Drummond, 2015). Andre studier viser at hverdagsrehabilitering fremmer helse og bidrar til å vedlikeholde eller øke selvstendigheten i hverdagen (Aspinal, Glasby, Rostgaard, Tuntland & Westendorp, 2016). Noen kvalitative studier viser at pasienter og ansatte opplever hverdagsrehabilitering som positivt (A. Birkeland, Tuntland, Førland, Jakobsen & Langeland, 2017; Førland & Skumsnes, 2016; Hauge et al., 2016; Wilde & Glendinning, 2012). Flere funn tyder på at tverrfaglige team i en del sammenhenger kan bidra til større kostnadseffektivitet, mer læring og kompetanse, mer helhetstenkning, kontinuitet og større tilfredshet hos pasienter og utøvere (Brinchmann, Moe & Gårseth-Nesbakk, 2019; Johansson, Ernsth Bravell, Karlsson & Fristedt, 2021; Jokstad et al., 2019).

Tidligere forskning har beskrevet hverdagsrehabilitering som en gevinst for personalet (A. Birkeland et al., 2017; Fürst & Høverstad, 2014; K. Hjelle, M., Skutle, Førland & Alvsvåg, 2016). Andre studier peker på at det krever endring i både tenkning og handling å jobbe med hverdagsrehabilitering (K. Hjelle, M., et al., 2016; Jokstad et al., 2019). To studier fremhever at psykososial støtte fra helsepersonell og pårørende er en forutsetning for å nå målene om å bli selvstendig i hverdagsaktiviteter igjen (Hauge et al., 2016; Randström, Asplund, Svedlund & Paulson, 2013). Studier peker på at det er behov for en mere strukturert involvering av pårørende i prosessen for å fremme samarbeidet mellom pårørende, pasient og utøverne i teamet (Jakobsen, Vik & Ytterhus, 2019).

Selv om budskapet nasjonalt er tydelig på hva det er behov for i de fremtidige helse- og omsorgstjenestene, er det fortsatt store forskjeller mellom kommunene og på hvor stor plass hverdagsrehabilitering har fått (Førland & Skumsnes, 2016). Funnene i studiene er ikke entydige og kan indikere et behov for mere forskning innenfor feltet.

3.1 Litteratursøk

Det ble funnet relevant tidligere forskning gjennom systematiske søk i databasene: Oria universitetsbibliotek og norske fagbibliotek, Nora, Idunn og Google Scholar. Søkord som har vært benyttet er «hverdagsrehabilitering», «reablement», «restorative care», «helhetlig rehabilitering» og «tverrfaglige team». Søkene ble i utgangspunktet begrenset til å omhandle de siste fem årene og i fagfelleverderte tidsskrifter. Usystematiske søk er utført i Google Scholar og Oria, samt at det er søkt inspirasjon i andre studiers referanselister. Søkene er ikke avgrenset til noen spesifikke modeller siden denne studien ikke har et sammenliknende design. Det er søkt etter studier som omhandler tverrprofesjonelle team samt pasientforløp. I søkeprosessen ble det også funnet noen eldre studier som ble vurdert som relevante for temaet.

4.0 Vitenskapsteoretiske betraktninger og metodevalg

I dette kapittelet redegjøres det for ontologiske (virkeligheten) og epidemiologiske (kunnskapssyn) begrunnelser for valg av hermeneutikk og fenomenologi som inspirasjon på den metodiske vegen for å belyse problemstillingen i studien. Ontologiske og epistemologiske begrunnelser er forskerens forpliktelser som ligger til grunn for metodevalg i en studie (Malterud, 2017). Videre redegjøres det for de ulike metodene som er benyttet i denne studien, og refleksjoner over etiske overveielser i forskningsprosessen. Dette kapittelet avsluttes med vurdering av studiens kvalitet ved å reflektere over dens reliabilitet, validitet og generaliserbarhet.

4.1 Vitenskapsteoretisk ståsted

Vitenskap kan defineres som systematiske studier av fysiske eller sosial fenomener. De er oftest empiriske eller erfaringsbaserte, hvor samspillet mellom teori og observasjoner danner vitenskapelig kunnskap. I vitenskapsteorien finnes det ulike syn på ontologien og epistemologien som kan gi ulike svar på vitenskapsteoretiske spørsmål (Ringdal, 2018). Idealet i vitenskapen er å søke sannhet. De fleste konklusjoner i ulike studier er begrensede og foreløpige og derfor ingen garanti for at forskningen når dette målet. Søken etter sannheten i vitenskap er knyttet til forskerens ståsted. Det tas stilling til hvor og hvordan kunnskap oppstår gjennom ontologiske og epistemologiske begrunnelser (Thagaard, 2018).

Ifølge Malterud er det hvordan kunnskapen innhentes og håndteres som avgjør om den holder mål (Malterud, 2017). Innenfor samfunnsvitenskapelig forskning er det ofte interaksjon mellom mennesker. Forskerens innlevelse og fortolkning er tett knyttet opp til forskningsprosessen. I fortolkende tilnærming undersøkes fenomenet ut fra en grunnforståelse av at verden kan oppfattes forskjellig avhengig av hvilket ståsted forskeren har. Synet vi har på verden knyttes opp til hva som oppfattes som aktuelle, gyldige og relevante måter å undersøke verden på. Problemstillingen tilnærmer fenomenet gjennom informantenes og forskerens subjektive erfaringer. Datamaterialet består av forskerens representasjoner (Thagaard, 2018).

I denne studien søkes det å få en dypere innsikt i informantenes subjektive opplevelser og erfaringer om helhetlige pasientforløp i hverdagsrehabilitering. Formålet med studien er ikke utelukkende å beskrive informantenes erfaringer med helhetlig pasientforløp i hverdagsrehabilitering, men å se det i en større sammenheng gjennom å tolke ulike variasjoner og meninger om fenomenet. Studien er inspirert av både fenomenologi og hermeneutikk. Et holistisk tankesett er tilnærmet studien ved å vise lojalitet til meningsinnholdet i deltakernes utsagn og tilstrebe forståelse av dem i den konteksten det hører hjemme.

4.1.1 Fenomenologi og dens plass i denne studien

En fenomenologisk tilnærming tar utgangspunkt i beskrivelser av menneskers livsverden slik de erfarer den. Begrepet livsverden ble utviklet av Husserl og er siden videreutviklet. Livsverden forstås som verden slik den møtes i dagliglivet, og slik den fremtrer for hver og en av oss. Det er den konkrete virkeligheten vi erfarer og lever i. I forskningsintervjuet forsøkes det å innhente fordomsfrie beskrivelser i den intervjuedes livsverden for å kunne fortolke betydningen (Kvale, Brinkmann, Anderssen & Rygge, 2015). Fenomenologisk forskning søker å beskrive trekk som er felles ved de erfaringene deltakerne gir uttrykk for. De felles erfaringene informantene har, er med på å danne et grunnlag slik at det kan utvikles en felles forståelse av fenomenet som studeres. Fenomenet og forsker ses i dynamisk samspill med hverandre hvor forskeren forsøker å tilsidesette egen forforståelse (Thagaard, 2018).

Gjennom semistrukturerte intervju er det søkt beskrivelser av informantenes livsverden for å få forståelse for informantenes egne perspektiver. Det søkes å få innsikt i informantenes erfaringer og refleksjoner som kan si noe om helhetlige pasientforløp i hverdagsrehabilitering.

I denne studien er egen forforståelse forsøkt tilsidesatt under intervjuene ved å møte og beskrive fenomenet ut fra informantenes opplevelser. Beskrivelse vil være farget av fortolkninger, og tolkning bygger på beskrivelser (Malterud, 2017), noe som innebærer at det vanskelig lar seg gjennomføre i praksis. Målet er å synliggjøre dette og forholde seg aktivt til betydningen av dem (Malterud, 2017; Stige, Malterud & Midtgarden, 2009).

4.1.2 Hermeneutikk og dens plass i denne studien

Hermeneutikk fremhever betydningen av å fortolke menneskelige uttrykk gjennom å fokusere på et dypere meningsinnhold enn det som er umiddelbart innlysende. Hermeneutikk legger vekt på det ikke finnes en egentlig sannhet, men at sannheten kan tolkes på forskjellige måter. Tilnærmingen bygger på at mening kun kan forstås i lys av den konteksten mennesket er en del av. Det legges vekt på forholdet mellom delene og helheten og på betydningen av kontekst og selvrefleksjon (Malterud, 2017). Den hermeneutiske sirkel, er prosessen hvor man lar betydning av deler man har funnet i teksten belyse teksten som helhet, samtidig som teksten som helhet påvirker forståelsen av delene. Hermeneutikken argumenterer for at det eksisterer en forforståelse som er uunngåelig og nødvendig for å forstå fenomenet, og at denne skal tydeliggjøres i forskningsprosessen (Kvale et al., 2015). Forståelsen handler om å orientere seg i en sammenheng ut fra en helhetsforståelse, en forforståelse, som settes på prøve av nye momenter som skal integreres i helheten, slik at forforståelsen må revideres og fornyes (Halås, Steinsvik & Kymre, 2017).

Denne studien er inspirert av en hermeneutisk og fenomenologisk tilnærming for å søke forståelse og utforske menneskelig subjektivitet og samhandling. De kvalitative metodene inneholder elementer av teksttolkning og et samspill mellom deler og helhet for å få en forståelse av informantenes erfaringer i lys av deres livsbetingelser samt mangfoldige og samfunnsskapte subjektiviteter (Malterud, 2017). I denne studien er hermeneutikken brukt i tolkningen av intervjutekstene som en del av analysen samt i diskusjonen for å belyse det fra flere sider.

4.2 Valg av forskningsmetoder

Valg av forskningsmetoder i denne studien er med bakgrunn i problemstillingen og formålet sammen med metodologisk forankring (Malterud, 2017). Ut over faglige hensyn styres metodevalg også av praktiske forhold. Eksempler på praktiske forhold kan være tilgang på

aktuelle informanter, tidsperspektiv, økonomiske rammer samt kunnskap hos forsker og informanter. Ressursene som studien har tilgjengelig, er ofte med å påvirke forskningsaktiviteter. Etske problemstillinger er viktig å ha reflektert over samt hvor studien skal finne sted. Datainnsamling bør tilstrebe unødig bruk av forskerens og informantens tid og ressurser og forsøke å frambringe mest mulig relevant og pålitelig informasjon (Tjora, 2017).

Det er valgt kvalitativ, eksplorerende tilnærming som forskningsmetode for å få og beskrive dypere innsikt gjennom informantens erfaringer, opplevelser og refleksjoner med helhetlige pasientforløp i hverdagsrehabilitering. I utforskning av dynamiske prosesser som samhandling og helhet, er kvalitative tilnærminger godt egnet. Ved å etterspørre mening, betydning og nyanser av hendelser og atferd, kan det forståelsen styrkes om hvorfor mennesker gjør som de gjør. Kvalitative metoder egner seg godt for å studere erfaringer og opplevelser, spesielt innenfor studier av temaer det er forsket lite på fra før og stiller særlig store krav til åpenhet og fleksibilitet (Malterud, 2017; Stige et al., 2009). Thagaard (2018) refererer til to sentrale sider ved kvalitativ forskning, systematikk og innlevelse. Systematikk handler om refleksjon over valgene som blir tatt i løpet av forskningsprosessen, mens innlevelse i særlig grad handler om åpenhet for det som studeres for å kunne utvikle forståelse for fenomenet som studeres.

I kvalitativ forskningsprosess revideres ofte problemstillingen underveis i prosessen og krever et åpent sinn med plass for tvil og ettertanke og uventede konklusjoner (Thagaard, 2018). Nærheten man ofte har til informantene som det forskes på, stiller krav til at forskeren er fleksibel og vurderer nødvendige endringer underveis i forskningsprosessen (Tjora, 2017). Endringer i metodevalg i undersøkelsesprosessen kan vurderes som en trussel for validitet og reliabilitet innenfor naturvitenskap, mens det innenfor samfunnsvitenskap kan ses på som en styrke for kvaliteten av studien. Det krever imidlertid at forskeren synliggjør endringene for leseren (NEM, 2009).

4.3 Det kvalitative forskningsintervjuet som datainnsamlingsmetode

Datainnsamlingen ble foretatt med diktafon slik at det kunne fokusere på personene som skulle intervjues og for å sikre meg at jeg fikk med meg det som ble sagt. Kommunene og personene og andre gjenkjennbare steder i intervjuet ble kodet før det ble transkribert. En ulempe ved bruk av diktafon er at man ikke får med ansiktsuttrykk og andre nonverbale

inntrykk. De ble derfor skrevet ned umiddelbare inntrykk etter hvert intervju. Etter datainnsamlingen ble transkriberingen foretatt for manuelt. Det er valgt å utføre all transkribering selv for å få nærhet og innsikt i det innsamlede datamaterialet. Det opplevdes som utfordrende å skille stemmene fra hverandre under fokusgruppe intervjuene når engasjementet ble stort. I tillegg var diktafonen lyssensitiv som gjorde det vanskelig å høre tydelig. Etter dette var utført ble teksten lest igjennom teksten mens det ble lyttet til intervjuene for å sikre at alt som ble sagt ble med i transkripsjonen. Deretter ble teksten kopiert og småord som ikke var relevante for tekstens innhold ble slettet og transkripsjonene sendt til deltakerne for gjennomlesning. Formålet med dette var å gi mulighet for å komme med tilbakemeldinger på egne utsagn og på den måten sikre at informantene fikk sagt det de ønsket om fenomenet. Tilbakemeldingene fra informantene ble deretter inkludert i materialet.

En ulempe ved å la intervjuene være åpne er at det kan bli lite overførbart da man ikke kan sammenligne resultatene. På den andre siden bidrar det til berikelse av refleksjonene til informantene og dette gir en frihet innenfor den kvalitative forskningsmetoden. Under de fysiske intervjuene opplevde jeg noe nervøsitet i starten av intervjuene hos enkelte av deltakerne. Om nervøsiteten skyldtes selve konteksten eller diktafonen er uklart, men jeg ønsket å skape trygghet gjennom å være rolig og stille informantene åpne spørsmål hvor de fikk opplevelse av å kunne bidra med sin kunnskap. Intensjonen var å bidra til en mere avslappet ramme rundt selve intervjuet. Det var et stort engasjement hos deltakerne og jeg opplevde at de ønsket å bidra med sin erfaring. Jeg opplevde også at egen erfaring fra hverdagsrehabilitering kom til nytte under intervjusituasjonen. Etter selve datainnsamlingen satte jeg opp hovedtrekk fra hver kommune for så å trekke ut fellestrekkene for alle kommunene. Analysemodellen var ikke bestemt i forkant av intervjuene da jeg ønsket å se hva datamaterialet gav meg for å finne den modellen som var best egnet. Det var viktig for meg å få frem deltakernes stemmer i datamaterialet. Det ble derfor foretatt en systematisk tekstanalyse (STC) som står nærmere beskrevet på i kapittel 4.5.

4.3.1 Rekruttering og utvalg

Strategisk utvalg er sammensatt ut fra en målsetning om at materialet best mulig kan belyse problemstillingen. Hva slags materiale kan best danne grunnlag for tolkninger og funn som kan lære en noe nytt? Forforståelse, problemstilling og teoretisk referanseramme vil bestemme hvilke forhold det må tas hensyn til for å oppnå data som omfatter fenomenet

(Malterud, 2017). I denne studien brukes det strategisk utvalg av informanter. Et viktig utgangspunkt er at de som deltar, både ønsker å delta og kan bidra til å fortelle om relevant og informativ data for å fortelle om studiens problemstilling. Utvalget er avgrenset til å bestå av fagpersoner i hverdagsrehabiliteringsteam i Norge ut fra valg av problemstilling. Det vil tas utgangspunkt i fire kommuner av varierende størrelse for å se om det har en innvirkning på pasientforløpene. Inkluderingskriterien for informantene i denne studien er at teamene ikke stod i startfasen av implementeringen av hverdagsrehabilitering.

Rekrutteringen foregikk ved å ta kontakt med lederne for avdelingene som hverdagsrehabilitering er organisert under. Det ble opprettet kontakt per telefon hvor det ble informert om prosjektet. Når det ble gitt tilbakemelding om at de kunne delta, ble det enten formidlet kontakt til teamet via leder på e-post eller det ble sendt e-post med navn på informantene som jeg opprettet kontakt med på e-post. Når kontakten var opprettet ble det sendt et informasjonsbrev. Rekrutteringen resulterte i 15 deltakere. Metning blir ofte brukt som en rettesnor i kvalitative studier for et passende antall informanter. Når et tilstrekkelig antall informanter er oppnådd vurderes datamaterialet å være mettet og ytterligere data ikke vil tilføre noe nytt (Malterud, 2017). Det er ikke formålet eller realistisk å oppnå heldekkende og en fullstendig beskrivelse av alle aspekter ved det studerte fenomenet. Studien er eksplorerende, der hensikten er å få kunnskap om informantenes livsverden gjennom deres erfaringer og refleksjoner. Alle informantene hadde noe relevant å fortelle om studiens problemstilling. Datamaterialet som ble generert, vurderes som tilstrekkelig for å kunne bidra til forståelse og innsikt i fenomenet. Utvalgsstrategien og utvalget på 15 informanter, vurderes å være valide (Malterud, 2017).

4.3.2 Utarbeiding av intervjuguide

Ved utarbeiding av intervjuguiden, ble det tatt utgangspunkt i problemstillingen. Ved å stille åpne spørsmål ønsket jeg å skape rom for dialog og skape en «flyt» i samtalen med informantene både under fokusgruppeintervju og under dybdeintervjuene. Intervjuguiden ble brukt som en støtte under intervjuene. Det var få variasjoner i guidene til intervjuene, men dybdeintervjuet rettet seg direkte til informanten, mens fokusgruppe rettet seg mot informantene som team. Jeg ønsket å skape trygge rammer med fokus på åpenhet hvor det gav rom for refleksjoner og hvor alle stemmene kunne få komme til uttrykk. Dette er en krevende prosess og det er avhengig av flere faktorer. Gruppedynamikken i fokusgruppene kan ha en

innvirkning på dette. Relasjonen mellom meg og informantene kan også virke inn og derfor påvirke svarene (Kvale et al., 2015).

4.3.3 Gjennomføring av intervjuene

Fokusgruppe intervjuene og dybde intervjuene ble gjennomført ansikt til ansikt i rolige og tilpassede lokaler av hensyn til korona epidemien. Alle fokusgruppeintervju ble gjennomført før dybdeintervjuene. I tillegg ble to av intervjuer foretatt på telefon da informantene ikke hadde mulighet for å delta på fokusgruppeintervjuet som planlagt. Det ble informert om frafallet når intervjuet fant sted. Det ble planla at de to intervjuene skulle bli gjennomført via Skype slik at vi kunne se hverandre. Grunnet problemer med oppkoblingen og den begrensede tiden til informantene ble intervjuene gjennomført på mobil med opptaker ved siden av som informantene ble informert om og samtykket til. Det ideelle hadde vært og tatt intervjuene ansikt til ansikt, men av hensyn til korona situasjonen ble Skype valgt. En annen informant som deltok i fokusgruppeintervju satt i karantene og deltok via Skype. Før intervjuene brukte jeg de første minuttene på å fortelle om formålet med studien, informere om samtykk og at det ville foregå som en dialog hvor jeg ønsket å få frem deres refleksjoner og erfaringer. Hensikten med dette var å trygge informantene om hva som skulle skje. Jeg hadde intervjuguiden foran meg under intervjuene og følte meg trygg på spørsmålene, noe som gjorde det lettere for meg å løsrive seg fra den. Med inspirasjon fra Seikkula og Arnkil (2013) sin forståelse om å skape rom i dialogen, løsrev jeg meg fra spørsmålene slik at det ikke skulle hindre refleksjonene i å få komme.

I min rolle som intervjuer ønsket jeg å være til stede, åpen og skape trygghet i samspillet med informantene. Samtidig innså jeg at det var utfordrende å møte informantene helt uten min forforståelse noe jeg strebet etter å gjøre. Egen erfaring med hverdagsrehabilitering gjorde dette utfordrende. Disse erfaringene hadde jeg med meg når jeg lyttet til informantenes erfaringer og refleksjoner og når jeg stilte oppfølgingsspørsmål. Det gjorde det også lettere å stille spørsmål ut fra responsen de kom med. Min forståelse, erfaringer, refleksjoner og oppfølgingsspørsmål er farget av min forforståelse. I intervjusituasjonen forsøkte jeg å være bevisst på min egen forforståelse og tolkninger især når det gjelder begreper og forståelsen som ligger i de forskjellige begrepene. Det kan være utfordrende å vite om man har tolket utsagnet slik det er ment. Det var avgjørende for meg at jeg fikk stilt spørsmål som omhandlet problemstillingen. Misforståelser i kvalitative intervjuer er ikke uvanlige, og siden man kan

legge forskjellig mening i enkelte begreper var jeg ekstra oppmerksom på forskjellig forståelse (Malterud, 2017). Noen ganger gjentok jeg ordene informantene brukte og stilte spørsmål om jeg hadde forstått dem rett. Ved å gjenta deltagerens ord, kan være en måte å få deltageren til å føle seg sett og hørt i en dialog (Seikkula & Arnkil, 2013) noe som var elementært for meg i intervjuene.

Varigheten på intervjuene varierte mellom 1-2 timer. Under intervjuene ønsket jeg å være nærværende og gi intervjupersonene min fulle oppmerksomhet, og dermed valgte jeg å ikke skrive notater underveis. I stedet skrev jeg ned umiddelbare refleksjoner etter hvert intervju. Målet var å få med inntrykk fra intervjuet, noe som ble nyttig under analysefasen.

Jeg opplevde at jeg fikk god kontakt med informantene under intervjuene og samspillet fungerte godt i fokusgruppene. Dynamikken i gruppene var god, og jeg forsøkte å inkludere de som hadde en mere reservert rolle uten at det var til sjenanse for dem. Informantene var oppmerksomme på hverandre og prøvde å inkludere hverandre under intervjuet. Gruppene virket trygge på hverandre og sine roller som fagpersoner, og gav uttrykk for at de pleide å ha faglige diskusjoner hvor det var rom for uenighet. Jeg satt likevel med en opplevelse noe nervøsitet i starten av intervjuene. Det er for mange en ukjent setting, i tillegg til at diktafonen kunne virke uvant.

I forkant av intervjuene reflekterte jeg over eventuelle dilemmaer som kunne oppstå og hvordan jeg skulle håndtere dem. Informantene hadde et ønske om å lese igjennom egne utsagn før de ble inkludert i analysen. Formålet med å inkludere deltakerne, var å gi de mulighet for å komme med tilbakemeldinger om egne utsagn. I prosessen var jeg ikke oppmerksom nok på hvordan det kunne oppleves for informantene å lese transkripsjonene. Det er stor forskjell mellom tale og skriftspråk (Kvale et al., 2015) og det fremkom ikke tydelig nok når transkripsjonene ble sendt til informantene. Sett i lys av denne lærdommen kunne jeg vært tydeligere på hvordan det kan oppleves å lese egne utsagn gjennom transkripsjon. Inkluderingen ble ikke slik den var tiltenkt, og intensjonen bak ble lite synlig. Det ble vurdert å sende et sammendrag av intervjuene, men jeg var redd for at utsagnene ville miste sammenhengen. Et annet alternativ var å unnlate å sende transkripsjonene.

Etter intervjuene reflekterte jeg over min egen rolle som intervjuer og at jeg kan gi mere rom i dialogen gjennom stillhet og taushet i intervjusituasjonen, uten å kjenne på ubehag ved dette. Samtidig er dette en balansegang som heller ikke skal gjøre at deltakeren føler ubehag.

Stillheten er en forutsetning for å gi rom for den indre dialogen. Stillheten kan brukes til refleksjon både hos intervjueren og hos informanten (Seikkula & Arnkil, 2013).

4.4 Transkribering

Transkriberingen av informantenes refleksjoner ble tatt fortløpende etter intervjuene, mens inntrykkene og intervjuene fortsatt var nytt. Det ble gjort så nøyaktig og ordrett som mulig, for å forsøke å få med all potensiell informasjon i det transkriberte materialet. Diktafonen ble brukt aktivt i dette arbeide. Pauser og ord som ikke var nødvendige for forståelsen av teksten ble utelatt. Gjennom transkriberingsprosessen ble jeg oppmerksom på min egen rolle på en annen måte enn i selve intervjusituasjonen. Når jeg hørte igjennom intervjuene, ble jeg bevisst mitt eget språk og rolle under intervjuet. Etter det første intervjuet tok jeg med meg denne lærdommen til det neste intervjuet. Transkriberingen opplevdes som lærerik og bevisstgjørende på min egen rolle som intervjuer. Det var også bevisstgjørende i forhold til språket og begrepsbruken under intervjuene.

Hensikten i studien er å formidle informantenes refleksjoner og erfaringer og er ikke en språkanalyse, derfor ble noen setninger endret til en mer korrekt skriftlig form uten at det mistet betydningen og gjorde det mer lettlest. Alle intervjuene ble i tillegg skrevet på bokmål for å unngå gjenkjennelse av informanter på bakgrunn av dialekt. Gjenkjennelige deskriptive data, stedsnavn og navn på deltakere som ble nevnt under intervjuet ble kodet eller utelatt. For å sikre at nedskrivningen var så korrekt som mulig, ble intervjuene hørt på nytt etter transkribering, og opptakene ble slettet.

4.5 Dataanalyse

Datamaterialet krever systematisering og refleksjon før å kunne resultere i funn og konklusjoner. Analysen er en målrettet prosess fra problemstilling til resultater. Kunnskapen man leter etter, og hva slags datamaterialets en har kan være førende for hvilken analyse en velger. Ved å identifisere mønstre i det empiriske datamaterialet forsøkes det videre å utvikle en forståelse av fenomenet ved hjelp av disse mønstrene, tidligere forskning og teorier (Malterud, 2017). Formålet med studien er å gjøre en hermeneutisk fortolkning av datamaterialet ved å forsøke å forstå en dypere mening i deltageres refleksjoner om helhetlige pasientforløp i hverdagsrehabilitering (Kvale et al., 2015). Analysen krever både nærhet og distanse. Ved å følge en etablert prosedyre, er det lettere å holde en stødig retning i

materialet. I dette kapittelet redegjøres det for Malterud sine fire steg i analyseprosessen i denne studien.

Tilnæringsmåten i denne studien er utforskende og induktivt, nedenfra og opp. Dette innebærer å finne mønstre som forsøkes å identifiseres i det empiriske datamaterialet, for deretter å kunne utvikle en forståelse av fenomenet ved hjelp av disse mønstrene, tidligere forskning og relevante teorier (Kvale et al., 2015).

Systematisk tekstkondensering (Systematic Text Condensation- STC) er en metode for tematisk tverrgående analyse av kvalitative data. Malterud (2018) sin analysemetode bygger på Giorgi sin psykologisk fenomenologiske analyse. Analyseprosessen i STC ble vurdert som en egnet analysemetode for denne fenomenologiske og hermeneutiske tverrsnittstudien.

Metoden er en systematisk analysemetode uavhengig av filosofiske røtter eller kvalitative metodetradisjoner (Malterud, 2017). Malterud beskriver den som en tidkrevende og detaljert prosedyre slik at leseren kan følge veien som er gått. I analysen er det forsøkt å tilstrebe å lage en tydelig vei for å få frem stemmene til deltakerne og styrke oppgavens troverdighet. I analysen er det forsøkt å legge egen forforståelse til side, samtidig som jeg har opplevd dette som utfordrende. Hovedfokuset har vært å få frem informantenes refleksjoner rundt helhetlige pasientforløp i hverdagsrehabilitering. Analysen er induktiv og tar sikte på å utvikle kunnskap om deltakernes erfaringer om fenomenet. Denne måten å sortere datamaterialet på ble vurdert som den beste måten å få frem nyansene på.

Analyseprosessen i STC innebærer fire trinn: 1) Helhetsinntrykk – fra villnis til temaer; 2) Meningsbærende enheter- fra temaer til koder og sortering; 3) Kondensering – fra kode til meningsinnhold; 4) Syntese- fra kondensering til beskrivelser, begreper og resultater (Malterud, 2017).

I det første trinnet ble de transkriberte intervjuene lest og hørt igjennom for å danne en oversikt over datamaterialet og aktuelle temaer som sa noe om problemstillingen «*kan hverdagsrehabilitering bidra til helhetlige pasientforløp?*». Deretter ble materialet lest igjennom en gang til og midlertidige temaer markert samtidig som det ble tatt notater for lettere å huske. I denne prosessen ble forforståelsen og teoretisk rammeverk forsøkt tilsidesatt og det ble søkt en åpen og nysgjerrig tilnærming over datamaterialet (Malterud, 2017). Foreløpige temaer som utpekte seg var tverrfaglighet, felles tankesett og forståelse, felles mål, brukeren i fokus, tidkrevende prosess og lære av hverandre. I dette trinnet anbefaler Malterud

(2017) at fire til åtte temaer er et passende antall. De foreløpige temaene overlappet hverandre, og det ble valgt å beholde disse for videre utvikling.

I det andre trinnet av analysen ble datamaterialet systematisk gjennomgått for å identifisere og sortere meningsbærende enheter som kunne si noe om problemstillingen. De foreløpige temaene fra det første trinnet ble markert og systematisert i en tabell, noe som kalles koding (Malterud, 2017). I tillegg til tabell ble det brukt fargekoding i elektronisk form for lettere å identifisere kodene. Informantenes utsagn som omhandlet deres refleksjoner rundt helhetlige pasientforløp, ble midlertidig fjernet fra sin opprinnelige sammenheng, dekontekstualisert. De meningsbærende enhetene som hadde noe til felles, ble deretter samlet under felles kodenavn med utgangspunkt i de foreløpige temaene (Malterud, 2017). Noen temaer hadde likhetstrekk med en annet tema og ble slått sammen til en felles kode, gitt at koden dekket de aktuelle utsagnene. Denne fasen var tidkrevende og innebar å lese igjennom tekstmaterialet flere ganger. Det var en inspirerende reise å oppdage nye nyanser av datamaterialet. I fare for å miste innholdet under de ulike kodene, ble det heller valgt for mye enn for lite tekst. Det ble vurdert om kodene samsvarte med hverandre eller om det var noen koder som skilte seg fra resten. Ifølge Malterud (2017) kan upresis koding by på utfordringer i den videre analysen. Det var flere koder jeg ønsket å ha med videre i analyseprosessen for å få frem nyansene i datamaterialet samtidig var det en nøye overveielse på hva kodene sa noen ting om og om disse kunne slås sammen.

I tredje trinn handler det om å kondensere innholdet i de meningsbærende enhetene under hver kodegruppe gjennom å utvikle abstrakte kategorier basert på meningen som de aktuelle tekstdelene representerer. Det resterende materialet som jeg ikke fant meningsbærende enheter, ble lagt til siden. Malterud (2017) anbefaler tre til fem kodegrupper for lettere å holde oversikten. Materialet innen hver kodegruppe ble sortert i subgrupper, og deretter ble det laget et kondensat, et kunstig sitat for hver subgruppe. Kondensatet tar utgangspunkt i datamaterialet, og kondensatene ble skrevet.

I det fjerde trinnet i STC innebærer det å sette sammen tekstbitene igjen, rekontekstualisere og sammenfatte funnene opp mot det opprinnelige datamaterialet. Først ble det skrevet en analytisk tekst for hver kodegruppe og for hver subgruppe, der det formidles hva datamaterialet forteller om en utvalgt side av prosjektets problemstilling. Uttrykk fra de meningsbærende enhetene ble brukt i denne teksten. Formålet med studien er å fange opp og formidle hovedtrekkene av fenomenet slik den oppleves for informantene. Det er viktig å

formidle essensen fra flere fortellinger, ikke bare fra enkeltstående historier. Tekstene ble skrevet på bakgrunn av informantenes utsagn, men ut fra tredje persons perspektiv.

Nærheten til datamaterialet og få frem informantenes refleksjoner har stått sentralt igjennom alle trinnene. Det har vært essensielt for meg å få frem informantene sine refleksjoner om hverdagsrehabilitering kan bidra til helhetlige pasientforløp. Det har vært en tankevekkende prosess hvor forforståelsen har vært nyttig i dialogen med informantene og bidratt til å skape en relasjon med informantene. Det har vært viktig for meg at de har følt seg trygge på at jeg vil behandle deres utsagn med ydmykhet, respekt og fortelle det slik de ønsker.

Dette systematiske arbeidet resulterte i tre kategorier og åtte subkategorier.

4.6 Forskningsetiske betraktninger

Helsinkideklarasjonen slår fast at det forskningsetiske ansvaret hviler på forskeren (NESH, 2014). I Norge er det etablert tre ulike nasjonale forskningsetiske komiteer, som sørger for oppdaterte retningslinjer hvor formålet er å bidra til god og ansvarlig forskning. Komiteene er hjemlet i forskningsetikkloven, der granskningsutvalget gransker redelighet i forskning, og vurderer saker hvor det er mistanke om alvorlige brudd på god vitenskapelig praksis, slik forskningsetikk loven definerer det. I tillegg er komiteene rådgivende, veiledende og forebyggende, og tilpasses det aktuelle fenomenet. Retningslinjene er sentrale verktøy i forskningsprosessen. De Forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap, humaniora, juss og teologi gitt ut av den nasjonale forskningsetiske komité, NESH, er praktisert i denne studien (NESH, 2016). I det følgende vil det bli gjennomgått fire områder, som ses på som sentrale og vanlige i kvalitativ forskning: lovpålagt meldeplikt, informert samtykke, konfidensialitet, samt den praktiske etikk og forskerens rolle.

4.6.1 Lovpålagt meldeplikt

Det stilles krav til studier som innebærer behandling av personopplysninger, om å følge personopplysningsloven om å melde inn for godkjenning til Personvernombudet for forskning tilknyttet Norsk senter for forskningsdata (NSD) for å ivareta personlig integritet og sikre privatlivets fred (NESH, 2016). Denne studien ble meldt inn til NSD og godkjent før datainnsamlingen begynte (vedlegg 5). Et av kravene for å oppnå godkjenning må blant annet

deltakerne signere informert samtykke, og at konfidensialiteten blir ivaretatt gjennom hele prosessen (Kvale et al., 2015).

4.6.2 Informert samtykke

I denne studien behandles det begrensede personopplysninger, og det ble innhentet informert og fritt samtykke om deltakelse i studien i tråd med NSD sine retningslinjer. Formålet med dette er å ivareta personlig integritet, samt sikre deltakernes frihet og selvbestemmelse (NESH, 2016). Deltakerne i hverdagsrehabiliteringsteamene ble informert om hva det innebærer å delta i studien, hva som er formålet med studien, hvem som har tilgang til informasjonen og hvordan informasjonen oppbevares. Det ble informert skriftlig i forkant av studien og muntlig i forbindelse med intervjuene om informert samtykke og retten til å trekke tilbake samtykke når som helst og uten begrunnelse. Når deltakerne var innforstått med informasjonen, ble skriftlig samtykke signert (vedlegg 4).

4.6.3 Konfidensialitet

Hvilken informasjon som er tilgjengelig for hvem er sentralt for å ivareta konfidensialiteten i forskning, og knyttes til forskerens troverdighet og deltakernes tillitt til forskning. Det handler om å bevare informasjonen slik at ikke informanten kan identifiseres (NESH, 2016).

Personopplysninger av deltakerne ble avidentifisert, og det er kun jeg som kan koble personer og data til hverandre. I tillegg ble informasjon som var gjenkjennelig kodet. Materialet har blitt oppbevart innelåst og med egen kode og som kun jeg som har hatt tilgang på. Intervjuene ble tatt opp på diktafon, og deretter lagret på en kodebelagt privat pc. Transkripsjonene ble også lagret på samme pc. Etter at transkripsjonene var ferdig, ble lydopptakene slettet, og alt annet blir slettet etter at oppgaven er innlevert.

4.6.4 Den praktiske etikk og forskerens rolle

Den praktiske etikk handler om at etiske overveielser bør foregå kontinuerlig i alle faser av en studie. Det er flere hensyn som bør tas både til forskersamfunnet, deltakere i studien, og forskerens rolle i studien (Kvale et al., 2015).

Forskning er søken etter ny og bedre innsikt. Det å ta etiske hensyn til forskersamfunnet handler om å opprettholde god vitenskapelig praksis ved å snakke sant, og å følge god

henvisningsskikk. Ved bruk av andres arbeid er det viktig å formidle rett tilhørighet gjennom korrekt sitering og kildehenvisning. Resultatene skal også formidles og tilbakeføres til deltakerne på en forståelig og forsvarlig måte (NESH, 2016).

Forskningsetiske retningslinjer knyttet til personer i studien handler om å respektere deltakernes autonomi, integritet, frihet og selvbestemmelse. Det blir tatt hensyn til dette gjennom informert samtykke og konfidensialitet juridisk sett, og i praksis innebærer det å vise generell respekt for menneskeverdet. Forskingen bør ikke gå på bekostning av deltakernes integritet, frihet og privatliv for å oppnå økt innsikt (NESH, 2016). I denne studien ble det brukt strategisk utvalg og personlig rekruttering av informanter og det var essensielt at de ikke opplevde seg presset til å delta. Alle teamene diskuterte deltakelse i studien før de kom med tilbakemelding om de ønsket å delta.

I kvalitative intervjuer er det direkte kontakt mellom forsker og informanter. Under datainnsamlingen var det grunnleggende som intervjuer å vise ydmykhet og respekt for at informantene ønsket å bidra med sine faglige perspektiver om fenomenet som det ble forsket på. Under intervjusituasjonen var jeg oppmerksom på at det kan oppstå et spenningsforhold mellom ønsket å oppnå mest mulig kunnskap og det å ta hensyn til deltakernes integritet og privatliv (Kvale et al., 2015). Jeg var oppmerksom på min rolle som fagperson og forsker i relasjonen til deltakerne. Jeg ønsket å skape trygghet og nærhet samtidig som det var viktig å beholde en profesjonell distanse. På grunn av nære interpersonlige samspill med intervjupersonene er det lett å la seg påvirke av dem som intervjuer. Forskeren kan identifisere seg med deltakerne slik at det blir vanskelig å opprettholde den profesjonelle avstanden og dermed fortolke ut fra deltakernes perspektiver (Kvale et al., 2015).

I kvalitativ forskning er refleksivitet ekstra grunnleggende fordi forskeren er selve redskapet til innhenting av kunnskap. Normer for vitenskapelig forskning forventer at forskeren skal opptre redelig gjennom hele forskningsprosjektet slik at det blir synlig hva som har blitt gjort gjennom hele prosessen. Forskerens subjektivitet preger kvalitative studier og refleksiviteten er spesielt avgjørende (NESH, 2016; Stige et al., 2009). Det stiller også krav til forskeren å handle på det som kan skje under et kvalitative intervjuer siden det kan skje flere uforutsette ting der mennesker er deltakere (Kvale et al., 2015).

Min forforståelse og mitt teoretiske perspektiv har vært et sentralt fundament gjennom arbeidet med studien hvor jeg har erfart hvilken innvirkning det har hatt for intervjuene og tolkningen av deltakernes refleksjoner om helhetlige pasientforløp i hverdagsrehabilitering.

Jeg har blitt bevisst på at funnene fra studien kun er gyldige gjennom en kritisk refleksjon over min rolle og dermed min innvirkning under intervjuene (Malterud, 2017).

Min påvirkning i studien startet allerede i utarbeidelse av intervjuguidene, valg av metode og i rekrutteringsfasen hvor inklusjon- og eksklusjonskriteriene ble satt. Under intervjusituasjonen var fokuset mitt rettet mot informantene og deres refleksjoner, samtidig som egne tanker fikk spille en rolle. Dette var en hårfin grense da det å sitte fullstendig stille kunne bidra til usikkerhet, mens det på den andre siden kan ha ledet informantene inn på tanker og påvirket deres refleksjoner. Som forsker er det jeg som har valgt ut informantenes sitater for å bygge en fremstilling av funnene, og det vil alltid kunne stilles spørsmål til utvelgelsen av sitatene som konstruksjonen er bygd på og konklusjonen av den. Alle valg som blir tatt i løpet av forskningsprosessen vil ha en innvirkning på studien. De valgene jeg har tatt i prosessen har en innvirkning på funnene, og dermed kunne andre valg ha resultert i andre funn (Kvale et al., 2015).

Etiske retningslinjer, normer og lovverk hjelper forskere til å ta valg som veier etiske hensyn mot vitenskapelige hensyn. Forskerens rolle som person er av betydning. Hans eller hennes kunnskap, erfaring, ærlighet og rettferdighet er avgjørende for kvaliteten på studien. De forsknings etiske retningslinjene er forankret i forskningsetiske normer og peker på faktorer forskeren bør ta hensyn til for å overholde god forskningsetikk i en studie. Retningslinjene er forankret i forskningsetiske normer som er knyttet til deltakerne i studien, forskersamfunnet, samfunnet for øvrig og forskerens rolle. De forskningsetiske retningslinjene er veiledende, rådgivende og forebyggende, og angir hva forskeren bør ta i betraktning for at forskningen skal være ansvarlig (NESH, 2016).

Det var betydelig å tenke over hvordan jeg skulle forvalte den tilliten jeg ble vist av deltakerne. Alle deltakerne viste meg stor åpenhet og engasjement for fenomenet. Det var en grunnleggende forutsetning for tilgang på datamaterialet som kunne brukes videre i analysen. Deltakerne har gitt av sin tid og kompetanse, og jeg har kjent på et behov for å kunne gi dem noe tilbake. Tillit, konfidensialitet, respekt og gjensidighet er sentrale aspekter som preger kontakten vi har med deltakerne i prosjektet (Tjora, 2017). Det menneskelige samspillet i intervjuet påvirker intervjupersonene, og kunnskap som fremkommer i intervjuet, påvirker vårt syn på deltakernes situasjon.

I kvalitativ forskning er forskernes rolle som person, forskerens integritet avgjørende for kvaliteten på den vitenskapelige kunnskap og de etiske beslutningene som tas. I intervju øker

forskerens integritet fordi intervjuerne selv er det viktigste redskapet til innhenting av kunnskap (Kvale et al., 2015). I forkant av intervjuene tenkte jeg gjennom hvordan min rolle under intervjuet skulle være. Jeg ønsket å skape trygghet, åpenhet og en gjensidig dialog. Jeg tok meg selv i å reflektere høyt sammen med deltakerne og opplevde at det gav et samspill og trygghet. Jeg var oppmerksom på å gi rom mellom refleksjonene samtidig som stillheten kunne gjøre informantene usikre. Jeg kjente også på en usikkerhet selv. Det var en hårfin balansegang som opplevdes som utfordrende samtidig som jeg kjente på takknemlighet over at informantene delte åpent om sine erfaringer fra hverdagsrehabilitering. Betydningen av min egen bakgrunn og erfaring med hverdagsrehabilitering tror jeg gjorde det lettere for deltakerne å åpne seg fordi jeg har en forståelse for hvordan hverdagsrehabilitering fungerer i praksis. Dette er ikke ensbetydende med at deres opplevelser samsvarte med mine, men jeg kunne kjenne igjen flere av beskrivelsene til informantene fra egen erfaring. Min egen forforståelse og teoretiske rammeverk var samtidig med meg.

Det er viktig at funnene er så nøyaktige og representative for forskningsområdet som mulig. Det bør tilstrebes gjennomsiktighet og tydelighet på forskningsprosessen slik at skrevne og uskrevne normer er med på å forme god forsknings etikk og som er veiledende, rådgivende og forebyggende (NESH, 2016). Siden studien handler om refleksjoner og erfaringer innenfor egen praksis har jeg vurdert at å samle inn data der jeg jobber og i nærområde vil bli for nært. Selv om et av målene i denne studien er å få nærhet til datamaterialet er jeg redd for at den nærheten kan påvirke svarene jeg får fra informantene og dialogen min med dem. Det kan komme opplysninger fra arbeidsmiljøet til hverdagsrehabiliterings teamene som det er nødvendig å vite hvordan man skal håndtere slik at informantene føler seg ivaretatt og dette vil sette meg i en vanskelig situasjon dersom jeg kjenner informantene. Min rolle må være avklart før studien kan starte.

4.6.5 Koronaens betydning for gjennomføring av studien

I løpet av datainnsamlingsperioden som var planlagt, kom det uforutsette utfordringer i forbindelse med korona. Det førte til at datainnsamlingen som var planlagt ble utsatt til det ble gitt godkjennelse fra universitetet om at innsamlingen kunne starte. Alle kommunene fikk informasjon om at det kunne skje endringer på oppsatt avtale ut fra de gjeldende retningslinjene på det daværende tidspunktet, noe alle var innforstått med. Jeg opplevde at informantene var imøtekommende selv om det var usikkerhet knyttet til situasjonen.

Retningslinjene for smittevern og smittesituasjonen på de enkelte områdene ble vurdert fortløpende noe alle kommune var innforstått med og viste stor forståelse og velvilje. Deres fleksibilitet og forståelse bidro til at studien kunne la seg gjennomføre.

4.7 Vurdering av studiens kvalitet

Kvalitet i forskning vurderes tradisjonelt utfra studiens validitet, reliabilitet og generaliserbarhet. Praktisk klokskap er avgjørende for evalueringen av den vitenskapelige kunnskapen som blir produsert (Kvale et al., 2015). Det er forsøkt gjennom valgene i de forskjellige fasene i studien å ha fokus på prosessvalidering og det er forsøkt å være bevisst på valgene som er tatt. Det er forsøkt å finne en gylden middelvei mellom etablerte forskningsmetoder, og min egen kreativitet og synliggjøre dette. Som fersk forsker vil det kunne være elementer som en erfaringsrik forsker har større erfaring med og dermed lettere får øye på i de forskjellige fasene i en studie. Målet har ikke vært å eliminere problemene, men å ha en bevissthet om hva disse består i, og synliggjøre dem og forholde seg aktivt til dem. Ved å ta stilling til konsekvensene av valgene man tar som forsker vil man utvikle bedre innsikt i de forutsetningene som kunnskapene utvikles under (Malterud, 2017). Denne studien, har i likhet med alle forskningsdesign sine begrensninger. Det finnes alltid en mulighet for mangler og feiltolkninger. I følge Malterud (2017) er dette viktig erfaring og kompetanse for å få frem vitenskapelig kunnskap. Det er forsøkt å tilstrebe å ha et åpent sinn og være refleksiv gjennom hele forskningsprosessen ved å lete aktivt etter informasjon og tolkninger ved forutinntatte meninger og erfaringer. Systematisk og kritisk refleksjon er med på å bidra til vitenskapelig kunnskap (Malterud, 2017).

Kvalitativ forskningsmetode er en av flere veier til vitenskapelig kunnskap. Spørsmålene er kanskje like sentrale som svarene. Ulike veier til kunnskap kan åpne for kunnskap av ulike nyanser og forståelser av et fenomen som til sammen gir et bredt bilde av det fenomenet det ønskes å si noe om. Forskerens forutsetninger og tolkningsramme, hva kunnskapen kan brukes til og hva forskeren har funnet ut noe om kan påvirke studiens kvalitet (Malterud, 2017). Det er nødvending for forskningsprosessen med et åpent sinn med plass for tvil, ettertanker og uventete konklusjoner. Forskerens rolle er sentralt i dette. Det er ikke alltid en selv oppdager at man følger spor som man selv har lagt ut. Det vil derfor være grunnleggende at forskeren vedkjenner seg sine spor og vurderer den konkrete betydningen av disse i kunnskapsprosessen. En sak har oftest flere sider, og et funn har som regel flere gyldige

tolkninger. Det er alltid elementært å spørre seg selv hva som er med på å bestemme det man ser (Malterud, 2017). Egne verdier, fordommer og forutsetninger vil farge måten forskeren frembringer og tolker sine data på, og møter sine informanter på (NEM, 2009). Gjennom å utvikle en ny vei til kunnskap, kan et velkjent fenomen gi nyanser og fasetter som endrer vår forståelse av en gammel problemstilling (Malterud, 2017).

4.7.1 Validitet og generaliserbarhet

Validitet handler om metodene som blir benyttet til fenomenet som skal undersøkes.

Forskeren som person, moralske integritet og praktiske klokskap påvirker evalueringen av den vitenskapelige kunnskapen som blir produsert. Troverdighet, styrke og overførbarhet av kunnskap innenfor samfunnsvitenskap ses ofte i sammenheng med objektivitet, reliabilitet, validitet og generaliserbarhet. Validitet, gyldighet sier noe om hvor godt en studie er gjennomført, og om funn kan betraktes som troverdige og nyttige (Kvale et al., 2015). I det neste redegjøres begrepene validitet og generaliserbarhet samt knytte dette opp mot studien og beskrive validitetens innvirkning for intervjuforskningen. Hovedfokuset vil ligge på validitet.

Validitet er med på å prege alle faser fra tematisering til rapportering. Refleksiv objektivitet er å reflektere over eget bidrag som forsker til produksjon av kunnskap. I kvalitativ forskning betyr objektivitet at man streber etter forståelse av subjektivitetens betydning. Sensitivitet, subjektivitet og hensyn til egne fordommer innebærer refleksiv objektivitet.

Det kan skilles mellom intern og ekstern validitet. Intern validitet handler om studien «måler» det sier den måler (Malterud, 2017). Semistrukturert intervju ble vurdert som relevant forskningsmetode for problemstillingen i denne studie som kan styrke validiteten. Samsvar mellom begrepene brukt under studien var viktig, og virkeligheten som studeres ved å stille relevante og tydelige spørsmål i intervju slik at informantene svarer på det som det forsøkes å finne svar på (Kvale et al., 2015).

Ekstern validitet handler om i hvilken grad resultatene kan overføres til andre utvalg og kontekster, og er knyttet til studiens generaliserbarhet. I små utvalg som ved kvalitative studier er det i statistisk forstand ikke mulig å generalisere. Dersom konklusjonene kun gjelder aktuelle utvalg i en bestemt kontekst kan vitenskapelig forskning ses på som unyttig (Thagaard, 2018). Det må derfor argumenteres mere analytisk for at den aktuelle studien har en mere generell gyldighet. Tilstrekkelig datamateriale bør derfor etterstrebes. Grunnet studiens begrensede omfang på 15 informanter i studien, er det begrenset hvor dekkende det

studerte fenomenet kan beskrives og forstås. Samtidig er dette en eksplorerende studie hvor hensikten er å få kunnskap om informantenes subjektive erfaringer med fenomenet (Malterud, 2017). Samtlige informanter i studien hadde noe relevant å fortelle om hverdagsrehabiliteringsforløp, og «metning» ble vurdert nådd. Det gir grunnlag for å vurdere utvalget å være valide på bakgrunn av at ytterligere datainnsamling ikke tilfører ny kunnskap. Om flere intervjuer kunne gitt en endret forståelse av temaet er vanskelig å vurdere, men det kunne gitt flere nyanser om fenomenet (Malterud, 2017). I de utvalgte sitatene er samtlige av deltakerne representert som kan åpne for en viss overførbarhet fra studien.

Intervjuene i studien er transkribert av meg selv så ordrett og nøyaktig som mulig i forsøk på å være så tro mot data som mulig under analysearbeidet ved å bevege meg mellom transkripsjonene og egne fortolkninger, kan bidra til å styrke studiens validitet. I forbindelse med presentering av funn har jeg vært nøye med å beholde sitater i sin opprinnelige kontekst, slik at leseren kan danne seg en forståelse av datagrunnlaget. Utvalget i denne studien er lite, likevel er funnene reflektert mot ulike relevante teorier og annen forskning som gjør det mulig å se funnene i en større sammenheng (Thagaard, 2018).

4.7.2 Reliabilitet

Det er ønskelig med høy reliabilitet av funnene for å motvirke vilkårlig subjektivitet, mens for sterk fokusering på reliabilitet kan påvirke kreativ tenkning og variasjon (Kvale et al., 2015). Reliabilitet, pålitelighet handler om hvorvidt et resultat kan reproduseres av andre forskere og hvorvidt de vil avdekke de samme fenomenene. Det handler om forskningsresultatenes konsistens og troverdighet. Studiens reliabilitet er et kriterium for at forskningen er utført på en troverdig og tillitsvekkende måte. Innen kvalitativ forskning refereres det til om en annen forsker som anvender de samme metodene vil komme frem til samme resultatene. Kvalitative metoder hvor forskeren i stor grad påvirker forskningsprosessen, er reliabilitet nært knyttet til gjennomsiktighet i studien. Forskeren er i kvalitative studier gjerne den eneste som kjenner til alle detaljene i valgene som er tatt i forskningsprosessen (Thagaard, 2018). Metodevalgene er forsøkt beskrevet nøye gjennom hele prosessen. Begrepene som er brukt under studien er beskrevet, og det er vurdert at det var tilstrekkelig med en begrenset beskrivelse av utvalget siden det i studiens analysefase kun er blitt tatt hensyn til konteksten teamene befinner seg i. Sammensetningen av utvalget påvirker funnene, noe som kan betraktes som en begrensning i studien.

Datamaterialet produseres i intervjusituasjonen, og kan dermed påvirke reliabiliteten i studien. Tilnærmingen i denne studien er både fenomenologisk og hermeneutisk. Som intervjuer er det forsøkt en åpen tilnærming hvor jeg i praksis som intervjuer ikke påvirker beskrivelsen av fenomenet direkte. Relasjonen som oppstår mellom intervjuer og informantene kan variere og påvirke hva informantene forteller og måten de forteller dette på (Kvale et al., 2015). Det er forsøkt å møte informantene med en avslappet holdning, samtidig kan mitt engasjement ha påvirket måten informantene fortalte om sine refleksjoner og erfaringer som kan svekke studiens reliabilitet. Den semistrukturerte intervjuguiden fungerte godt slik den var. Samtidig ble det spurt oppfølgende spørsmål ut fra svarene til informantene. Det er forsøkt å være refleksiv over egen påvirkning i studien ved å skille mellom informantenes uttalelser og refleksjoner samt egne betraktninger. Slik at det er lettere for leseren å følge og vurdere mine tolkninger og argumentasjoner (Malterud, 2017).

5.0 Presentasjon av funn

Funnene presenteres i kategorier og subkategorier, samt tekstutdrag fra intervjuene. Utvalgte sitater fra informantene er brukt for å illustrere og utdype kategoriene med informantenes egne beskrivelser om fenomenet. Sitatene er markert med klammetegn [...] og viser til at setningene er hentet fra ulike deler av datamaterialet. Tegnet (...) betyr at setningen er brutt, som for eksempel fyllord som ikke er relevant for meningsinnholdet i utsagnet. Sitatene i dette kapitlet er skrevet i kursiv og med innrykk i teksten for å synliggjøre skillet mellom informantenes sitater og mine fortellinger. Informantenes utsagn er tilordnet den kategorien der meningsinnholdet hører mest hjemme, men noen av utsagnene er også relevante innenfor flere kategorier. Deltakerne er anonymisert av hensyn til yrkene de har for å ivareta anonymitet og konfidensialitet. I tabellen under er de anonymiserte navnene på deltakerne med forklaring av navnene.

Tabell 1. Oversikt over anonymiserte navn på deltakerne i studien med forklaring av navnene. Det er tatt utgangspunkt i yrkestittel.

Anonymiserte navn	Forklaring av de anonymiserte navnene
Kommune 1	

Fysio	Fysioterapeut, jobber 50% i teamet
Ergo	Ergoterapeut, jobber 100% i teamet
SplN	Sykepleier, jobber 100% i teamet
Hj.tr	Hjemmetrener, jobber 100% i teamet
Kommune 2	
ErgoM	Ergoterapeut, jobber med andre arbeidsoppgaver i tillegg.
HjemmetrenerM	Hjemmetrener, er ikke i teamet lengre.
FysioM	Fysioterapeut, jobber med andre arbeidsoppgaver i tillegg.
Kommune 3	
Fysio1A	Fysioterapeut, jobber med andre arbeidsoppgaver i tillegg.
Fysio2A	Fysioterapeut, jobber med andre arbeidsoppgaver i tillegg.
SosioA	Sosionom, jobber 100% som hjemmetrener i teamet.
Spl1A	Sykepleier, jobber 50% i teamet.
Ergo1A	Ergoterapeut, jobber med andre arbeidsoppgaver i tillegg.
Ergo2A	Ergoterapeut, jobber med andre arbeidsoppgaver i tillegg.
Kommune 4	
Fysioterapeut	Fysioterapeut, jobber med andre arbeidsoppgaver i tillegg.
Ergoterapeut	Ergoterapeut, jobber med andre arbeidsoppgaver i tillegg.

Temaene ble valgt ut fra at de har etablerte hverdagsrehabiliteringsteam som ikke er i etableringsfasen av tjenesten. Selv om alle teamene har fått implementert hverdagsrehabilitering som arbeidsform, jobber de fortsatt med å implementere det til andre helse og omsorgstjenester som for eksempel hjemmetjenesten.

Funnene er inndelt i kategorier og subkategorier og er illustrert i tabell 2 under.

Tabell 2. Inndeling av kategorier og subkategorier for funnene i studien. De tre hovedkategoriene står øverst i tabellen, og subkategoriene er skrevet under hver av disse hovedkategoriene.

Pasienten i fokus	Dra i samme retning	Gode forløp
Alle livsområder er viktige	Den røde tråden: felles forståelse & tankesett	Tid
Se med forskjellige briller- hverdagsmestringsbriller	Kjenner hverandres kompetanse, styrker & begrensninger	Forløpene
Se ting i en kontekst		Endring, bevisstgjøring & forventninger

5.1 Pasienten i fokus

Denne kategorien omhandler hverdagsrehabiliteringsteamene sine refleksjoner og erfaringer med hvordan de ivaretar enkelt individet og hvordan deres roller som team og fagpersoner påvirker dette. De beskriver at som fagpersoner har de forskjellige egenskaper som bidrar til fokus på forskjellige områder. Felles for informantene er at de har *pasienten i fokus* og *ser med forskjellige briller*. Ved å bruke alle sin fagkompetanse utforsker teamet pasientens utfordringer i hverdagen samt personens ressurser og hva pasienten ønsker å mestre igjen. *Støtte og trygghet* beskrives som nødvendige for at pasientene skal oppleve mestring på aktiviteter de har som mål å mestre igjen. De har ofte behov for bistand til å konkretisere

målene sine for å utforske hva som er viktig for dem. *Konteksten* kan variere, avhengig av hvor utfordringene ligger hos den enkelte. Pasientenes mål omtales ofte som at de ønsker å klare seg selv hjemme så lenge som mulig og gå tur ute. *Pårørende sin rolle* beskrives som en sentral støttespiller både for teamet og for pasienten. De har ofte en annen opplevelse av hvordan ting fungerer i hjemmet og hvilke aktiviteter pasienten har utfordringer med.

5.1.1 Alle livsområder er viktige

Når teamene blir spurt om hva de tenker er helhetlige pasientforløp i hverdagsrehabilitering, så gir de uttrykk for at det består av flere faktorer. De fremhever hvor sentral rolle pasienten har i eget forløp samt betydning det har for helheten. Pasientens mål er styrende for hvordan forløpet og hvordan det skal legges til rette for selvstendigjøring. Ofte er det behov for justeringer og tilpasninger av mål og tiltak underveis, som teamet bemerker at krever fleksibilitet og oppmerksomhet på endringer. Som fagpersoner får de ofte forskjellig informasjon og inntrykk i samtale med pasienten. Tverrfagligheten trekkes frem som grunnleggende for å gjøre en god kartlegging av pasientens utfordringer samt ressurser og for å kunne gi helhet i tjenesten. Ergo1A beskriver det slik:

Helhetlig pasientforløp er hele brukeren og hvor brukeren er i prosessen. Det har ofte skjedd en stor endring i livet deres. Vi legge opp et forløp slik at de føler seg ivaretatt og får hjelpen de trenger. Finne ut av «hvem var de før det her skjedde» og hva har skaden eller sykdommen gjort med personen. Da er det gull å ha tverrfagligheten. På besøkene er ergo og fysio sammen slik at vi kan utfylle hverandre. Brukeren har mange spørsmål så vi dekker det de har behov for å vite. Vi kan lett ta kontakt med fastlege om problemstillinger eller ren info.

Flere team beskriver at helheten består av det fysiske, psykiske, sosiale og åndelige i en person. Helheten beskrives også som at forløpene skal forebygge at pasienten «faller imellom» tjenester, oversikt over mulighetene samt kontinuerlig evaluering:

Helhetlige pasientforløp er at vi klarer å fange opp brukerne og at de ikke faller imellom tjenester og at vi klarer å følge de og evaluere hva som skjer. Det at vi ser på det fysiske, psykiske, sosiale og åndelige i en person som en helhet og at hverdagsrehabiliteringsteamet har en helhet i tjenesten vi gir. [...] Helheten består av tjenesten i seg selv, individet og den kommunale oversikten. [...] Vi har oversikt over

alt som finnes i esken av muligheter. Da er det mye lettere å snakke sammen om hva som er behovet. (...) (Fysio2A).

Ergo beskriver hvilke muligheter hverdagsrehabiliteringsteamet har for å få til helhetlige forløp og hvordan de kan bistå den enkelte:

Med hverdagsrehabilitering har vi muligheten til å ta tak i ting i en tidlig fase og på mange forskjellige områder samtidig. Den fysiske og psykiske helsen henger sammen. Det ene påvirker det andre. (...) Vi er med på å skape bevissthet på hva folk kan gjøre selv, ta ansvar for sin egen helse og gi noen verktøy. (...)

Tilnærmingen teamene bruker tilpasses den enkelte. Flere team trekker frem fleksibiliteten som nødvendige for forløpene. Ergo beskriver det slik:

(...) Det er veldig forskjellig når vi kommer fra bruker til bruker hvordan vi angriper det. Det hender at vi har lagd en plan og så blir det helt annerledes fordi når vi kommer i gang må vi ta en annen tilnærming.

Ergo1A beskriver at forløpene bidrar til økt sosial deltakelse:

(...) De vokser mye ved å ha sosial kontakt med hjemmetreneren i forløpet. (...) [...] Den sosiale delen er like viktig som den psykiske helsen. [...] (...) Det blir en ny hverdag når vi kommer daglig og de kan gå på butikken eller gå på cafe igjen. [...] Vi har sett at de blir mindre isolerte. [...] Det fremmer deltakelse og aktivitetsnivået.

Teamene beskriver aktiv bruk av aktivitetshjulet for å kartlegge. Aktivitetshjulet brukes ofte ikke visuelt, men hos pasienter med sammensatt problemstilling og for å synliggjøre alle livsområdene brukes den ofte visuelt. Ergo beskriver det slik:

Ergo: (...) Vi bruker aktivitetshjulet for å visualisere i komplekse saker. Brukerne ser at alle livsområdene er viktige og hvor ønsker de å ha mest fokus? Hva det viktigst for deg å ta tak i akkurat nå? [...] (...) Måten å tenke på at det handler om hele livet.

5.1.2 Se med forskjellige briller- hverdagsmestringsbriller

Ved oppstart av et forløp bruker teamene alles fagkunnskap for å kartlegge pasientens utfordringer i hverdagen, ressurser samt mål og ønsker for perioden. Ofte kartlegger to fagprofesjoner sammen. Noen beskriver det som lærerikt ved å variere hvem som kartlegger sammen fordi de har erfart at de som fagpersoner har forskjellige fokus områder og *ser med*

forskjellige briller. Ofte får de forskjellig informasjon fra pasienten. Diskusjon trekkes frem som nødvendige for å dele kunnskap og erfaring innad i teamet. Flere team evaluerer seg selv ved å gi hverandre tilbakemeldinger og øve på bruk av kartleggingsverktøy.

Ergo uttrykker hvordan profesjonene bruker sin rolle inn i hverdagsrehabiliteringsteamet:

Ergo: Vi kan ha høylytte diskusjoner når vi får en ny henvisning og vi er uenig om det er en hverdagsrehabiliteringskandidat. (...) [...] Da kommer profesjonene våre mer til syne. Vi har forskjellige briller på i forhold til hva og hvor mye fokus man har på forskjellige områder.

Teamene jobber tett noe de opplever at gir god kontroll og oversikt forteller Fysio:

(...) Når du jobber tett i et team så får du en helhet og en oversikt som ingen andre har, fordi de er så store (...). Det gjør at vi klarer å holde god kontroll og sy sammen et opplegg der den helhetlige tankegangen på fokusområde som vi ønsker.

Faggruppene ser med forskjellige bakgrunn:

Fysio stiller spørsmål som jeg aldri ikke hadde tenkt på. Det med observasjon ser vi også veldig forskjellig på. Jeg ser etter hvordan hjemmet er utformet og hva de har av utfordringer og hjelpemidler. Når vi diskutere det i ettertid, kan fysio si at det la ikke de merke til fordi det er ikke det de ser etter (Ergo1A).

Fokuset har endret seg fra tidligere forespørsler og teamene vurderer annerledes når man er hos pasienten:

Før når vi fikk forespørsler så vi annerledes på det. Det er noe nytt å ha på hverdagsmestringsbrillene og vurderer funksjon når man er inne. (FysioM)

5.1.3 Se ting i en kontekst

I denne kategorien forteller deltakerne at forløpene handler om å se pasientens hverdag i en kontekst. Det gjør de blant annet ved å se på hverdagsaktivitetene. De ser annerledes på konteksten nå sammenlignet med oppstart av hverdagsrehabilitering. Teamene opplever å se annerledes på konteksten ved å lære av de andre faggruppene sine perspektiver og bruker kunnskapen i andre forløp. Tankesettet hverdagsmestring gjør at de ser etter andre ting i konteksten. De gjengir at de bruker andre tjenester annerledes enn tidligere. De opplever at pasientene ofte har behov for støtte og trygghet. Pårørendes rolle beskrives som en sentral

støttespiller som gjerne ser kontekstene med andre øyne. Hjemmetjenesten er ofte involvert og ser pasienten i forskjellige situasjoner. Kunnskapen de har beskrives som viktig for pasientforløpet og for teamet. Samspillet mellom hjemmetjenesten og teamet fremheves som essensielle for forløpene.

Jeg planlegger fremover på en helt annen måte. Prøver å trekke inn andre tjenester som kan være med å bygge oppunder (...) så føles det mye viktigere når man ser på hele konteksten, enn når jeg gikk inn med dusjkrakken eller heisen. Man tenker mere omstendigheter (...) Jeg stiller helt andre spørsmål. [...] Hvis brukerne får på plass de rette tiltakene tidligere så må du ikke gå så mange runder og brukeren blir kanskje mer delaktig og ansvarliggjort med en gang og tar tak selv. (...) [...] Jeg får mye mere innspill. I hvilken kontekst skal det her brukes? Hvis jeg skulle ta en dusjvurdering så tenker jeg ikke bare hjelpemidler og tilrettelegging. Jeg ser for meg personen som skal være der og spør hvordan personen kan klare seg mest mulig selv? (ErgoM)

Fysio2A beskriver hvordan de vurderer når de får en søknad. Hun beskriver at flere arbeidsoppgaver på tvers gir en oversikt over hva som er mulig å få til:

Du må vurdere alt individuelt. Det er der forskjellen ligger om det er hverdagsrehabilitering eller en annen tjeneste. (...) Begge fysio og begge ergo i tillegg til hjemmesykepleien, tildelingskontoret, lege og logoped sitter i koordinerende enhet. Teamet får alle brukere på bordet som har behov for en tjeneste. Vi har en diskusjon rundt hva handler det om? Hvorfor har de søkt? Det er alltid noen som vet noe. Hvis de ikke vet så drar vi på et hjemmebesøk og så tar vi det opp uken etterpå. Vi har mulighet for å gi tjenesten etter behov. (...) Vi har oversikt over hva som finnes av tjenester og hva som er mulig å få til. (...) Det er likevel det å få de innmeldt. (...)

Teamet beskriver at pasienten kan oppleve mestring gjennom å mestre aktiviteter som har vært utfordrende. De opplever at pasientene synes det er trygt at det er få og faste fagpersoner som gir tett oppfølging. Teamene beskriver at de har erfart at arbeidsmetoden fungerer og at de har blitt tryggere i sine roller både som team og på hverandre. De uttrykker at de er sentrale støttespillere ved behov for andre tjenester. Utrygghet hos pasientene kan få konsekvenser for pasienten. Teamene opplever at de med tverrfaglighet kan se det fra flere perspektiver og fremme trygghet som Ergo uttrykker det:

I noen tilfeller bruker vi lengre tid på samtalen. Det å gi brukerne rom for å dele det de har behov for å dele og bekrefte eller avkrefte usikkerheten de har. (...) [...] (...)

Det å få inn noen som ser det fra flere perspektiver og prøve å ta utgangspunkt i det. Vi kan prøve å få inn andre aktuelle. Mange har vanskelig for å ta telefonen til legen, ringe til tildelingskontoret eller sende søknader. Det er flere ting som mange kan ha sperrer for og det kan få mange konsekvenser. (...)

SplA forteller at forløpene bidrar til at pasientene opplever mestring og får mere tro på seg selv:

De blir mere selvstendig, opplever større mestring og får mere tro på seg selv.

Nøkkelen for å lykkes med forløpene er å finne motivasjonen hos den enkelte:

Det handler om å bevisstgjøre de om at nå har de motivasjonen og kanskje den kan brukes til noe. Finne det som motiverer dem og som gjør at de har lyst til å fortsette. Det er det som ligger i nøkkelen på å lykkes med forløpene. (ErgoM)

Flere team trekker frem at både pasienter og hjemmetjenesten har gitt tilbakemeldinger om at støtten fra hverdagsrehabiliteringsteamet har vært viktig for dem:

(...) Vi får mange gode tilbakemeldinger på hvor viktig det har vært for dem at det har vært de folkene å støtte dem i den vanskelige perioden i livet deres. (...) [...] Vi har også fått tilbakemeldinger ifra lederne i hjemmetjenesten at det er gull for dem. Det har blitt et veldig godt samarbeide og det fungerer veldig bra og at vi støtter hverandre. (...) (ErgoB)

Pårørende sin rolle i forløpene trekkes frem som en ressurs for pasienten og for teamene. Pårørende ønsker ofte å være involvert og de kan bistå teamene der hvor brukeren selv har vanskelig for å huske eller beskrive hva de har utfordringer med. Teamene beskriver også at det er essensielt at det er pasientens ønsker og behov som danner grunnlaget for forløpet. Det kan variere om pasienten ønsker involvering av pårørende:

Det er opp til brukeren hvor mye de ønsker å ha pårørende involvert. Det er veldig forskjellig. I noen tilfeller skulle vi ønske at pårørende ikke er med fordi de tar over samtalen og du ser at brukeren ikke er helt enig eller ikke klarer å sette ord på det de selv ønsker. Da blir det pårørende sitt mål og ikke brukeren sitt mål. [...] I andre tilfeller er det helt gull å ha de til stede der bruker ikke klarer å si så mye eller ikke er helt ærlig. Det handler også om å ha forventning når får fysio og ergo kommer på besøk. (...) De sier ofte det de tror vi vil høre og så stemmer det ikke helt. At vi blir helsepoliti som kommer på besøk. (Ergo1A)

Ergo har opplevd at ektefelle har blitt med på forløpet fordi de har sett at begge har hatt nytte av det:

Det har også skjedd at ektefelle har blitt med på opplegget fordi dette er noe begge har hatt nytte av. Så lager vi et opplegg for begge.

5.2 Dra i samme retning

Når teamene blir spurt om hva som er viktig for forløpene og deres rolle trekker de frem flere elementer. Et av elementene er å *dra i samme retning*. Forløpet skreddersys ut fra pasientens ønsker og mål. Med utgangspunkt i dette, setter teamet opp tiltak sammen med pasienten for hvordan personen skal klare å oppnå målsetningen. Teamene beskriver at flere tjenesteledd må være med på å dra i samme retning dersom de skal lykkes. De trekker frem at det er avgjørende med forankring i ledelse for å holde fokus på hverdagsmestring som tankesett samt hverdagsrehabilitering som tjeneste for å bidra til implementering i helse- og omsorgstjenestene. Ledelsen trekkes frem som viktig for å synliggjøre hverdagsrehabilitering. Det tette og kontinuerlige samarbeidet i teamet og med pasienten fremheves som avgjørende faktorer for at *den røde tråden* holdes.

5.2.1 Den røde tråden- en felles forståelse og tankesett

For at den røde tråden skal holdes, trekker teamene frem hvor viktig samarbeidet på tvers av tjenester er. Ulik organiseringsmodell trekkes frem som viktig for lokal tilpasning. Fordelen med å være spesialistteam er at teamet blir gode på arbeidsmetoden og de kan fokusere på dette. Ulempen er at de som skal videreføre tankesettet og arbeidsmetoden ikke nødvendigvis har denne kunnskapen. Den integrerte modellen beskrives som en fordel da det er flere som får kompetansen samtidig er dette krevende fordi det er flere som skal lære å bruke arbeidsformen. Hyppig utskifting og vikarer innenfor hjemmetjenesten fremheves som utfordrende å implementere både tankesettet og arbeidsformen. Stillingsprosent i teamet trekkes også frem som avgjørende for å planlegge lettere og få kontinuitet. Flere trekker frem at de har andre arbeidsoppgaver i tillegg som har en innvirkning på dette. En tydeliggjøring av begrepene hverdagsmestring og hverdagsrehabilitering trekkes også frem som essensiell for fremme forståelse. Flere team opplever at de jobber og tenker mere likt.

ErgoM beskriver fordelene og ulempene ved bruk av spesialistmodellen og hvilken innvirkning det kan:

Det er en kjempefordel med den spesialiserte modellen at man jobber tett på og blir veldig god på det. Da har man ikke så mange andre oppgaver imellom. Du får satt av bedre tid og har ikke så mange brukere å fokusere på. Det er lettere å holde fokus. [...] Den største ulempen er at det er de som sitter med kompetansen som skulle ha vært ute hos alle. Det blir et veldig stort sprik når hjemmetjenesten skal ta over etterpå. [...] Det blir ikke samsvar. [...] Du har trent på dusj i seks uker og fått tilrettelegging av teamet, dere har øvd inn en teknikk og så kommer hjemmetjenesten og så gjør de det på gamlemåten igjen fordi de ikke har den kompetansen. [...] Det er kjempebra at teamet jobber som de gjør, men tjenesten som skal ta over må ha det samme tankesettet i bakhode. Da er det ikke nok med møte de har en gang i måneden for å sikre at overganger blir gode.

Den integrerte modellen beskriver ErgoM slik:

Den store fordelten med å få det integrert er at vi når flere. Når vi får trent opp en hel tjeneste med felles tankesett så er de mye mere på. Melde inn saker som er aktuelle og etterspørre kompetansen til de andre. [...] Det skaper mere aktivitet og mere fokus på rehabilitering og selvstendigjøring. Det er mye lettere å komme seg inn i dusjen hvis du har øvd deg på det og hvis jeg legger frem et håndkle og så prøver de selv. Få små teknikker i hverdagen som gjør at du er litt fremfor brukeren.

Teamene har forskjellige tiltak og områder de følger opp ut fra fagkompetanse og hvor de har fokus:

Vi følger opp ulike tråder. [...] Vi har forskjellige tiltak å sette inn. Vi kan tenke i ulike baner. [...] (...) De tiltakene jeg setter inn nå er mere kvalitetssikret enn de jeg gjorde før. [...] Man holder mye mere tråden i ting. (ErgoM)

ErgoM beskriver hvilken betydning støtten fra ledelsen har for dem:

Det er veldig gehør både fra leder og teamlederne i hjemmetjenesten på at det blir prioritert. Det er ikke vanskelig å spørre. [...] Det har mye å si.

Flere team trekker frem et tett og godt samarbeide med tildelingskontoret og med hjemmesykepleien. Mens andre opplever at samarbeidet kan bli bedre, samtidig som de ser en

positiv utvikling. Faktorer som lite tid og mange arbeidsoppgaver påpekes at kan påvirke dette. Ergo1A opplever det slik:

Vi har tett samarbeide med tildelingskontoret. Vi får beskjed når de får henvendelser når det gjelder hjelpemidler slik at vi klarer å fange opp brukerne. Vi har fått til et bra samarbeide med hjemmesykepleien der man har klart å snu litt på arbeidsmåten.

Endring av tankemåten og forståelse hos pasient og pårørende nevnes som en viktig bieffekt av hverdagsrehabilitering:

Når vi har brukt mye tid på å forklare brukerne og pårørende hensikten så forstår de hensikten. Det handler veldig mye om veiledning og informasjon som gjør at de skjønner «hvis jeg slutter å gå trappen så er det logisk at jeg til slutt ikke har styrke til at jeg klarer det lengre. (...) Vi har fått gjort noe med tankemåten hos brukere og pårørende. Det å få pårørende til å tenke selvstendigjøring og ikke hjelpe pasienten mere enn de trenger tror jeg er en kjempeviktig bieffekt av hverdagsrehabilitering. Der skjer det mye hjelpefeller, at de hjelper til for mye, av snillhet. (Ergo2A)

SosioA reflekterer slik over hva det vil si å ha en rød tråd i forløpet:

En rød tråd i pasientforløpet er å ha pasienten i sentrum og alle fagfolkene og tjenestene rundt. At alle vet om hverandre, samarbeider og jobber i team. (...)

Hverdagsrehabilitering bygger på en felles forståelse og tankesettet hverdagsmestring. Forståelsen og tankesettet brukes aktivt i forløpene. De jobber med å integrere tankesettet hos andre helse- og omsorgstjenester, pasientene og pårørende gjennom veiledning og undervisning.

Ergo beskriver hvordan felles forståelsen og tankesettet kan påvirke hvordan de jobber:

Det krever mye mer bevissthet å få inn alle perspektivene og klare å ivareta tverrfagligheten og brukeren sin stemme. Hva er det som er viktigst for brukeren for å kunne komme hjem? (...) Hvordan er det hjemme hos brukeren? (...)

Flere av teamene beskriver at det har vært en tidkrevende prosess å implementere tankesettet hverdagsmestring og opplever at rehabiliteringstankegangen mangler:

Det har vært en lang vei av snuing av tankegangen og implementering av selve tankesettet hverdagsmestring. (...) Vi har prøvd å få alle i hjemmetjenesten med tankesettet så det ikke bare ble noen få. (...) Det har blitt en enhet og en enhetsleder

som gjør at det blir gjort mye mere likt. (...) [...] Få det ned på rutenivå sånn at man har en arbeidsliste å jobbe etter. (...) [...] (...) Det er rehabiliteringstankegangen som svikter lengre oppe i systemet. (Ergo)

En annen utfordring er at pasientene ikke forstår tankegangen bak og har andre forventninger når de kommer på kartlegging:

Brukerne skjønner ikke helt tankegangen bak. Hva er det vi skal være der for dem? Hva er det de ønsker og trenger hjelp til? De vet ikke hvordan de skal sette egne mål. Mange tenker nok at når vi kommer fra kommunen og helsevesenet så skal vi skal gjøre noe for dem. (SplA)

5.2.2 Kjenner hverandres kompetanse, styrker og begrensninger

Når teamene blir spurt hvordan de bruker hverandres fagbakgrunn svarer de at de gjennom hverdagsrehabilitering har blitt kjent med hverandres *kompetanse, styrker og begrensninger* gjennom det tette samarbeide. De har blitt kjent med hverandre som fagpersoner og personlig som de opplever som en trygghet. Fordelingen av arbeidsoppgaver mellom fagpersonene i teamet er avhengig av problemstillingen og hvilken tilnærming det er behov for. De opplever det som trygt å diskutere og det er rom for uenighet samt forskjellig perspektiv.

Det tette samarbeidet i teamet har bidratt til at de har blitt bedre kjent:

Vi har blitt kjent og vet hva vi gjør, og hva vi kan bruke hverandre til. Det er et resultat av at vi har jobbet tett. Det at vi har tett dialog tror jeg bidrar til det bedre. (ErgoM)

Flere av teamene trekker frem hvordan de vurderer tilnærmingen i forløpene:

Vi prøver å fordele arbeidsoppgavene ut fra problemstillingen og hvem som bør ta kartleggingen sammen fordi det ofte er mer fokus på et område. Hvis det handler om tilrettelegging av aktivitet så er det gjerne jeg som drar. Er det mere spesifikk trening eller fysiske utfordringer så er det ofte fysio. Er det ting som går på det medisinske så drar sykepleier. Hjemmetrener har mye erfaring og er som poteten. Den fagligheten er en del, og så har vi forskjellige egenskaper som mennesker. Vi kjenner hverandre så godt at vi vet hvem som er gode på hva. Det kan være like viktig som den fagspesifikke delen. Vi er fleksible til å bruke hverandre hvis vi tror at hjemmetrener bruker

tilnærmingen sin så er det det som gir best uttelling. [...] Vi skal bruke hverandre der vi er gode. Jeg tror det er det som gir det beste resultatet. (Ergo)

Teamene beskriver at få og faste personer bidrar til flyt og at kjemi i teamet er avgjørende. Ergo opplever det slik:

Teamet består av fire faste personer. Vi har en god kjemi i teamet og det gir et veldig godt samarbeide. Det kan være utfordrende til tider, men vi vet hvem vi har med å gjøre. Vi kjenner hverandre godt. Samarbeidet og flyten blir mye enklere enn når jeg måtte forholde meg til mange forskjellige samarbeidspartnere og personer. Det kan vi ha her også, men de tjenestene hvor det ikke er satt i system på samme måte som med hverdagsrehabilitering, gjør at det blir ganske stor forskjell. Jeg tror det er her helheten blir best ivaretatt.

Teamets sammensetning uttrykker ErgoM er noe av det beste med tverrfagligheten:

Det er veldig tydelig at dette er ikke jeg god på. Det er det noen andre som er gode på. Det er noe av det som er det beste med å være tverrfaglig. Jeg føler ikke at jeg må finne alle svarene selv.

Henvisingene til hverdagsrehabilitering blir trukket frem som et mangelfulle hos flere team samtidig som de ser en endring i henvisningene:

Vi vet at potensialet er mye større enn de vi får henvist. Vi får flere gode henvisninger fra fastleger og det er flere som henviser seg selv. (...) [...] (...) Når andre tjenester har forstått hva hverdagsrehabilitering handler om og hva slags type brukere som har nytte av det så får vi flere av de «rette» henvisningene. (...) (Ergo)

Tjenestekontoret er en viktig samarbeidspartner. FysioM beskriver at det har skjedd en endring etter at de har fått kunnskap om hverandre:

Samarbeidet med tjenestekontoret er bedre også. De fanger opp og henviser flere. De har blitt mere bevisstgjorte de også.

FysioM fremhever at kompetanse er nødvendig for å vite hvordan hjelpen skal gis for å bidra til selvstendigjøring:

De utfordrende brukerne som kanskje har mange tjenester og vi trenger å finne ut av hvordan man kan gi det de trenger og samtidig stille de nødvendige kravene så de

bruker funksjonen de har. Du må ha kompetanse på hvordan du kan gi nødvendig hjelp, men ikke mere enn den de trenger.

Når teamene blir spurt om hvordan de brukte kompetansen sammenlignet med tidligere og nå, forteller ErgoM at hun har endret tilnæringsmåten sin:

(...) Når vi fikk en henvendelse fra hjemmetjenesten tidligere om en bruker trengte heis, så bestilte jeg en heis og tenkte helt A4. (...) Men da har jeg ikke testet det ut. (...) Kunnskapen som hjemmetjenesten bidrar med er gull verdt, og som jeg ikke fikk beskjed om før heisen var på plass. (...) [...] Vi får det rette tiltaket på plass fortere. Det blir ikke så mye prøving og feiling fordi vi klarer å utelukke de problemstillingene før de kommer.

Teamene trekker frem at ledelsen i hjemmetjenesten har en sentral rolle for å implementere hverdagsrehabilitering i tjenestene og kan påvirke samarbeidet med teamet. Størrelsen på kommunen og stor utskifting trekkes også frem som faktorer som kan utfordre implementeringen forteller Ergo:

Hvis ikke ledelsen er opptatt av hverdagsrehabilitering og nevner det jevnlig og stiller spørsmål om aktuelle brukere, så tenker jeg på lederne for de ulike sonene at de er med oss og holder trykket oppe. Ellers tror jeg ikke at vi kommer noen vei. Det er så mange, og det er stor utskifting og vikarer. (...)

Samspeillet med hjemmetjenesten er en viktig del av hverdagsrehabiliteringsforløpene:

Når jeg erfarte hvordan det var å ha med hjemmetjenesten på samarbeidsmøtene og jobbe med rehabilitering sammen med de som virkelig kjenner brukerne og har sett hvordan de gjør det fra de står opp om morgenen til de går og legger seg, da nytter det ikke at vi kommer inn med våre tiltak, fordi vi ser bare den lille begrensede tiden. [...] De har en helt annen kunnskap. (ErgoM)

På den andre siden forteller SplA at de har forskjellig syn og at de utfyller hverandre:

Vi utfyller hverandre med ulike synspunkter og ulike erfaringer og at tverrfaglighet er veien å gå og det beste for pasienten. Ingen tvil!

5.3 Gode overganger

Overgangene beskriver informantene som overføringen fra institusjon og sykehuset til hjemmet. Teamene beskriver det som grunnleggende at neste tjenesteledd er informert om pasienten for å bidra til *gode overganger*. Veien fra en tjeneste til hverdagsrehabilitering må planlegges og følges opp i neste ledd i tjenesten for at det skal kalles en god overgang. *Tiden, forløpene, endring, bevisstgjøring og forventninger* er faktorer som trekkes frem som en forutsetning for å få til gode overganger.

5.3.1 Tid

Flere av teamene fremhever at ressursene påvirker mulighetene til teamet, og har en innvirkning på hvordan de planlegger og tenker. Flere har andre arbeidsoppgaver i tillegg til hverdagsrehabilitering, og gir uttrykk for at det kan gi utfordringer når de skal planlegge. Ressursene de har kan bidra til bedre oversikt og flyt i tjenesten:

Det er satt av 20% til hverdagsrehabilitering. Jeg har mange arbeidsoppgaver i tillegg som kan gjøre det vanskelig å prioritere hverdagsrehabilitering. [...] (...) Når teamet har andre oppgaver i tillegg så blir det en skvis på hvor mye tid vi kan bruke på kartleggingen. [...] (...) Vi kan bruke den tiden vi mener er nødvendig for å nå de målene som er viktig for brukeren. (Ergo2A)

Ergo uttrykker hvordan hun tror pasienten opplever tiden teamet har:

(...) Brukerne opplever at de blir sett og hørt på en annen måte tror jeg. (...) Det er noe med den tiden og ta seg tid til å høre på hva de sier. Det er der det har sviktet tidligere også.

Tiden kan påvirke flere faktorer i hverdagsrehabiliteringsforløpet som Fysio fremstiller slik:

Tiden som brukes og tilgjengeligheten vil gjerne være kjempeviktig. Teamet setter opp og styrer dagene selv. Vi setter av nok tid til å gjøre det vi synes er en god kartlegging eller oppfølging. (...) Det tror jeg brukerne setter pris på fordi vi ikke fyker inn døra og fyker fort ut igjen. (...) De føler ikke at vi stresser. Det er viktig for at vi skal kunne gjøre et sånt arbeide og at vi er team tror jeg er kjempeviktig for at vi skal kunne gjøre en god jobb. (...)

ErgoM forteller hvordan samarbeidet med tildelingskontoret påvirker tjenesten:

Tildelingskontoret legger ganske godt til rette. Vi får estimert tidsbruk og tiltakene selv.

Flere team har andre arbeidsoppgaver i tillegg til hverdagsrehabilitering. SplA gjengir hvordan hun opplever forskjellen med å jobbe med hverdagsrehabilitering og i hjemmetjenesten:

(...) Kommer du inn til en pasient i hjemmesykepleien der du vet at du har kort tid, så må de gjøre noe selv og noe hjelper jeg dem med. I hverdagsrehabilitering så har jeg tiden til at de gjør alt selv. Det å gi og ta. Jeg har funnet en balanse. Prøver å jobbe med hendene på ryggen i hjemmesykepleien, men enkelte dager må man hjelpe til fordi du har så mange pasienter som du skal til før ruten er ferdig, men du har det i bakhodet hele tiden. [...] Det er stor forskjell det kan jeg skrive mange streker under på. (...)

Stor utskifting og mange samarbeidspartnere gjør det tidkrevende å jobbe med hverdagsrehabilitering:

(...) Dette er ikke et arbeide du kan hvile på i det hele tatt. Det kommer mange nye, og det er mange du skal samhandle med at du kan aldri tenke at du kommer i en etablert kultur. I hvert fall ikke enda. Det tar lang tid. (ErgoB)

5.3.2 Forløpene

Forløpene fremstilles som bestående av en start, slutt og evaluering. Evalueringen foregår kontinuerlig. Det blir vurdert, diskutert og planlagt hvilke tiltak som skal iverksettes for at pasienten skal klare å oppnå målene og ønskene sine. De kartlegger sammen med pasienten og pårørende for å finne ut av hva som er viktig for personen samt hva som er mulig å få til. Det fremheves som avgjørende at samme person utfører testing ved start og slutt grunnet variasjoner i hvordan de tester.

Når teamene blir spurt om hva som er annerledes å jobbe med hverdagsrehabilitering fremfor slik de jobbet tidligere trekker de frem dette:

Hverdagsrehabiliteringsforløpet er et samspill mellom teamet og pasienten:

Når vi setter opp målene og tiltakene sammen med brukerne så forenes vi om hvordan vi skal gjøre det og diskuterer fremgangsmåten. Hvordan skal vi prøve å nå målet?

Hva tilrettelegger vi? Hva mangler for at vi skal prøve å komme oss til målet? Er det noe som må gjøres eller er vi klare til å trene direkte på det? Er det noen delaktiviteter vi må mestre før vi kommer dit? Da trenger vi alle sin kompetanse. (ErgoM)

FysioB forteller hvordan hun opplever tjenesten:

Når de får et vedtak så står perioden på vedtaket. Det vurderes fortløpende. Vi lager en ukeplan ut fra rehabiliteringsplanen for å nå målet og så evaluerer vi. Brukerne og pårørende har gitt tilbakemelding på at det virker strukturert og målrettet. (...) [...] Da blir det mere helhetlig. [...] Vi jobbet målrettet før også, men det ble mere strukturert etter at hverdagsrehabiliteringsteamene kom i gang.

Ergo beskriver hvordan hun ser på oppfølgingen med hverdagsrehabilitering:

Hadde vi bare avsluttet og ikke hatt noen videre oppfølging, så tror jeg vi hadde mistet en del av effekten.

Den tette oppfølgingen gir innsikt i pasienten sin hverdag og utfordringer forteller Hj.tr.:

De får veldig tett oppfølging. Du kan få fem dager i uken. (...) Du blir ganske godt kjent og ser hele pasienten og deres problemer, det kan være mange og sammensatte.

Målsetningen til pasienten er styrende, og er en viktig motivasjonsfaktor for veien de jobber mot:

(...) Kanskje målet er at de vil stå å lage middag. Så jobber vi mer rettet mot det selv om vi ser at trappegang er et problem. Så lenge de ikke har det som et mål så vil de ikke ha motivasjon til å jobbe mot det heller, så det er viktig at det er styrende. (Fysio)

ErgoM uttrykker at arbeidsmetoden er tydelig fordi den står i prosedyrene til teamet og er en av suksesskriteriene:

Vi har en prosedyre som sier noe om arbeidsmetoden vår, hvor det er tydelig og standardisert. Vi skal kartlegge, lage en rehab plan, evaluere den, når vi skal evaluere ut fra hvordan vedtakene er, er det fire ukers vedtak så skal vi evaluere i uke tre slik at vi vet hva som skal skje videre. Det er ikke alltid vi klarer å gjøre det. Det har vært en av suksesskriteriene for at vi jobber likt, at vi følger den.

Flere av teamene uttrykker at pasientene kan streve med å konkretisere målene sine med dagligdagse aktiviteter og at det ofte blir trening:

Det er viktig at det ikke bare fokuseres på trening, men også de daglige aktivitetene. Mye av utfordringen har ligget der. (...) Vi sliter ofte med å finne konkrete daglige gjøremål mål. [...] Hvis vi klarer det godt så får vi fokus på hverdagsaktivitet hos pasienten. Målet blir ofte balanse, styrke, gangtrening og mobilitet utendørs. [...] (...) Det kan være måten vi spør på for å få frem mål. Vi er ganske gode på å få frem utfordringer i daglige aktiviteter. Kanskje pasienten forbinder oss med trening? Trening er ikke daglig aktivitet. (...) [...] Det handler om hva pasienten formulerer som mål også. (Ergo2A)

Fysio forteller at målet til teamet er at pasientene skal ta med seg erfaringen og kunnskapen fra forløpet videre:

(...) Når vi er ferdige, er målet vårt at de skal ta det videre selv, slik at vi bygger opp ressursene. Det betyr at de etter en ny periode med sykdom skal huske tilbake på hva vi gjorde. Kanskje må vi inn på nytt (...). Er de kognitivt svekket og ikke vet helt hva de har gjort så er det vanskelig.

ErgoB beskriver at helhetlige pasientforløp handler om gode overganger, flyten mellom alle tjenesteleddene og fokus på aktiviteter:

Gode overganger er helhetlig. [...] Det som er påbegynt på sykehuset blir videreført i neste ledd (...) så man slipper å begynne på nytt. Man tar opp tråden der du var. (...)

Forløpene er forutsigbare med en tydelig plan på hvordan pasienten skal oppnå målene sine:

Vi har en klar periode på fire uker, med mulighet for å forlenge så det er forutsigbart for bruker hva som skal skje. De har selv bestemt målene. Når det evalueres, kan både bruker og vi si noe om hvordan dette har gått. Når vi avslutter så prøver vi å finne et nytt aktivitetstilbud til bruker. (Ergo1A)

FysioB forteller at teamet får forskjellig svar på spørsmålet om hva som er viktig for pasienten.

Vi kommer alltid tilbake med litt forskjellig «hva som er viktig for deg?» (...)

Ergo trekker frem kontinuerlig evalueringen som en sentral komponent for å se det helhetlige og behov for endringer underveis i forløpet:

(...) Det at vi evaluerer kontinuerlig er en viktig faktor på det helhetlige. (...) Evaluerer hva behovet er nå og har det endret seg? Da justerer vi (...)

Et inklusjonskriterie for forløpet, er at pasientene skal bruke erfaringen fra perioden videre i hverdagen. Fysio2A beskriver at de har forløp hvor pasientene ikke klarer dette:

Vi har enkelte som er inne en gang i året i en fire ukers periode for å bedre funksjon fordi de har fått en reduksjon i løpet av året. Vi vet at de ikke gjør så mye selv. Vi har diskutert om det er bra nok. Forutsetningen for hverdagsrehabiliteringsforløp er at du kan ta tak i livet ditt etterpå og holde det oppe, men de klarer ikke det. Før var de ekskludert, men nå er de med. [...] Kanskje det er greit når de klarer seg uten tjenester de andre elleve månedene. Kanskje det er god butikk for kommunen sånn økonomisk og pasienten, selvfølgelig. [...] Noen ganger klarer de ikke opprettholde funksjonen slik vi hadde håpet på ved å gi de et tilbud av og til. Folk blir eldre også. Vi kan ikke nødvendigvis forvente at de klarer det.

Forløpene er beskrevet som konkrete med start, slutt og evaluering. Ergo1A forteller hvordan de vurderer videre:

Det er et konkret forløp med start, slutt og evaluering. (...) Vi slipper de ikke helt, men prøver å sørge for at de har noe og klarer å opprettholde det vi har jobbet for. (...)

ErgoM beskriver at ventelisten bidrar til at de ikke har helhetlige pasientforløp:

Hvis vi ikke hadde hatt venteliste så hadde det kanskje vært helhetlige pasientforløp. Vi er på så lavt nivå med hverdagsrehabilitering og satser på å rehabilitere brukerne i hverdagen slik at de kan klare seg så godt som mulig selv, uten noen tjenester videre.

ErgoM forteller at de har erfart at pasienten kan fortelle en historie til teamet og at pårørende kan fortelle en annen. Store avstander i kommunen og manglende tilbud etter forløpet er faktorer som trekkes frem som utfordringer:

(...) Det var en person som søkte om hjelp til dusj, men hun hadde ikke tjenester fra før av. Tjenestekontoret hadde et hjemmebesøk og henviste til oss. Vi startet forløp og ble kjent etter hvert. Plutselig kom datter hjem på ferie og da fikk vi en annen historie. «Du sier at du har gjort det her, men har du gjort det mamma?» «Nei». De forteller ofte en annen historie til oss. I hvert fall når det begynner å bli kognitiv svikt så kan de fortelle både det ene og det andre de har gjort. De pleier å sitte på trimsykkelen en halvtime hver dag så ser du at det er et klesstativ. Vi skal rehabilitere inn i noe, prøve å oppfordre til å videreføre det vi jobber med. De bor spredt rundt omkring i

*kommunen, så har vi ikke noe tilbud som gjør at de kommer seg ut av døren etterpå.
(...)*

Henvisningen teamene får, blir vurdert fortløpende og i samarbeid med tildelingskontoret:

Tildelingskontoret får alle søknadene. [...] Det er fint at innmeldte saker ofte blir satt opp den påfølgende uken slik at det blir tatt fortløpende. Det kan ikke være negativt for forløpene. (ErgoM)

Ergo uttrykker hvordan hun opplever det:

(...) Jeg tror det er ganske stor forskjell på hvordan en opplever at ting fungerer og hva man får til. [...] Det må tilpasses lokalt. I en liten kommune hvor det er mer oversiktlig vil det kanskje fungere godt å ha det integrert. Jeg ser ikke for meg hvordan vi skulle klart det her.

ErgoM uttrykker at man fort kan gå i hjelpefella dersom man ikke rekker å lese planen hos pasienten:

Hvis hjemmetjenesten ikke har vært på de ukentlige møtene så er de ikke orienterte om at vi har forløp. Det står hverdagsrehabilitering med store bokstaver i programmet, men du må sette deg inn i hva du skal gjøre der for ikke å havne i fella. Er du litt bakpå og ikke har rukket å lese planen hos brukeren, kan det hende at du snubler litt i det. Det tror jeg ikke vi kommer utenom.

ErgoB beskriver utfordringer under koronaen med kartlegging når de ikke får sett pasienten:

Du ser ikke pasienten eller bevegelsesmønsteret. Det er viktig å vite hvordan de beveger seg i hjemmet for å kunne tenke fallforebyggende. [...] Når vi hos pasienten og ikke helt klarer å forstå pasienten, kan pasienten vise meg soverommet sitt. Så viser de hvordan de reiser seg opp av sengen. [...] (...) Vi oversøkte hjelpemidler i stengeperioden fordi vi ikke helt visste. [...] Den felles refleksjonen blir borte når man er få.

I kartleggingen beskriver FysioB at det er vanskelig når de ikke kan se pasienten fysisk:

Under korona tiden hadde jeg mange telefonsamtaler med pasientene. Samtalene ble ganske lange for å få frem det samme. Man får et bilde i hodet. Når man hilser på pasienten etterpå så stemmer det ofte ikke i det hele tatt.

Koronaen har påvirket flere tjenestetilbud og ført til økt pågang. Pasientene er redde beskriver Fysio2A:

(...) En av konsekvensene med koronaen er at folk kan ikke ha overligger dager på sykehuset. (...) Når vi kom i gang igjen var det fulle lister. Tidligere har vi hatt god kapasitet. Vi merker at det er større behov. Om det er fordi brukerne har fallert mere er vanskelig å si. Friskliv og fallforebyggende gruppe har ikke vært i gang siden 13. mars. Av de deltakerne får vi henvisninger til hverdagsrehabilitering fordi de har fallert. (...) Vi har hatt brukere som har blitt utskrevet fra sykehuset som nekter at vi skal komme fordi de er redde for koronaen. (...) [...] Uansett om vi ikke har hatt korona her i byen. Jeg tror det har gjort noe med folk.

5.3.3 Endring, bevisstgjøring og forventninger

Erfaringer fra praksis har bidratt til endringer både i tjenesten, hos pårørende og pasientene samt andre helse- og omsorgstjenester. Teamene beskriver prosessen som verdifull for slik forløpene er i dag, og at det fortsatt er behov fokus på hverdagsrehabilitering for å implementere arbeidsmetoden og tankesettet hos samarbeidspartnere, pasienter og pårørende. De fremhever flere endringer i forløpene. En endring de trekker frem er at hjemmetjenesten snakker mere sammen:

Hjemmetjenesten snakker mye mere sammen og de henter ideer fra hverandre. (Ergo)

Terskelen for å ta kontakt har endret seg og hverdagsrehabiliteringsforløpene bidrar til mere samarbeide på tvers forteller FysioM.

Terskelen for å ta kontakt har blitt mye lavere enn den var før. (...) Man får utfyllt hverandre og jobbet mere sammen. Før satt vi på hver vår tue og knapt visste om hverandre.

Det har skjedd en endring i hvordan fagpersonene ser på de forskjellige områdene og de ser mere med hverandres perspektiv:

Vi har blitt flinkere til å se hverandre sin vinkel på alt. At fysio kan tenke og se at i det tilfelle er det bedre at bruker får en rullator (...). Eller at vi kan tenke at nå må vi avvente rullator og prøve å styrke beina og bedre balanse. At vi ikke er strikt på vårt fagområde, men at vi klarer å se det fra hverandres vinkler. (...). (Ergo1A)

SplN forteller at pasientene ofte har oppfølging av hjemmesykepleien. De justerer på sine tjenester ved behov:

Ofte har brukerne vi følger hjemmesykepleie. Når vi pusher på for å nå målene deres så er hjemmesykepleien ofte med. (...) De evaluerer og endrer på tjenesten ved behov.

SplN forteller hvordan de lærer studentene hverdagsmestring:

Vi forteller studentene at når det står hjelp til dusj så er det ikke alltid dusjen du trenger hjelp til, men det å komme deg inn og ut av dusjen. Eller at de trenger litt push til å utføre dusjen, så det betyr ikke at de skal skrubbes fra topp til tå.

Det har skjedd en endring til hjelpeapparatet beskriver SplN:

Det er gøy med tilbakemeldingene som gjelder pasienter som er mere krevende og som er vanskelig å hjelpe. (...) Også får jeg tilbakemelding fra hjemmetjenesten om at det er mye enklere å hjelpe dem nå og at det er hyggelig å gå dit. (...) Opplever at de endrer holdning til hjelpeapparatet.

Det er flere som henviser seg selv:

Vi får flere egen henviste også. Det kom ikke de første par årene. (SplN)

Hj.tr. uttrykker at hun måtte endre seg selv først og at hun ikke tenkte hun kunne gjøre det annerledes:

Man må endre seg selv først. Jeg hadde en jobb med meg selv når vi begynte. [...] (...) Jeg tenkte ikke over at jeg kunne gjøre det på en annen måte.

Forventningene til tjenesten og møte med helsetjenesten har endret seg:

Det er en helt annen måte å møte helsetjenesten på. (...) (Fysio1A)

SplN uttrykker at det har skjedd en bevisstgjøring hos pasient og ektefelle:

(...) Det er en bevisstgjøring hos alle. [...] (...) Det har blitt noen aha opplevelser både hos brukeren og ektefelle.

For at hjemmetjenesten ikke skal gå i hjelpefella brukes tiltaksplaner for å synliggjøre hva teamet gjør:

Tiltaksplanene som lages i journalsystemet gjør at hjemmetjenesten blir oppmerksomme på hva vi gjør. (...)

ErgoM beskriver hvordan hun tenker annerledes når hun kartlegger:

Tidligere når jeg fikk spørsmål om en heis i en travel hverdag så kartla jeg heisen. Når vi kartlegger sammen nå og jeg har fått info på forhånd om at jeg må huske at trappen er sånn så ser jeg litt med hjemmetjenesten sine øyne også og hører situasjonen rundt. (...) «Hvordan ser dagen din ut?» Det er mange elementer som forsvinner når ikke hjemmetjenesten har kommet med sine innspill.

Flere av teamene trekker frem at tiltakene har endret seg fra kompensering med hjelpemidler til en mere aktiv tilnærming:

Før kompenserte vi mere med hjelpemidler og var veldig raske til å tenke hjelpemidler som tilretteleggingstiltak når pasienten skulle hjem. Nå kartlegger vi først. [...] Vi har det i mere fremme i panna og tenker opptrening før kompensering. Av og til ender vi opp med hjelpemiddelet i tillegg. Fokuset har endret seg hos oss også. Vi er et team og har fokus på det og tar oss tid til å tenke sånn. Nå trener vi på utfordringene før hjelpemidlene kommer og som ikke blir nødvendig på det tidspunktet. Sett i en større sammenheng så endrer vi fokus hos brukerne på hvordan vi tenker. Der at hjelpemiddelet før var tiltaket så er det nå rehabilitering i hjemmet. (Ergo2A)

6.0 Diskusjon

I denne studien er det sett på hverdagsrehabiliteringsteamenes erfaringer, opplevelser og refleksjoner med hverdagsrehabiliteringsforløpene og hvilke forhold som fremmer og hemmer helhetlige pasientforløp. Diskusjonen tar utgangspunkt i oppgavens problemstilling: *Kan hverdagsrehabilitering bidra til helhetlige pasientforløp?* Videre tas det utgangspunkt i teori presentert i kapittel to samt annen relevant litteratur og forskning. Etter diskusjonen av funn trekkes det frem styrker og svakheter ved studien.

6.1 Pasienten i fokus

Innledningsvis i intervjuene reflekterte informantene rundt begrepet helhetlige pasientforløp og hva de selv legger i begrepet. Videre skisserte de hvilken betydning helhetlige pasientforløp kan ha for pasienten. Helhet beskrives som bestående av flere faktorer. På den ene siden trekkes det fysiske, psykiske, sosiale og åndelige frem. Det åndelige aspektet ble ikke nevnt av alle teamene. På den andre siden nevnes flyten mellom tjenestene og at de

klarer å fange opp pasientene samt evaluere hva som skjer med pasienten. De gav også uttrykk for at de med hverdagsrehabilitering klarer å gi en helhet i tjenesten. Helhet i forløpene ble fremstilt som sammensatt og forskjellig fra person til person som mottar tjenesten. Informantene uttrykte at det handler om hele pasienten og hvor pasienten er i prosessen fordi det ofte har skjedd en stor endring i pasientens liv. Endringene ble beskrevet som en medvirkende faktor for hvor pasienten har fokus når de starter med forløpet.

6.1.1 Alle livsområder er viktig

Samtlige deltakere fremhever hvor avgjørende det er å kartlegge pasientens liv for å få en forståelse av hva skaden eller sykdommen har ført til. I samtale med pasienten forsøkes det å avdekke hvordan endringen har påvirket personen samt hvor pasienten har utfordringer. I denne delen av fasen kartlegger de hverdagsaktivitetene ved bruk av forskjellige kartleggingsverktøy. Aktivitetshjulet brukes for å avdekke alle livsområdene (vedlegg 6). Videre understreker de at situasjonen ofte er kompleks samt at de kan oppleve å bli fortalt forskjellige historier som utfordrer vurderingen.

Sett i lys av ICF og biopsykososial modell kan det informantene trekker frem vise til at livet består av flere faktorer og at disse fungerer i en vekselvirkning på hverandre slik modellene viser. ICF kan forstås som at den er forankret i den biopsykososiale modellen siden den tar utgangspunkt i denne. ICF viser til at helsen og påvirkende faktorer, kan være et utgangspunkt for å søke forståelse for sammenheng mellom de forskjellige livsområdene til en person. En utfordring ved modellene kan være at de har vanskelig for å favne kompleksiteten og behovene for endringer og vurderinger i ulike situasjonene (C. F. Moe, 2017). De forskjellige egenskapene fagpersonene har, kan på den ene siden bidra til å få frem kompleksiteten. På den andre siden krever dette en bevissthet og et samspill både hos pasienten samt fagpersonene. Det kan være utfordrende siden pasienten kan befinne seg i en krevende situasjon hvor det har skjedd store endringer. Samtidig kan være utfordrende å få frem kompleksiteten i den begrensede perioden pasienten har hverdagsrehabilitering.

Mestringsevnen kan utfordres når livshendelser som sykdom, skade eller andre mindre brå hendelser påvirker den fysiske- eller psykiske helsetilstanden. Endringer beskrives ofte som en dynamisk prosess som kan oppleves som kaotisk og utfordrende. I en slik situasjon kan det være viktig med støtte for å oppleve mestring av situasjonen. Teammedlemmene påpeker at de som fagpersoner har forskjellig fokus som kan bidra til å se kompleksiteten fra forskjellig

områder. På den andre siden har de forskjellige egenskaper som mennesker som kan bidra til forskjellig tilnærming. Fagkompetansen og egenskapene som mennesker kan bidra til at teamet får avdekt livsområdene i aktivitetshjulet. Samtidig er dette et komplekst samspill som også krever at pasienten er bevisst og åpen om de forskjellige områdene noe som kan være krevende å få frem. Gjennom pasient sentrert kommunikasjon (McCormack, McCance & Klopper, 2017) hvor teamet stiller spørsmålet om «hva som er viktig for deg», trekker teamene frem at de kartlegger hvor personen ønsker å ha fokus i prosessen samt formulere målene. Teamene påpeker at pasientens usikkerhet ofte gjør at de må bistå i konkretisering av målene. Informantene erfarer at pasienten ofte kan ha vanskelig for å sette ord på hva de har behov for og hva som er viktig for dem. Det kan utfordre mestringsfølelsen på den ene siden og samtidig være til støtte på den andre siden. Personer kan uttrykke seg både verbalt og nonverbalt noe som krever oppmerksomhet fra fagpersonene slik at de kan fange opp indirekte antydninger og hint. Det krever at fagpersonene lytter både til det som blir sagt, men også det som ikke sies.

Informantene fremhever at det er avgjørende at pasienten har forståelse for intervensjonen og at de ofte ikke er vant til å bli spurt om «hva som er viktig for deg» i møte med helsetjenestene. De påpeker at pasienten ofte har en forventning til at de som helsepersonell skal fortelle dem hva de skal gjøre og søker ofte bekreftelse hos teamet. En annen faktor informantene opplever, er at pasientene ofte ikke er vant til å møte helsetjenestene hvor de selv skal delta aktivt. Mange er vant til andre tradisjoner som støtter en mere passiv rolle. Tidligere studier påpeker at intervensjonen kan være mindre suksessfull dersom pasienten ikke forstår intervensjonen (Jokstad et al., 2019; C. Moe & Brinchmann, 2016; Wilde & Glendinning, 2012). Forskjellige rammer på helsetjenestene kan variere og ofte være mindre fleksible noe som kan påvirke forløpene og forståelsen. Tiden og fleksibiliteten kan tyde på at er av betydning for forløpene (Johansson et al., 2021). Enkelte informanter trekker frem at det kan være hensiktsmessig å utføre kartleggingen på flere besøk slik at pasienten får tid til å reflektere over hva som er viktig. Det kan tyde på at pasientene har behov for mere tid til å bli kjent med tilnærmingen samt at kunnskapsformidlingen om intervensjonen har behov for å bli mere integrert.

Informantene beskriver at pasienten får tett oppfølging og at de opplever det som trygt. Deltakerne observerer at flere pasienter er ensomme eller har blitt isolert som følge av funksjonsfallet. De beskriver også at flere har lite nettverk. Teamene viser til at psykisk og fysisk helse henger sammen, og har en innvirkning på det sosiale. De erfarer at pasienten får

et «løft» på det sosiale, fysiske og psykiske i perioden som bidrar til økt aktivitet og deltakelse. Det kan forstås ut fra ICF modellen som viser hvordan aktivitet og deltakelse har innvirkning på det fysiske, sosiale og psykiske og hvordan disse påvirker hverandre vekselvis. Informantenes erfaringer er også funnet i andre studier som viser at gjennom å styrke menneskets ferdigheter og kapasiteter kan de delta i det sosiale livet (Hall & Millo, 2018). Det gjenspeiles også i en dansk rapport som beskriver at teamet utfyller et behov for sosiale relasjoner i den perioden de har forløp (Hansen, Eskelinen, Rahnæk & Helles, 2015). Informantene får ulike historier av pasientene. Mennesker kan lage historier for å finne mening og sammenheng i sine opplevelser som er individuelle og unike. Historiene fortolkes av den som forteller og den som lytter, og hvilken historie som fortelles kan være avhenger av dem som rammes og den konteksten personen lever i. En mulig forklaring på dette kan være at pasienten befinner seg i en utfordrende prosess og har vanskelig med å se sammenhengen. Det kan også forstås som at deltakelse krever selvtillit og mange er ofte usikre grunnet situasjonen og kan mangle selvtillit. Erfaringene personen har med seg kan også påvirke hvordan vedkommende oppfatter hvordan ting har blitt som de er det kan gjøre det utfordrende for hverdagsrehabiliteringsteamet å kartlegge alle livsområder. Informantene poengterer at å føle mestring på utfordrende aktiviteter og ha støtte i hverdagen er verdifullt for pasientene. Gjennom interaksjon med pasientene gir de tilbakemeldinger på at oppfølgingen kjennes trygt. Det kan tyde på at teamene kan bidra til at pasienten får bedre selvtillit og mestringsfølelse som kan ha innvirkning på flere livsområder og rehabiliteringsprosessen (H. Eide et al., 2017; Hauge et al., 2016).

Foss (Foss, 2011) fant i sin studie at pasientene ikke nødvendigvis opplevde deltakelse som en naturlig væremåte, men at det krevde selvtillit samtidig ønsket de å bli inkludert. I en annen studie om eldre voksne, gav pasientene uttrykk for at de ikke foretrekker en aktiv rolle i hverdagsrehabilitering (Parsons, Jacobs & Parsones, 2015). Funnene i denne studien tyder på at pasientene ønsker å bli inkludert, men at dette er en uvant rolle. De forskjellige studiene er sett med forskjellige perspektiver som kan gi variasjoner i funnene.

Dette kan gjøre det utfordrende med en person sentrert tilnærming hvor fokuset er å bidra til brukermedvirkning dersom pasientene ikke ønsker denne rolle. Det kan på den andre siden også indikere at det krever tid før tilnæringsmåten blir en naturlig måte å møte helsetjenestene på. Flere trekker frem at støtten, tryggheten og motivasjonen fra teamene er sentral i prosessen. Erfaringene til informantene i denne studien kan tyde på at pasientene ønsker å bli involvert og har behov for støtte i en vanskelig situasjon.

Deltakerne forteller at de ofte blir fortalt en historie av pasienten og at pårørende kan fortelle en annen. Det kan forstås som at pasienten kan befinne seg i en overgangsfase hvor økt fysisk belastning på kroppen blir opplevd (Jokstad et al., 2019). Det kan også forstås som at det er vanskelig for pasienten å gi uttrykk for manglende mestring i hverdagen, noe mestringsteorier peker på (H. Eide et al., 2017). Det kan gjøre det krevende for teamene å kartlegge utfordringene og ressursene til pasienten samtidig som fleksibiliteten i forløpene kan justeres etter pasientens behov. Forløpene er på den andre siden en prosess som ofte utvikler seg i løpet av perioden.

På den ene siden kan erfaringene samt det tette samarbeide i teamet, bidra til at de klarer å kartlegge alle livsområdene med tett og intensiv oppfølging i tillegg til forskjellige fokusområder. Tverrfagligheten kan bidra til et bredere blikk, og sammen med pasienten kan de avdekke hva som er viktig. Det krever tilstedeværelse av teammedlemmene og at det gis rom for dette noe de påpeker er viktig for at pasienten skal føle seg sett og hørt. Samspillet i teamet hvor de er bevisste på egen og andres kompetanse og bruker denne kunnskapen, kan være en måte å forstå dette på (H. Eide et al., 2017; Seikkula & Arnkil, 2013; WHO, 2010).

På den andre siden kan det forstås som at det krever både faglige og personlige egenskaper hos teammedlemmene samt samhandling og god kommunikasjon i teamet for å avdekke den nåværende situasjonen og pasientens tidligere erfaringer. Rehabiliteringskompetanse og ferdigheter i å motivere og oppmuntre pasienter trekkes frem som vesentlig egenskaper (Rabiee & Glendinning, 2011; Randström, Wengler, Asplund & Svedlund, 2014). Et tett samarbeide, tillit og åpenhet (Kumlin, Berg, Kvigne & Hellesø, 2021; Schot, Tummers & Noordegraaf, 2020) påpekes at bidrar til dette. Faglig og personlig egenskaper samt rammene til hverdagsrehabilitering trekkes frem som vesentlig for å lykkes med forløpene. Teamene har erfart at de har brukt tid på å bli kjent med hverandre og hverandre egenskaper. Det kan tenkes at det tette samarbeide hvor teamet tar tak i flere områder samtidig kan bidra til en bedre avdekking pasientens livsområder samt gir pasienten følelse av å være ivaretatt der personen har behov for bistand.

Det kan tyde på at modellene fortsatt er aktuelle for å forstå kompleksiteten når det gjelder å se hele menneske og hvor mange faktorer som kan påvirke hverandre i ulik grad. Tilsvarende funn gjenfinnes i andre studier (Hauge et al., 2016; McCormack et al., 2017; Randström et al., 2014). Modellene viser til forskjellige områder i livet som kan påvirke hverandre i en dynamisk prosess. Refleksjonene til informantene peker på hvor nyansert og varierende bilde

på dette kan være, noe som kan være vanskelig å få frem i en modell. Å danne et helhetlig bilde av pasienten er viktig for å gi rett hjelp, til rett tid og sted (Kumlin et al., 2021; Schot et al., 2020).

6.1.2 Se med forskjellig briller- hverdagsmestringsbriller

Informantene beskriver at de ser med forskjellige «briller» både innad i teamet og i samarbeid med andre aktører. Teammedlemmene fremhever at de med forskjellig fokus på forskjellige områder utfyller hverandres roller. De beskriver rollene sine i teamet som likeverdige og at de ikke har hierarki i teamet. Det er rom for diskusjon og uenighet mellom dem som de omtaler som en styrke og trygghet. De beskriver at tett samarbeide med pasienten og med hverandre gir oversikt og kontroll. Et annet perspektiv har ført til at de tydeligere ser hvilken type pasienter som kan ha nytte av hverdagsrehabilitering. Teamene beskriver at enkelte pasienter og pårørende ikke forstår hensikten med intervensjonen. De forsøker gjennom å bruke tid og informere å bidra til økt forståelse og kunnskapsformidling som essensielt for at forløpene skal lykkes (Jakobsen et al., 2019; Jokstad et al., 2019).

Forskjellig fagkompetanse kan bidra til at man får et mere nyansert bilde av situasjonen på den ene siden samtidig som det er viktig at teamene samarbeider og jobber i samme retning. Det ene trenger ikke utelukke det andre. Anerkjennelse av den enkeltes kompetanse samt å utvikle felles kunnskap er sentrale i hverdagsrehabilitering (Norsk Ergoterapeutforbund, KS, Norsk Sykepleieforbund & Norsk Fysioterapeutforbund, 2014) noe som også påpekes av teamene. Faggruppene stiller forskjellige spørsmål som kan bidra til at de fanger opp forskjellige aspekter noe informantene beskriver som en fordel for teamet. De påpeker at forskjellig perspektiv kan bidra til helhet og kommer pasienten til gode. Bakgrunnen til den enkelte fagpersonen fremheves også som et sentralt aspekt. De forskjellige kompetansene til teamet samt at de er få og faste personer fremheves at gir god oversikt og kontroll. Det kan tenkes at forskjellig tilnærming er en fordel da personene de skal bistå er forskjellige og har forskjellig bakgrunn. Egenskapene til teamet samt rammene til hverdagsrehabilitering kan i motsetning til andre arbeidsformer, bidra til at det dannes et helhetlig bilde av pasienten (Kumlin et al., 2021).

På den andre siden kan det tyde på at et samarbeide på tvers er med på å bidra til å danne et helhetlig bilde og at hverdagsrehabilitering ikke kan stå alene, noe som gjenspeiles i informantens utsagn. Kunnskapen hjemmetjenesten har som ofte ser pasienten hele døgnet,

beskrives som verdifulle for å få forståelse og innsikt i pasientens hverdag.

Samhandlingsreformen påpeker hvordan samarbeidet mellom kommunal og spesialisthelsetjenesten må fungere på tvers for å gi pasienten et helhetlig tilbud (Helse-og omsorgsdepartementet, 2009; E. Vik, 2018). Måten profesjonelle konsulterer hverandre kan også resultere i høy kvalitet og integrert praksis (Kumlin et al., 2021). Samhandling og jobbe mot et felles mål fremheves både av WHO og Samhandlingsreformen som en sentral faktor for å ivareta pasientens komplekse behov (Helse-og omsorgsdepartementet, 2009; WHO, 2010). Funnene i denne studien peker på at dette er avgjørende faktorer for å ivareta dette.

Teamene beskriver at enkelte pasienter har mistet troen på seg selv og har behov å bedre selvtilliten til å mestre hverdagsaktiviteter. Gjennom bekreftelse og oppmuntring forsøker teamene å fremme mestringsfølelsen samtidig som de stiller krav til egeninnsats.

Usikkerheten over livssituasjonen kan føre til behov for tilpasning av den endrede situasjonen samt sorg over tap av funksjon (Hauge et al., 2016) noe teamene påpeker. Samspillet mellom indre og ytre motivasjon kan også påvirke dette (Kari Margrete Hjelle, Tuntland, Førland & Alvsvåg, 2017). Pasientens motivasjon og ønske om endring trekkes frem som nødvendige dersom personen skal få utbytte av forløpet. På den ene siden kan forskjellig perspektiv hos teamet, pårørende og andre aktører føre til usikkerhet hos pasienten. På den andre siden kan godt samarbeid med eksterne aktører, pårørende samt teammedlemmenes kompetanse bidra til trygghet. Evnen til å samarbeide med andre teammedlemmer er en viktig faktor for tverrfaglig utvikling. Felles motivasjon for samme jobb og endring av tankesettet trekkes frem som viktig (A. Moe & Brataas, 2016). Pasientens kunnskap fra egne erfaringer kan bidra til kunnskapsformidling mellom teamet og pasienten. I en person sentrert tilnærming er dette viktig for å kunne danne seg et helhetlig bilde av pasienten og for å inkludere brukermedvirkning.

Videre beskriver teamene at de føler seg trygge på hverandre gjennom at de har blitt kjent faglig og personlig samt har lært å se med hverandres perspektiv i forløpene. De fremhever behov for å tenke eget fag i aktivitetene og at fagligheten kommer til syne i diskusjoner rundt forløpene. Informantene beskriver at det er rom for hverandres perspektiv og fag samt at de personlige egenskapene gir trygghet og styrke. De opplever respekt for hverandre selv om de kan være uenige som er viktige egenskaper for team (A. Moe & Brataas, 2016; Rabiee & Glendinning, 2011; K. Vik, 2018). Det kan tenkes at manglende samarbeidet kan påvirke kunnskapsutvekslingen mellom teammedlemmene samt samspillet rundt pasienten og dermed gjøre det utfordrende å danne et helhetlig bilde av pasienten. Samtidig kan det bidra til

dårligere kvalitet og mindre integrert praksis. Informantene trekker frem diskusjonene som lærerike og at de tilegner seg kunnskap gjennom de andre teammedlemmenes refleksjoner og erfaringer. Andre studier som er gjort innenfor feltet bekrefter at det å gå på tvers av fag er av stor betydning for dynamikken i teamet (Brinchmann et al., 2019).

Betydningen av at teamet går på tvers av hverandres roller kan også bidra til at grensene blir utydelige og forståelsesrammene vanskelige å forstå (Jokstad et al., 2019; Rose, Rosewilliam & Soundy, 2016). Det er en annen måte å møte tjenestene på hvor de går inn med tverrfaglig innsats med fokus på trening, deltakelse og mestring. Pasienten har en aktiv rolle i forløpet noe som også skiller seg ut fra andre tilnærminger noe teamene påpeker at har behov for tid til å bli mere etablert (Brinchmann et al., 2019). Godt samarbeide er funnet i andre studier at har betydning for helhetlig tilnærming og dersom dette ikke fungerer kan det tenkes at det får en innvirkning på forløpene (C. F. Moe, 2017). Teammedlemmene beskriver ulike roller innad i teamet samtidig som de går på tvers av hverandre. De omtaler at alle i teamet er likestilte og at det ikke er noe hierarki mellom dem. Som er viktige forutsetninger for at team skal fungere (A. Birkeland et al., 2017; Jokstad et al., 2019; A. Moe & Brataas, 2016).

6.1.3 Se ting i en kontekst

Pasientens hverdag foregår i forskjellige kontekster. Flere av teamene beskriver at pasientene ofte har utfordringer når det gjelder den sosiale konteksten samtidig som de observerer at det har en innvirkning på det fysiske og psykiske. Funksjonsfallet har ofte bidratt til at de har blitt isolerte og mindre delaktige i egen hverdag. De beskriver i funnet hvordan forskjellig bakgrunn og kunnskap kan påvirke hva de ser etter og hvor man har fokus noe som gjenfinnes i funn 6.1.1 og 6.1.2.

Konteksten kan variere selv om mange av aktivitetene foregår i hjemmet. Flere informanter beskriver samarbeide med hjemmetjenesten som nyttig og lærerikt samt at deres kunnskap bidrar til forståelse for utfordringer i hverdagen. Enkelte informanter beskriver at det er utfordrende uten at hjemmetjenesten bidrar med sin erfaring. Samhandlingsreformen og rapporter utført av riksrevisjonen påpeker imidlertid at det er behov for bedre samhandling dersom en skal få til helhetlige pasientforløp (Helse-og omsorgsdepartementet, 2009; Riksrevisjonen, 2016, 2017). Ut fra funnene i denne studien kan det tyde på at hverdagsrehabilitering har bidratt til mere helhetlige forløp. Samtidig fremkommer det også at samhandling utfordres i en travel hverdag med mange arbeidsoppgaver i tillegg.

Dette kan tyde på at planlegging samt kontinuerlig dialog er uunnværlige i en slik prosess. I en travel hverdag kan det også utfordre rom for refleksjon og deling av kompetanse, noe flere informanter påpeker at utfordrer samhandlingen (Jokstad et al., 2019; Seikkula & Arnkil, 2013). Rammene til hjemmetjenesten beskrives som travel, mange arbeidsoppgaver samt lite rom for fleksibilitet. Flere team har regelmessige møter med hjemmetjenesten for å få en felles drøfting rundt pasientforløpet, andre uttrykker at de mangler dette. Informantene påpeker at tiden gir utfordringer for felles diskusjon som kan bidra til mindre rom for kunnskapsformidling samt påvirke forløpet i negativ retning. Rammene kan legge føringer for de mulighetene og handlingsrommet som andre aktører har (Holm, 2017; Tønnessen & Nortvedt, 2012). Samhandlingsreformen påpeker behov for samhandling og helhetlige pasientforløp samtidig kan rammene legge føringer for hvordan dette lar seg utføre i praksis. Dette kan påvirke mulighetene for å få til helhetlige pasientforløp.

Informantene beskriver at enkelte pasienter kan ha vanskelig med å forstå hensikten med at teamet bruker flere ressurser når de ikke opplever at de har behov for det. De erfarer også at enkelte kan mangle innsikt i egen situasjon og hvordan det påvirker hverdagen. En mulig forklaring kan være at det oppleves som vanskelig å ikke mestre aktiviteter lengre. En annen forklaring kan være at det er vanskelig å ha innsikt i egen situasjon når livssituasjonen har endret seg (Jokstad et al., 2019). Det kan også forstås som funn gjort i en studie som indikerer at eldre ikke foretrekker en aktiv rolle i hverdagsrehabilitering (Parsons et al., 2015). De forskjellige kontekstene kan stille ulike krav til pasientens mestring og kan påvirke pasientens deltakelse og aktivitet som ICF modellen skisserer.

Informantene erfarer at de tenker annerledes og planlegger på en annen måte enn tidligere i de forskjellige kontekstene. Tidligere gav de flere kompensierende hjelpemidler hvor de nå vurderer andre tiltak som bidrar til mere deltakelse og aktivitet, noe som gjenspeiles i ICF modellen (KITH et al., 2006) som viktig for helheten. Funn gjort i en annen studie fremhever at enkelte kan oppleve personalets tenkning og holdninger som er press og manglende vilje til å gi kompensierende hjelpemidler (Hansen et al., 2015). Funn i denne studien viser til at informantene alltid vurderer den enkeltes behov individuelt og at de forsøker å bidra til selvstendigjøring og mestringsfølelse i hverdagen før de kompenserer. Det kan peke på at forskjellig forståelse og kunnskap kan bidra til misforståelser. Samtidig er det en uvant måte å møte helsetjenestene på. Teamene bemerker at de reflekterer annerledes enn tidligere. Dette erkjenner de har bidratt til at de stiller andre type spørsmål samt ser konteksten på en annen måte. De trekker også inn andre tjenester som kan bidra til å bygge oppunder oftere.

Samspillet med andre aktører beskrives som betydningsfull for informantene. De ytrer at samspillet kan variere og opplever en endring som har bidratt til mere kontinuitet i forløpene. Det trekkes også frem at ukentlige møter er grunnleggende for å få reflektert og vurdert sammen. Gjennom å se på forløpet sammen opplever flere at forståelsen har endret seg. I lys av endringsprosesser kan det tyde på at kontinuert samt felles møter kan bidra til å se konteksten fra forskjellige tilnærminger.

Pasientens og andres opplevelser i konteksten, kan oppleves forskjellig og gi varierende informasjon og forståelse. Det kan bidra til flere nyanser og økt forståelse samt innsikt hos hverdagsrehabiliteringsteamet når de skal vurdere. Teamenes forskjellige fokus kan ha en innvirkning på konteksten som vurderes. Deltakerne opplever at de utfyller hverandre og at samspillet i teamet er trygt og godt (C. F. Moe et al., 2019).

Videre opplever teamene at pårørende ofte ønsker å bli inkludert. Tilbakemeldingene fra pårørende er at de har opplevd teamet som en viktig støtte for dem i en vanskelig periode. Et team trekker frem at i enkelte tilfeller har ektefelle også hatt et behov for forløp hvor de har inkludert ektefellen i et parallelt forløp. De kan etter forløpet støtte hverandre og bidra til mestringsfølelse hos hverandre. Pårørendes erfaringer kan på den ene siden bidra til å belyse utfordringer hos pasienten i daglige aktiviteter fra et annet perspektiv, og på en annen måte enn pasienten opplever. Pårørende trekkes frem som en viktig ressurs og støtte for pasienten (Johansson et al., 2021). På den ene siden er det en balansegang mellom når og om pårørende skal involveres for å opprettholde pasientens autonomi og la pasienten selv bestemme hvor mye de skal involveres. På den andre siden kan pårørende gi nyttig informasjon til teamet. Teamet kan formidle hensikten med intervensjonen som kan bidra til økt forståelse hos pårørende. Studier kan tyde på at det mangler strukturert tilnærming på samarbeid med pårørende i forløpene (K. M. Hjelle et al., 2016; Jakobsen & Vik, 2019; Jakobsen et al., 2019). Pårørende kan være en verdifull støttespiller også etter hverdagsrehabiliteringsforløpet. Betydningen av mestring og tilretteleggelse av hverdagsaktiviteter for å fremme selvstendighet kan bidra til forståelse. Dette er gitt at pårørende selv ønsker å bistå på en slik måte. Studier kan tyde på at det er delte meninger om hvordan det oppleves for pasienten og pårørende og relasjonen dem imellom (K. M. Hjelle et al., 2016; C. Moe & Brinchmann, 2016). Teamene beskriver at det er pasienten som bestemmer hvor mye de ønsker å involvere sine pårørende. Det kan være grunnleggende å ta utgangspunkt i pasientens egne ønsker for å bygge tillit samtidig for å inkludere brukermedvirkning. Sett i lys av dette funnet, kan det

forstås som at konteksten kan ha forskjellige nyanser ut fra hvem som opplever den og det perspektivet som det ses med.

6.2 Dra i samme retning

Teamene beskriver at det er nødvendig for forløpene at alle «drar i samme retning». De opplever at det bidrar til kontinuitet i overgangen mellom tjenestene. Forankring i ledelse samt samarbeide med tildelingskontoret trekkes frem som vesentlig faktorer. Felles forståelse og tankesett fremheves som uunnværlig for å få til dette. I tillegg trekkes fordeler og ulemper med de forskjellige organisasjonsmodellene frem som en faktor som kan påvirke dette.

6.2.1 Den røde tråden- en felles forståelse og tankesett

Informantene beskriver helsetjenestene som et stort system som består av mange forskjellige mennesker som kan utfordre kunnskapsformidlingen. De peker på at intervensjonen og tankesettet har behov for å bli bedre etablert og kjent for pårørende, pasienter og andre helsetjenester. De har på den andre siden erfart at «den røde tråden» har blitt tydeligere gjennom økt kunnskap om hverdagsrehabilitering hvor de jobber sammen om forløpene. Informantene erfarer at samarbeidspartnere er mere åpne i møte med hverdagsrehabilitering og har en annen forståelse enn tidligere.

Samtlige beskriver det som utfordrende med samhandling i en travel hverdag med store geografiske områder samt at andre helsetjenester tenker hverdagsmestring når de bistår pasienten i hverdagen. På den ene siden kan det tenkes at det kan få en innvirkning på hverdagsrehabiliteringsforløpene da det er et tett samspill med andre tjenester (C. F. Moe, 2017). På den andre siden beskrives samhandling som et sammensatt bilde som er tidkrevende, noe teori om endringsprosesser peker på som en utfordring (H. Eide et al., 2017; Vabo & Vabø, 2014). Forskjeller i kultur, kunnskap og holdninger (C. F. Moe et al., 2019) kan bidra til fragmentering på en side samt gi nyanser på den andre siden. Mens å jobbe mot et felles mål kan fremme samspill og bidra til at fagpersonene på tvers kan støtte hverandre for å støtte pasienten (C. F. Moe et al., 2019; K. Vik, 2018). Det kan tenkes at det kan gi pasienten følelse av en mindre fragmenterte tjenester og dermed bidra til mere helhetlige pasientforløp.

Informantene beskriver at de følger opp «forskjellige tråder» som fagpersoner. De har ukentlige møter hvor de diskuterer og vurderer forløpet samt behov for endringer. Flere team har også ukentlige møter med hjemmetjenesten som blir beskrevet som «gull verdt» og betydelige for forløpene. Et team beskriver utfordringer med å få faste møter med hjemmetjenesten grunnet omorganisering samt manglende forankring i ledelse.

Koronasituasjonen har ført til endringer i møtestrukturen hvor det har vært færre ressurser og tid til å diskutere og reflektere sammen, noe teamene uttrykker at de savner og opplever at de har mistet. «Den røde tråden» kan ses i lys av funn gjort i 6.1.1 hvor de forsøker å avdekke alle livsområder med sin kompetanse. Det fremkommer også i dette funnet at kunnskapen til hjemmetjenesten er viktig for å få frem andre nyanser. Det kan belyse at ukentlige møter samt tett samarbeide er nødvendig for å få til kontinuitet samt helhetlige pasientforløp. På den ene siden påpekes også et behov for felles forståelse for rehabilitering og for hverdagsrehabilitering som nødvendige for at alle jobber i samme retning. På den andre siden beskrives utfordringer hos andre tjenester der tankesettet ikke er implementert eller forstått.

Ledelsen beskrives som et sentralt ledd mellom andre tjenester sin forståelse og kunnskap om hverdagsrehabilitering. Det kan tyde på at forankring i ledelse kan fremme implementering samt tankesettet hos andre tjenester gjennom økt forståelse og kunnskap om hverdagsrehabilitering (Førland & Skumsnes, 2016; K. Vik, 2018). Dersom hverdagsrehabilitering er godt forankret i ledelse kan det påvirke henvisningene til tjenesten dersom flere er oppmerksomme på forløpene. Samtidig kan det tenkes at det kan få en innvirkning på overgangene slik at tjenestene oppleves mindre fragmenterte og mere helhetlige. Det kan igjen påvirke hverdagsrehabiliteringsforløpene. Andre studier som er gjort innenfor feltet påpeker at ledelsen sin rolle i implementeringen av hverdagsrehabilitering er viktig (A. Moe & Brataas, 2016; C. F. Moe et al., 2019).

Informantene ser endringer i henvisningene og bemerker at de får mere de «rette» henvisningene fra samarbeidspartnere. En forklaring på dette kan være økt forståelse og kunnskap om hverdagsrehabilitering. En annen mulig forklaring kan være at de har felles inntaksmøter og felles henvisningsskjemaer. Noe de påpeker at har en betydning for endringen. Sett i lys av endringsprosesser kan det tyde på at de gjennom økt forståelse og kunnskap om hverandre arbeider mere mot et felles mål. Gjennom å støtte hverandre kan det bidra til åpenhet, tillit og gjensidig interesse for hverandre og det den enkelte kan bidra med (H. Eide et al., 2017; T. Eide, Gullslett, Nilsen, Dugstad & Eide, 2018; Seikkula & Arnkil, 2013). Tverrfaglige diskusjoner i teamet blir trukket frem som nødvendige for å få frem alle

synspunktene og at de gir rom for hverandres erfaringer, refleksjoner samt at de har gjensidig respekt for hverandre. Funnene kan tyde på at det er nødvendig med rom for uenighet, refleksjon, trygghet samt gjensidig tillit for å støtte hverandre som team og som kan få betydning for forløpene (H. Eide et al., 2017; Iversen & Hauksdottir, 2020).

Hverdagsrehabiliteringsteamene gjengir at de i praksis er avhengig av samspillet med profesjoner også utenfor selve teamet. Informantene beskriver at de bruker kunnskapen fra de andre fagpersonene i teamet og ser med deres perspektiv når de følger opp pasientene. Teamene beskriver at de jobber mere likt og har fått et mere likt tankesett samtidig som de får brukt sin fagkunnskap. I motsetning til tidligere studier hvor personalet opplevde rollekonflikter mellom den tradisjonelle hjelperrollen og rollen i hverdagsrehabilitering med fokus på aktivitet, deltakelse og mestring (Liaaen, 2015) ser det ut til at funnene i denne studien viser det motsatte. Det støttes av funn i andre studier (C. F. Moe et al., 2019; Schot et al., 2020) hvor funnene viser at de bruker sin fagkompetanse i diskusjoner og møter med andre. I denne studien fremheves samhandling som en krevende, lærerik og kompleks prosess hvor holdninger, verdier og praksis kan påvirke kunnskapsformidlingen og forståelsen grunnet strukturelle, kulturelle og personlige faktorer (Jokstad et al., 2019). Mens på den andre siden kan motstand og kontraster få utøvere til å reflektere og bli bevisst på egne handlinger (C. F. Moe et al., 2019).

Det tette tverrfaglige samarbeidet er vist at kan fungere som kompetansehevende og at man lærer av hverandre og bidrar til utvikling av ny kunnskap, noe som gjenspeiles i egne funn (Tuntland & Ness, 2014; K. Vik, 2018). Ansikt- til- ansikt- relasjon og teamarbeide, samt relasjoner som er preget av likeverdighetstankegang og gjensidighetskunnskap ses ofte i sammenheng med vellykket samhandling (E. Vik, 2018). Det kan bety at gjennom å bli kjent med hverandres kompetanse og skape relasjoner kan forløpene bidra til en felles forståelse samt bidra til ny kunnskap.

Lokal tilpasning samt strukturelle forskjeller trekkes frem som nødvendige for valg av organiseringsmodell. Informantene fremhever forskjellige fordeler og ulemper med modellene. På den ene siden trekkes spesialistmodellen frem som en fordel fordi de jobber tett og kan fokusere kun på hverdagsrehabilitering samt ha færre arbeidsoppgaver på andre områder og ha bedre tid. Ulempen er at teamet får kompetansen som skulle blitt implementert hos alle helsetjenestene. Det kan gi utfordringer i videreføringen av tankesettet og forståelsen for hverdagsrehabilitering og føre til fragmenterte tjenester. Teamet som er organisert med

spesialistmodell beskriver at de har regelmessig dialog med hjemmetjenesten hvor de planlegger og diskuterer sammen. I tillegg har teamene arbeidsoppgaver i andre tjenester som gir oversikt over henvisningene de får totalt. Det påpekes at dette bidrar til å gjøre det lettere å se mulighetene over andre tjenester samt tilpasse dette.

Integrert modell blir på sin side trukket frem som en fordel fordi de får trent opp en «hel tjeneste» med felles tankesett slik at de er mere delaktige i forløpene. Det skaper mere aktivitet og fokus på rehabilitering og selvstendigjøring. Det kan bidra til en bedre overgang når forløpet avsluttes. Beskrivelsene informantene gir av sine erfaringer med modellene, kan tyde på at det er en fordel med lokal tilpasning for å lykkes (A. K. Birkeland, Langeland, Tuntland, Jacobsen & Førland, 2018; Sundhedsstyrelsen, Kjellberg, Helgestad-H. A., Madsen & Rasmussen, 2013). Funnene i denne studien tyder på at organiseringsmodellene har liten innvirkning på rammene til forløpene, men at det er behov for lokal tilpasning.

6.2.2 Kjenner hverandres kompetanse, styrke og begrensning

Teamene trekker frem at de gjennom tett samarbeide og dialog har blitt kjent med hverandres kompetanse, begrensninger og styrker. De gir uttrykk for å se egen begrensning på områder hvor en kollega kan bruke sin tilnærming. Dette er faktorer som trekkes frem som viktige når det gjelder personsentrert tilnærming og team (Johansson et al., 2021; McCormack et al., 2017). Dynamikken i teamet, kjennskap til hverandre og den enkeltes personlige og faglige egenskaper, trekkes frem som en trygghet i teamet. De beskriver at samspillet i teamet har en innvirkning på forløpene fordi de vet hvor de kan bruke hverandres kompetanse. Som henger sammen med funn i 6.1.2 og 6.1.3. Informantene beskriver også at teamet er personavhengig og har en innvirkning på hvordan de jobber sammen. Dette trekkes frem som viktige faktorer i relasjonen mellom profesjonene tilknyttet til hverdagsrehabilitering (C. F. Moe et al., 2019). Tryggheten på hverandre påpekes som viktig når de har faglige diskusjoner hvor de kan være uenige. Dette henger nært sammen med funnet «å se med forskjellige briller». De lytter til hverandres refleksjoner og erfaringer samt deler kunnskap slik både nasjonale og internasjonale føringer fremhever som viktige forutsetninger (Heiberg et al., 2016; Helse- og omsorgsdepartementet, 2015b; WHO, 2010). Sett i lys av riksrevisjonen sin rapport (Riksrevisjonen, 2017) kan det tyde på at det fortsatt er behov for kompetanseutveksling og samhandling, noe som gjenspeiler seg i funnene i denne studien. Flere informanter angir at implementering er et tidkrevende arbeide, som trenger lang tid før det blir opplevd som en

etablert tjeneste. Et økende antall arbeidsoppgaver i tillegg til hverdagsrehabilitering, kan utfordre ressursene som teamet har og påvirke mulighetene.

En informant skisserer at hjemmetjenesten har en annen kunnskap fordi de ofte ser pasientene fra de står opp til de går og legger seg. Hun beskriver deres kunnskap som betydelig når de skal vurdere tiltak, siden teamet ofte ser pasienten en begrenset periode. Samarbeidet med tjenestekontoret blir trukket frem som avgjørende for teamene. De beskriver et gjensidig samarbeide hvor de har forståelse for hverandre og deler av hverandres kompetanse. En mulig forklaring kan være at drivkraften kan ha betydning for hverdagsrehabiliteringsteamets innsats (Johansson et al., 2021; Jokstad et al., 2019). Dersom det er tilfelle kan det tyde på at det kan påvirke evnen til å samarbeide med andre teammedlemmer som er en viktig faktor for tverrfaglig utvikling (A. Moe & Brataas, 2016). Det gjenspeiles i funnet hvor teamene beskriver at de tilegner seg kunnskap gjennom erfaringer fra forløpene og gjennom å samarbeide med andre faggrupper. De gjengir det som lærerik, bevisstgjørende og utfordrende. Flere fremhever at de har endret seg selv i prosessen samtidig som de utfyller hverandre med ulike synspunkter og ulike erfaringer.

Informantene beskriver at teamet trenger å kartlegge hvordan de kan gi det pasienten trenger, og samtidig stille de nødvendige kravene slik at de bruker funksjonen de har. De bemerker at man må ha kompetanse på hvordan man kan gi nødvendig hjelp, men ikke mere enn den de trenger. Funnet gjenfinnes i en studie utført med eldre sine erfaring med hverdagsrehabilitering (Hauge et al., 2016).

6.3 Gode overganger

De gode overgangene beskriver informantene som «flyten» mellom tjenestene. Videre beskriver de at det består av at fagpersonene klarer å vurdere hvilken tjeneste det er behov for. Teamene skisserer at når en pasient har fått funksjonsfall må andre tjenester være bevisste om hverdagsrehabilitering som tjeneste. Det krever et samspill og kunnskap mellom andre helse- og omsorgstjenester i både kommunal- eller i spesialisthelsetjenesten. Kontinuerlig dialog og ansikt til ansikt relasjoner trekkes frem som meningsfulle i møte med samarbeidspartnere og pasient og pårørende.

6.3.1 Tid

Tiden trekkes frem som en avgjørende faktor som påvirker kapasiteten og mulighetene til teamet. Noen informanter nevner at store geografiske strekninger kan gjøre det tidkrevende og utfordrende å følge opp intensivt. Fleksibiliteten mellom teammedlemmene og arbeidsmetoden, nevnes som medvirkende faktorer for hvordan forløpene planlegges. Stillingsprosenten den enkelte har i teamet er en annen faktor som de refererer til at kan påvirke handlingsrommet. Flere påpeker at det krever mere planlegging med mindre stillinger for å få endene til å møtes. Det kan kreve mere av de som har større stillinger. I lys av informantenes erfaringer kan det tyde på at tiden både kan fremme eller hemme fleksibiliteten og dermed påvirke forløpet. I andre studier påpekes det at tiden og tålmodighet er nødvendig for forløpene (Johansson et al., 2021; Jokstad et al., 2019). Informantenes tilbakemeldinger fra pasientene kan tyde på at tiden er av betydning for at pasienten skal føle seg trygg og ivaretatt. Enkelte informanter omtaler at det handler om at rammene skaper rom for å bli sett og hørt fordi de har god tid. En mulig forklaring kan være at tiden kan bidra til å skape trygghet og tillit noe som er grunnleggende faktorer for god kommunikasjon samtidig som det skaper rom for dialog og det pasienten ønsker å dele (T. Eide et al., 2018; Iversen & Hauksdottir, 2020; Seikkula & Arnkil, 2013).

På den andre siden kan dårlig tid hemme dette og bidra til mindre tillitt og trygghet. Det kan påvirke hva pasienten ønsker å dele. Mestringsfølelse blir beskrevet som nødvendig for et godt rehabiliteringsforløp og avgjørende for utfallet (Hauge et al., 2016) og dersom tiden har innvirkning på tillit og hva pasienten deler, kan det føre til fragmenterte forløp. En svensk studie trekker frem at det er avgjørende med god tid i starten av forløpet (Johansson et al., 2021). Pasienten er ofte i en krevende og ny situasjon og kan ha behov for tid for å tilpasse seg.

Tildelingskontoret sin rolle og forståelse trekkes frem som avgjørende for teamet og kan påvirke tiden de har tilgjengelig og dermed påvirke forløpene. Informantene beskriver at felles forståelse med tildelingskontoret bidrar til kontinuitet i forløpene samt at det påvirker fleksibiliteten til teamene. Tydeligheten i vedtakene trekkes også frem som et betydelig poeng for å bidra til forståelse for hva forløpet innebærer for pasienten. Teamet beskriver at det ofte er behov for god tid til å forklare hva som forventes av pasienten i forløpet samt teamets rolle. Store og tidkrevende avstander samt ressurskrevende kartlegginger påvirker hvordan de jobber og mulighetene de har. Samtidig trekkes kartleggingen frem som grundige og nødvendige for å kunne få frem alle livsområder og for å konkretisere målsetningen.

Flere informanter har andre arbeidsoppgaver i tillegg til hverdagsrehabilitering som kan utfordre teamets tid. På den ene siden kan det gjøre det mere krevende å holde god oversikt, på den andre siden kan det gi god oversikt over andre tjenester. Det krever strukturert planlegging av teamene og de kan komme i en skvis når det gjelder prioritering og kan bidra til at fagpersonene kan komme i et etisk dilemma (Førland & Skumsnes, 2016). I en travel hverdag med forskjellige rammer kan samspillet utfordres og bidra til fragmentering og hemme helhetlige forløp.

6.3.2 Forløpene

Informantene beskriver fordelene med forløpene at de er strukturerte, fleksible, målrettede og individuelt tilpasset ut fra pasientens ønsker og mål. Fordelene fremheves som nødvendig for at teamet kan justere under forløpet og for å få en «rød tråd». Teammedlemmene fremstiller at kartleggingen kan gi et tydeligere bilde av hvor pasienten har utfordringer samt skape bevissthet på hvilke hverdagsaktiviteter personen ønsker å ha fokus.

De bemerker at pasientene opplever balansen mellom krav og støtte, i tillegg til fleksible og strukturerte rammer som forutsigbare. Samspillet kan gi pasienten opplevelse av kontroll og mestring av situasjonen (Hauge et al., 2016). På den andre siden trekker informantene frem at pasientene ofte opplever det som utfordrende å sette konkrete mål og at teammedlemmene ofte må bistå i formuleringen. Det kan være uvant å bli spurt om dette samt at de ofte befinner seg i en krevende prosess i livet sitt hvor det har skjedd flere endringer som kan gjøre det utfordrende å ta stilling til (Hauge et al., 2016). Utøverne opplever å gi den støtten og motivasjonen pasienten har behov for, ved å legge til rette for mestring av hverdagsaktiviteter. Det er i motsetning til en studie som er gjort innenfor feltet hvor funnene viste begrenset evidens for at hverdagsrehabilitering bidrar til økt selvstendighet (Whitehead et al., 2015). Dersom det er tilfelle kan det indikere at hverdagsrehabilitering ikke kan bidra til helhetlige pasientforløp. En norsk studie viser på den andre siden at troen på egne muligheter og ressurser styrkes ved at det stilles krav og støtte (Hauge et al., 2016).

Teamene gjengir at pasienten ofte kan ha vanskelig for å sette ord på hva som er viktig samt å sette konkrete mål. Det kan tenkes at lav selvtillit og usikkerhet kan påvirke dette. Ved å stille spørsmålet «hva er viktig for deg», kan det utfordre pasienten til å sette ord på noe som er vanskelig og som personen har behov for mere tid til å formulere. Gjennom å stille spørsmålet kan det også utfordre holdninger både hos pasient og personale samtidig som det kan bidra til

å få frem enkelt individets stemme (Hauge et al., 2016). Teamene skisserer at de tar utgangspunkt i enkelt individets livssituasjon, personens mål og meninger samt ser hvordan helseutfordringer påvirker hverdagssituasjonen som gjenspeiles i ICF modellen (KITH et al., 2006) samt i personsentrert tilnærming (McCormack & McCance, 2010). Gjennom tilnærmingen kan det indikere at teamene kan få frem pasientens stemme som beskrives som betydelige for helhetlige pasientforløp (Danielsen, Nilsen & Fredwall, 2017).

Forskning trekker frem at utfordringer i helhetlige pasientforløp er fragmenterte og dårlig koordinerte tjenester. Informasjonsflyten mellom tjenestene kan tyde på forskjellig tilnærming og forskjellig perspektiv (Danielsen et al., 2017). Noe som også ble trukket frem i Samhandlingsreformen (2009) i tillegg til manglende inkludering av pasienten og pårørende i prosessen. Funn gjort i denne studien peker på at de snakker mere sammen på tvers av tjenester og har blitt bedre til å planlegge. Kontinuerlig evaluering gjennom forløpet fremheves som betydelig for å utføre nødvendige endringer og at de har kontinuerlig informasjonsflyt med andre tjenester som fremmer helhetlige pasientforløp. På den andre siden bemerker informantene at de kan ha utfordringer med informasjonsflyt på tvers av tjenester. Travle dager samt manglende bevissthet på hverdagsrehabilitering trekkes frem som medvirkende faktorer til dette.

Teamene påpeker at det er avgjørende at samme person gjennomfører testing ved start og slutt fordi flere har erfart at de vurderer forskjellig og at det kan bidra til forskjellige resultater. Dette kan forstås som at man som personer tolker og spør forskjellig, noe som kan gi ulike svar og resultat.

Informantene trekker frem at de har en støttende og motiverende rolle under forløpet samtidig som de stiller krav til deltakelse fra pasienten. Et team beskriver at enkelte pasienter ikke har ressursene til å videreføre egenaktivitet etter de har avsluttet. Mens andre team beskriver at det er viktig at pasienten kan fortsette selvstendig ved avslutning. Det kan indikere forskjellige inklusjons- og eksklusjonskriterier. En annen mulig forklaring kan være at det handler om lokale tilpasninger i kommunene. Det kan også handle om kapasitet og ulike prioriteringer i kommunene. Studier peker på at psykososial støtte fra helsepersonell og pårørende er en forutsetning for å nå målene om å komme tilbake til daglige rutiner og utføre meningsfulle aktiviteter uten å være avhengige av andre (Randström et al., 2013). En informant opplever at de kommer for sent inn i prosessen til at de har helhetlig pasientforløp.

Andre informanter påpeker at rammene og samarbeide med pasient, pårørende og andre aktuelle instanser bidrar til dette.

6.3.3 Endring, bevisstgjøring og forventinger

Flere endringer har skjedd i kommunene siden hverdagsrehabilitering ble implementert. Omorganisering i helsetjenestene påpekes av enkelte at har ført til utfordringer med samarbeidsmøter om forløpene. Vikarer og hyppig utskifting trekkes frem som en annen utfordring. I forbindelse med stengeperioden grunnet korona, beskriver teamene at felles møter samt dialog har uteblitt grunnet økt arbeidspress og fravær. Medlemmene i et team opplever seg sårbare for fravær fordi teamet består av få personer og fraværet påvirker de tilgjengelige ressursene. Et annet team trekker frem at fordelene med teamet er at alle har kunnskap på alle arbeidsområder som gjør det lettere ved fravær, men at det alltid går på bekostning av noe annet. Inkludering av pasient og pårørende har bidratt til en bevisstgjøring hos alle involverte. På den ene siden får de tilbakemeldinger fra pasienter og pårørende at det kjennes trygt at de består av flere faggrupper og at de føler seg ivaretatt. På den andre siden uttrykker enkelte pasienter at de ikke ser behovet for tverrfagligheten.

Flere informanter angir at terskelen har blitt lavere for å ta kontakt og at andre tjenester oftere tar kontakt. I tillegg opplever de at flere henviser seg selv, noe de ikke opplevde i starten. Henvisninger fra fastleger og andre faggrupper har også økt. På den andre siden beskriver de at teamet har stor kapasitet og at flere kunne hatt nytte av hverdagsrehabilitering. Det kan indikere at hverdagsrehabilitering har behov for å bli bedre etablert før flere har kunnskap og bevissthet om forløpene. Videre beskriver informantene at de jobber mere sammen og har blitt flinkere til å se hverandres perspektiv som samsvarer med anbefalingene (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015b; Helse- og omsorgsdepartementet, 2009; WHO, 2015). Det kan indikere at kunnskapsformidlingen har blitt bedre.

En informant beskriver at hun måtte endre seg selv først og at hun ikke så at det kunne gjøres annerledes enn det hun var vant med. Flere informanter forteller at fokuset endret seg hos teammedlemmene fra å kompensere med hjelpemidler til en aktiv tilnærming hvor de tenker selvstendigjøring og tilrettelegging. Samtlige trekker frem at de tenker med andre faggruppene sine perspektiver når de kartlegger. Det kan peke i retning av at forløpene kan bidra til kunnskapsformidling mellom teammedlemmene som kan fremme helhetlige

pasientforløp. Dersom det motsatte er tilfelle kan det også forstås som at det kan hemme dette.

Informantenes refleksjoner kan tyde på at forløpene påvirkes av et gjensidig samarbeide med andre tjenester når det gjelder henvisninger og kunnskapsformidling med andre aktører. Forankring i ledelse kan fremme hverdagsrehabilitering til andre tjenester og bidra til å skape bevissthet om tjenesten. Dette kan peke på et komplekst samspill mellom teamet og andre aktuelle instanser, samtidig kan det være viktig for pasienten og pårørende at helsepersonellet samhandler for å fremme helhetlige forløp.

Informantene beskriver at det er mange livsområder som skal kartlegges ved bruk av aktivitetshjulet (vedlegg 6) for at de kan danne seg et helhetlig bilde av pasienten. Funnet gjenspeiles også i en annen studie (Kumlin et al., 2021). Livsområdene kan ha forskjellig betydning for den enkelte og for endringsprosessen. Mennesker har med seg forskjellige livserfaringer som kan påvirke tilnærmingen den enkelte har. Endringsprosesser kan gå på tvers og kan oppleves som kaotiske (Iversen & Hauksdottir, 2020). På den ene siden stiller endringsprosessen krav til teamene når det gjelder fleksibilitet, tilnæringsmåte samt personlige og faglige egenskaper for å nevne noen (Kumlin et al., 2021). På den andre siden vurderes hverdagsrehabilitering individuelt, hvor brukermedvirkning er viktig hjelpemiddel for å finne ut av hvor skoen trykker samtidig som det forsøkes å ivareta pasientens autonomi (Førland & Skumsnes, 2016; Helsedirektoratet, 2017).

Informantene beskriver at inklusjons- og eksklusjonskriteriene er endret fordi teamene har erfart at andre pasienter kan ha nytte av det. De beskriver at flere med kognitiv svikt er inkludert og at henvisningene vurderes individuelt. Et inklusjonskriterie i hverdagsrehabilitering er at når forløpet avsluttes skal pasienten bruke kunnskapen fra forløpet på egenhånd. Enkelte informanter bemerker at flere pasienter ikke har ressurser til dette. De tilbyr likevel et forløp for å vedlikeholde og bedre funksjonsnivået i en periode selv om pasienten ikke mestrer å videreføre det på egenhånd. Andre team beskriver at det forventes at pasienten selv forsøker å holde funksjonsnivået oppe når de avslutter og at de ofte tilbys andre tjenester. Dette kan forstås som at enkelte pasienter som har lite ressurser til å motivere seg selv kan ha behov for mere støtte og motivasjon. På den andre siden er det ikke gitt at pasienten har et ønske om dette. Hensikten med hverdagsrehabilitering er at pasienten skal gå fra å være en passiv mottaker til en aktiv deltaker (Fürst & Høverstad, 2014; Tuntland

& Ness, 2014) noe teamene kan bidra til. Det kan antyde at noe ansvar bør ligge hos pasienten samtidig som personen får den støtte og motivasjonen som personen har bruk for.

På den ene siden gjengir informantene at de jobber mere sammen i samhandlingen med spesialisthelsetjenesten samt andre kommunale helsetjenester. De skisserer at implementeringen av forløpene har vært en tidkrevende prosess for å skape en felles forståelse og et felles tankesett. De beskriver nødvendighet for at flere helsetjenester tenker rehabilitering samt at kunnskapen formidles til pasient pårørende og andre aktuelle. Teamene trekker frem at de ser med hverandres perspektiv og kunnskap i forløpene, hvor de tidligere jobbet mere individuelt som fagpersoner. I lys av teori om endringsprosesser og kommunikasjon kan det tyde på at det krever tilstedeværelse, tid og rom for forskjellig perspektiver for å få kunnskap om hverandre (H. Eide et al., 2017; Seikkula & Arnkil, 2013). Kunnskapsformidling og veiledning av pårørende beskrives som tidkrevende og nødvendige for å øke kunnskapen og forståelsen. Selv om hverdagsrehabilitering legger mere av ansvaret over til pasienten og pårørende, er tilbakemeldingene fra pasient og pårørende positive, og de ønsker å bli inkludert. I en annen studie viser funnene derimot at pårørende har blandet mening om å inkluderes (Jakobsen et al., 2019). En mulig forklaring kan være at de har forskjellig oppfattelse av hva behovet er, en annen forklaring kan være forståelse om hensikten til intervensjonen. En begrenset involvering fra pasienten kan også skyldes den nåværende situasjonen hvor vedkommende opplever en økt belastning på kroppen.

6.4 Svakheter og styrker ved studien

I denne studien er det forsøkt å legge vekt på informantenes refleksjoner og erfaringer. Egen forforståelse kan ha vært en begrensning for å få frem andre nyanser fordi det er lett å «se seg blind». Andre kategorier kunne fått frem andre nyanser ved materiale. Samtidig kan kategoriene vise hvor kompleks hverdagsrehabilitering er. Intervjuspørsmålene var åpne, men på den andre siden ledende med hensyn til besvarelse på problemstillingen. Det teoretiske rammeverket og metodevalg frembringer kun noen mulige perspektiver for å trekke en konklusjon. Andre perspektiver kan resultere i andre funn. Intervjuet tok lengre tid enn det informantene var forespeilet om i informasjonsbrevet. Det kan settet informantene i en vanskelig posisjon samtidig som det ble forsøkt å vise ydmyket for deres tid og muligheter til å delta videre. Det ble ikke valgt en syntese, men det ble valgt kategorier ut fra funn i informantenes utsagn og med deres egne ord. Transkripsjonene ble valgt å sende til

informantene hvor jeg var for lite oppmerksom på den store forskjellen som ligger i skift- og talespråket. Uttalelsene kunne blitt gjengitt på en mere sammenhengende måte eller man kunne valgt å unnlate å sende transkripsjonene. Materialet var rikt og nyansert som kan bidra til kunnskap om temaet samt styrke validiteten. All nærkontakt med materialet innebærer at man setter spor i materialet som kan påvirke meningen i teksten. Samtidig har det gitt en nærhet og kjennskap til materialet ved at jeg selv har utført alle fasene i forskningsprosessen (Malterud, 2017).

7.0 Avslutning

I denne studien er det satt søkelys på om hverdagsrehabilitering kan bidra til helhetlige pasientforløp.

Funnene i studien indikerer at samhandlingen både innad i teamet samt på tvers av tjenester kan bidra til helhetlige pasientforløp. Flere av funnene gikk igjen i kategoriene. Dette kan tolkes som at kategoriene skulle vært tydeligere samtidig ble det valgt å beholde disse for å synliggjøre nyansene i materialet samt vise kompleksiteten. Rammeverket for forløpene tyder på at det fremmer helhetlige forløp. Resultatet viser også at det er behov for kontinuerlig samhandling mellom teamet og andre instanser for at overgangene skal gi god kvalitet. Funnene peker på at planlegging og kontinuerlig evaluering fremmer pasientsentrert fokuset og mestring. Pasientsentrert tilnærming trekkes frem som avgjørende for at forløpene skal lykkes og for å fremme brukermedvirkning. Tett samarbeide i teamene, med hjemmetjenesten, pårørende og pasienten er et annet funn som fremheves som et viktig utgangspunkt for kunnskapsformidling. Faglig og personlig kompetanse poengteres som betydelige for å bistå pasienten innenfor de forskjellige livsområdene. Funn peker også på at det er behov for mere tid for at arbeidsformen skal implementeres. Andre funn i studien tyder på at flere har blitt isolerte eller fått begrensninger i forhold til sosial aktivitet som kan indikere et behov for tilbud som kan dekke dette. Forankring i ledelse fremheves som avgjørende for implementering av forløpene, slik at kunnskapen om hverdagsrehabilitering kan videreføres til andre tjenester. Felles forståelse og hverdagsmestring som tankesett påpekes som nødvendige i denne prosessen.

Selv om denne studien har fokusert på hverdagsrehabilitering, er mulig det er overførbart til rehabiliteringsfeltet. Rammene og teorien har mye til felles med annen rehabilitering.

Hjemmetjenesten er ikke inkludert i denne studien grunnet studiens omfang, slik at deres erfaringer har ikke fått komme frem. Deres erfaringer og refleksjoner med helhetlige pasientforløp er derfor en anbefaling for videre forskning. Videre er pårørende og pasientenes erfaringer med forløpene ikke inkludert. Det kunne vært relevant å få frem deres perspektiv om de opplever forløpene som helhetlige samt hvordan de opplever inkludering i prosessen. Det sosiale aspektet fremkom i funnene som fraværende eller begrenset grunnet pasientens helse. Pasientens perspektiv på dette hadde det vært spennende å sett nærmere på. Det tverrprofesjonelle samarbeidet i forhold til roller og fordeling av arbeidsoppgaver i teamet er et annet område det trengs mere forskning på (Førland & Skumsnes, 2016; K. Vik, 2018). Det er gjort flere nasjonale og internasjonale studier innenfor hverdagsrehabilitering, men det er fortsatt behov for ytterligere forskning innenfor feltet. Forskjellig organiseringsmodeller samt lokale tilpasninger og lokale kulturer kan gjøre det utfordrende når det gjelder generaliserbarhet. På den andre siden kan erfaringene de ulike instansene i kommunene har, bidra til økt kunnskap som kan komme pasienten til gode.

Litteraturliste

- Antonovsky, A. & Lev, A. (2000). *Helbredets mysterium : at tåle stress og forblive rask*. København: Hans Reitzel Forlag.
- Arbeidoghelse.no. (2021, 10. februar). Veileder for arbeidsrettet rehabilitering i spesialisthelsetjenesten. Hentet fra <https://arbeidoghelse.no/fagveileder/prinsipper-i-arr/biopsykososial-forstaelse/>
- Aspinal, F. J., Glasby, J., Rostgaard, T., Tuntland, H. & Westendorp, R. (2016). Reablement : supporting older people towards independence. <https://doi.org/10.1093/ageing/afw094>
- Biderman, A., Yeheskel, A. & Herman, J. (2005). The Biopsychosocial Model-Have We Made Any Progress Since 1977? *Families, Systems & Health*, 23(4), 379-386. <https://doi.org/10.1037/1091-7527.23.4.379>
- Birkeland, A., Tuntland, H., Førland, O., Jakobsen, F. & Langeland, E. (2017). Interdisciplinary collaboration in reablement-a qualitative study. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 10, 195-203. <https://doi.org/10.2147/JMDH.S133417>
- Birkeland, A. K., Langeland, E., Tuntland, H., Jacobsen, F. F. & Førland, O. (2018). Hverdagsrehabilitering - integrert eller spesialisert? *Nordisk tidsskrift for helseforskning*, 14(1). <https://doi.org/10.7557/14.4403>
- Brinchmann, B. S., Moe, C. F. & Gårseth-Nesbakk, L. (2019). Medspill og motspill mellom profesjonene tilknyttet hverdagsrehabilitering. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 5(1), 1-16. <https://doi.org/10.18261/issn.2387-5984-2019-01-04>
- Danielsen, K. K., Nilsen, E. R. & Fredwall, T. E. (2017). Pasientforløp for eldre med kronisk sykdom: En oppsummering av kunnskap. *Oppsummering*. Hentet fra <https://omsorgsforskning.brage.unit.no/omsorgsforskning-xmlui/handle/11250/2449882>
- Eide, H., Eide, T. & Eide, E. (2017). *Kommunikasjon i relasjoner : personorientering, samhandling, etikk* (3. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Eide, T., Gullstett, M. K., Nilsen, E., Dugstad, J. H. & Eide, H. (2018). Tillitsmodellen – hovedpiloting i Oslo kommune 2017-18. I: USN/Vitensenteret Helse og Teknologi. Hentet fra https://omsorgsforskning.brage.unit.no/omsorgsforskning-xmlui/bitstream/handle/11250/2729273/Eide_Gullstett.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Engel, L. G. (1977). The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine. *Science*, 196(4286), 129-136. <https://doi.org/10.1126/science.847460>
- Folkehelseinstituttet, Forsetlund, L., Vist, G., Hove, L. & Aamland, A. (2019, 17. september). Tverrfaglige team i primærhelsetjenesten: en systematisk kartleggingsoversikt. Hentet fra <https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2019/tverrfaglige-team-i-primarhelsetjenesten-rapport-2019.pdf>
- Foss, C. (2011). Elders and patient participation revisited – a discourse analytic approach to older persons' reflections on patient participation. *Journal of clinical nursing*, 20(13-14), 2014-2022. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2010.03505.x>
- Først & Høverstad. (2014). *Fra passiv mottaker til aktiv deltaker : hverdagsrehabilitering i norske kommuner*. Oslo: KS FoU.
- Førland, O. & Skumsnes, R. (2016). Hverdagsrehabilitering – En oppsummering av kunnskap. *Oppsummering*.

- Hall, M. & Millo, Y. (2018). Choosing an Accounting Method to Explain Public Policy: Social Return on Investment and UK Non-profit Sector Policy. *The European accounting review*, 27(2), 339-361. <https://doi.org/10.1080/09638180.2016.1261721>
- Halås, C. T., Steinsvik, K. & Kymre, I. G. (2017). *Humanistiske forskningstilnæringer til profesjonspraksis*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Hansen, E. B., Eskelinen, L., Rahnbæk, M. Ø. & Helles, J. N. (2015). Ældres opplevelse af hverdagsrehabilitering. I.
- Hartviksen, T. A. & Sjølie, B. M. (2017). *Hverdagsrehabilitering : kvalitetsforbedring i norske kommuner*. Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Hauge, S., Jokstad, K., Landmark, B. T. & Skovdahl, K.-I. (2016). Eldres erfaringer med hverdagsrehabilitering - Mestring og muligheter – krav og støtte i et dynamisk samspill. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 2(3), 212-221. <https://doi.org/10.18261/issn.2387-5984-2016-03-07>
- Heiberg, I., Gjerde, I., Løhre, A., Grimsmo, A., Røsstad, T. & Steinsbekk, A. (2016). Helhetlige pasientforløp - gjennomføring i primærhelsetjenesten. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 2(2), 78-87. <https://doi.org/10.18261/issn.2387-5984-2016-02-02>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (1999). Pasient- og brukerrettighetsloven (LOV-1999-07-02-63). Hentet fra https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63/KAPITTEL_1#%C2%A71-3
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2011). Forskrift om habilitering og rehabilitering (FOR-2011-12-16-1256). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2011-12-16-1256>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2013). *Morgendagens omsorg* (Meld. St. 29 (2012–2013)). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-29-20122013/id723252/>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2015a). *Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet* (Meld. St. 26 (2014–2015)). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/d30685b2829b41bf99edf3e3a7e95d97/no/pdfs/stm201420150026000dddpdfs.pdf>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2015b). *Omsorg 2020: Regjeringens plan for omsorgsfeltet 2015-2020*. Hentet fra https://www.regjeringen.no/contentassets/af2a24858c8340edaf78a77e2f9cb7/omsorg_2020.pdf
- Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (LOV-2011-06-19-78). Hentet fra <https://lovdata.no/lov/2011-06-19-78>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2009). *Samhandlingsreformen- rett behandling – på rett sted – til rett tid* (St.meld. nr. 47 (2008-2009)). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-47-2008-2009-/id567201/?ch=1>
- Helsedirektoratet. (2017). *Brukermedvirkning*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet. (2020). *Rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator*. Oslo.
- Helselosen.no. (u.å.). Vi trenger en bedre definisjon av e-helse! Hentet 07. mai fra <https://helselosen.no/e-helse/vi-trenger-en-bedre-definisjon-av-e-helse/>

- Helsepersonelloven. (1999). Lov om helsepersonell (LOV-1999-07-02-64). Hentet fra https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64#KAPITTEL_1
- Hjelle, K. M., Skutle, O., Førland, O. & Alvsvåg, H. (2016). The reablement team's voice: A qualitative study of how an integrated multidisciplinary team experiences participation in reablement. *Journal of multidisciplinary healthcare*, 9(1), 575-585. <https://doi.org/10.2147/JMDH.S115588>
- Hjelle, K. M., Alvsvåg, H. & Førland, O. (2016). The relatives' voice: How do relatives experience participation in reablement? A qualitative study. *Journal of multidisciplinary healthcare*, 10, 1-11. <https://doi.org/10.2147/JMDH.S122385>
- Hjelle, K. M., Tuntland, H., Førland, O. & Alvsvåg, H. (2017). Driving forces for home-based reablement; a qualitative study of older adults' experiences. *Health Soc Care Community*, 25(5), 1581-1589. <https://doi.org/10.1111/hsc.12324>
- Holm, S. G. (2017). *Knapt med tid i hjemmetjenesten : om kjøreruter, skjulte tjenester og tidspress : en dokumentanalyse av enkeltvedtak og ukeprogram* (Doktoravhandling, Nord universitet). Nord universitet, Bodø.
- Iversen, A. & Hauksdottir, N. (2020). *Tverrprofesjonell samhandling og teamarbeid : kjernekompetanse for fremtidens helse- og velferdstjenester* (1. utg.). Oslo: Gyldendal.
- Jakobsen, F. A. & Vik, K. (2019). Health professionals' perspectives of next of kin in the context of reablement. *Disability and Rehabilitation*, 41(16), 1882-1889. <https://doi.org/10.1080/09638288.2018.1450452>
- Jakobsen, F. A., Vik, K. & Ytterhus, B. (2019). The art of maintaining everyday life: collaboration among older parents, their adult children, and health care professionals in reablement. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 12, 269-280. <https://doi.org/10.2147/JMDH.S195833>
- Johansson, A., Ernsth Bravell, M., Karlsson, A. B. & Fristedt, S. (2021). Valuable aspects of home rehabilitation in Sweden: Experiences from older adults. *Health science reports*, 4(1), e249-n/a. <https://doi.org/10.1002/hsr2.249>
- Jokstad, K., Skovdahl, K., Landmark, B. T. & Haukelien, H. (2019). Ideal and reality; Community healthcare professionals' experiences of user-involvement in reablement. *Health & Social Care in the Community*, 27(4), 907-916. <https://doi.org/10.1111/hsc.12708>
- KITH, Sosial- og helsedirektoratet & WHO. (2006). *ICF : Internasjonal klassifikasjon av funksjon, funksjonshemming og helse* (2. utg.). Oslo: Sosial- og helsedirektoratet.
- Kjellberg, P. K., Ibsen, R. & Kjellberg, J. (2013). *Længst Muligt i Eget Liv og hverdagsrehabilitering*.
- Erfaringer fra Fredericia Kommune. *Gerontologi*, 4-7. Hentet fra <https://danskgerontologi.dk/wp-content/uploads/2018/09/201311.pdf>
- Kumlin, M., Berg, G. V., Kvigne, K. & Hellesø, R. (2021). Unpacking Healthcare Professionals' Work to Achieve Coherence in the Healthcare Journey of Elderly Patients: An Interview Study. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 14, 567-575. <https://doi.org/10.2147/JMDH.S298713>
- Kvale, S., Brinkmann, S., Anderssen, T. M. & Rygge, J. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.

- Langland, E., Tuntland, H., Førland, O., Aas, E., Folkestad, B., Jacobsen, F. F. & Kjeker, I. (2015). Study protocol for a multicenter investigation of reablement in Norway. *BMC Geriatrics*, 15(1), 111-111. <https://doi.org/10.1186/s12877-015-0108-y>
- Larsen, S. H. & Van Roy, B. (2014). Når kroppen sladrer, bør helsetjenesten lytte med to ører. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, (3), 253-263.
- Legg, L., Gladman, J., Drummond, A. & Davidson, A. (2016). A systematic review of the evidence on home care reablement services. *Clinical rehabilitation*, 30(8), 741-749. <https://doi.org/10.1177/0269215515603220>
- Lillehammer kommune. (2021, 11. februar). Hverdagsrehabilitering. Hentet fra <https://www.lillehammer.kommune.no/hverdagsrehabilitering.449599.no.html>
- Liaaen, J. M. A. (2015). *Professional carers' experiences of working with reablement* (Masteroppgave, NTNU). Hentet fra https://ntnuopen.ntnu.no/ntnu-xmlui/bitstream/handle/11250/2373784/Liaaen_2015.pdf?sequence=1
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- McCormack, B. & McCance, T. (2010). *Person-Centred Nursing: Theory and Practice*. Hoboken: Hoboken: John Wiley & Sons, Incorporated.
- McCormack, B., McCance, T. & Klopper, H. (2017). *Person-centred practice in nursing and health care : theory and practice* (2. utg.). West Sussex, England: Wiley Blackwell.
- Melby, L. & Tjora, A. H. (2013). *Samhandling for helse*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Mestring.no. (2018, 7. desember). Organisering av aktivitet. Hentet fra <https://mestring.no/laerings-og-mestringsaktivitet/organisering/>
- Moe, A. & Brataas, H. V. (2016). Interdisciplinary collaboration experiences in creating an everyday rehabilitation model: A pilot study. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 9(1), 173-182. <https://doi.org/10.2147/JMDH.S103696>
- Moe, C. & Brinchmann, B. S. (2016). Optimising Capacity – A Service User and Caregiver Perspective on Reablement. *The grounded theory review*, 15(2).
- Moe, C. F. (2017). *Hverdagsrehabilitering i praksis : en studie fra spenningsfeltet mellom ulike aktører og interesser* (Doktoravhandling, Nord universitet). Nord universitet, Bodø.
- Moe, C. F., Gårseth-Nesbakk, L. & Brinchmann, B. S. (2019). Medspill og motspill mellom profesjonene tilknyttet hverdagsrehabilitering. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 5(1), 1-16. <https://doi.org/10.18261/issn.2387-5984-2019-01-04> ER
- Månsson, M., Nordholm, A., Andersson, L., Mikaelsson, A. & Ekman, U. (2006). Rapport från FoU-Jämt 2006: 1. I: Östersund: FoU-Jämt, Mittuniversitet. Hentet fra [http://www.regionjamtland ...](http://www.regionjamtland...)
- NEM. (2009). Veiledning for forskningsetisk og vitenskapelig vurdering av kvalitative forskningsprosjekt innen medisin og helsefag. Hentet fra <https://www.forskningsetikk.no/retningslinjer/med-helse/vurdering-av-kvalitative-forskningsprosjekt-innen-medisin-og-helsefag/>
- NESH. (2014). Helsinkideklarasjonen. Hentet fra <https://www.forskningsetikk.no/ressurser/fbib/lover-retningslinjer/helsinkideklarasjonen/>

- NESH. (2016). Forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap, humaniora, juss og teologi. Hentet fra <https://www.forskningsetikk.no/retningslinjer/hum-sam/forskningsetiske-retningslinjer-for-samfunnsvitenskap-humaniora-juss-og-teologi/>
- Norges forskningsråd. (2016). Evaluering av samhandlingsreformen : sluttrapport fra styringsgruppen for forskningsbasert følgeevaluering av samhandlingsreformen. Hentet fra <https://www.forskningsradet.no>
- Norsk Ergoterapeutforbund, KS, Norsk Sykepleieforbund & Norsk Fysioterapeutforbund. (2014). Opplæring i Hverdagsrehabilitering. Ideer og erfaringer. I.
- Parsons, J. G. M., Jacobs, S. & Parsones, M. J. G. (2015). Use of goals as a focus for services for community-dwelling older people. I R. J. Siegert & W. Levack (Red.), *Rehabilitation goal setting : theory, practice, and evidence* (s. 305-324). Boca Raton, Florida: CRC Press.
- Pran, F. (2007). ICF- et felles språk for funksjon. *Fysioterapeuten*, 7, 24-26. Hentet fra <https://fysioterapeuten.no/icf---et-felles-sprak-for-funksjon/124007>
- Rabiee, P. & Glendinning, C. (2011). Organisation and delivery of home care re-ablement: what makes a difference? *Health & Social Care in the Community*, 19(5), 495-503. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2524.2011.01010.x>
- Randström, K. B., Asplund, K., Svedlund, M. & Paulson, M. (2013). Activity and participation in home rehabilitation: Older people's and family members' perspectives. *Journal of rehabilitation medicine*, 45(2), 211-216. <https://doi.org/10.2340/16501977-1085>
- Randström, K. B., Wengler, Y., Asplund, K. & Svedlund, M. (2014). Working with 'hands-off' support: a qualitative study of multidisciplinary teams' experiences of home rehabilitation for older people. I (bd. 9, s. 25).
- Riksrevisjonen. (2016, 12. januar). Dokument 3:5 (2015–2016), Riksrevisjonens undersøkelse av ressursutnyttelse og kvalitet i helsetjenesten etter innføringen av samhandlingsreformen. Hentet fra <https://www.riksrevisjonen.no/globalassets/rapporter/no-2015-2016/samhandlingsreformen.pdf>
- Riksrevisjonen. (2017, 12. desember). Dokument 3:2 (2017–2018), Undersøkelse av helseforetakenes praksis for utskrivning av pasienter til kommunehelsetjenesten. Hentet fra https://riksrevisjonen.no/globalassets/rapporter/no-2017-2018/helseforetak_pasienter_-kommunehelsetjeneste.pdf
- Ringdal, K. (2018). *Enhet og mangfold : samfunnsvitenskapelig forskning og kvantitativ metode* (4. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Rose, A., Rosewilliam, S. & Soundy, A. (2016). Shared decision making within goal setting in rehabilitation settings: A systematic review. *Patient education and counseling*, 100(1), 65-75. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2016.07.030>
- Schot, E., Tummers, L. & Noordegraaf, M. (2020). Working on working together. A systematic review on how healthcare professionals contribute to interprofessional collaboration. *Journal of interprofessional care*, 34(3), 332-342. <https://doi.org/10.1080/13561820.2019.1636007>

- Schwartz, C. & Simonsen, P. (2013). Velfærdsforestillinger om sund aldring: Eksempler i tekster af Sundhedsstyrelsen Dorrit Willumsen og Lars Skinnebach. *European journal of Scandinavian studies*, 43(2), 226. <https://doi.org/10.1515/ejss-2013-0014>
- Seikkula, J. & Arnkil, T. E. (2013). *Åpen dialog i relasjonell praksis : respekt for annerledeshet i øyeblikket*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Solvang, P. K. (2019). *(Re)habilitering : terapi, tilrettelegging, verdsetting*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Solvang, P. K. & Slettebø, Å. (2012). *Rehabilitering : individuelle prosesser, fagutvikling og samordning av tjenester*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Stige, B., Malterud, K. & Midtgarden, T. (2009). Toward an Agenda for Evaluation of Qualitative Research. *Qualitative health research*, 19(10), 1504-1516. <https://doi.org/10.1177/1049732309348501>
- Sundhedsstyrelsen, Kjellberg, P. K., Helgestad-H. A., Madsen, M. H. & Rasmussen, S. R. (2013). *Kortlægning af kommunernes erfaringer med rehabilitering på ældreområdet*. Hentet fra <https://www.vive.dk/da/udgivelser/kortlaegning-af-kommunernes-erfaringer-med-rehabilitering-paa-aeldreområdet-9130/>
- Thagaard, T. (2018). *Systematikk og innlevelse : en innføring i kvalitative metoder* (5. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Tjora, A. H. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis* (3. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Tuntland, H. & Ness, N. E. (2014). *Hverdagsrehabilitering*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Tuntland, H., Aaslund, M. K., Espehaug, B., Forland, O. & Kjekken, I. (2015). Reablement in community-dwelling older adults: a randomised controlled trial. *BMC Geriatrics*, 15(143), 145-145. <https://doi.org/10.1186/s12877-015-0142-9>
- Tveiten, S. & Boge, K. (2014). *Empowerment i helse, ledelse og pedagogikk : nye perspektiver*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Tønnessen, S. & Nortvedt, P. (2012). Hva er faglig forsvarlig hjemmesykepleie? *Sykepleien forskning*, (3), 280-285. <https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2012.0134>
- Vabo, S., I., & Vabø, M. (2014). *Velferdens organisering*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Vik, E. (2018). Helseprofesjoners samhandling – en litteraturstudie. *Tidsskrift for velferdsforskning*, 21(2), 119-147. <https://doi.org/10.18261/issn.2464-3076-2018-02-03 ER>
- Vik, K. (2004). ICF - en felles modell og et felles språk i rehabilitering. I(s. 57-63). Bergen: Fagbokforlaget.
- Vik, K. (2018). Hverdagsrehabilitering og tverrfaglig samarbeid; en empirisk studie i fire norske kommuner. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 4(1), 6-15. <https://doi.org/10.18261/issn.2387-5984-2018-01-05>
- Whitehead, P. J., Worthington, E. J., Parry, R. H., Walker, M. F. & Drummond, A. E. R. (2015). Interventions to reduce dependency in personal activities of daily living in community dwelling adults who use homecare services: a systematic review. *Clinical rehabilitation*, 29(11), 1064-1076. <https://doi.org/10.1177/0269215514564894>
- WHO. (2002). Active ageing: a policy framework. Hentet fra https://www.who.int/ageing/publications/active_ageing/en/

- WHO. (2010). *Framework for action on interprofessional education & collaborative practice*. Geneva: WHO.
- WHO. (2015). World report on ageing and health. Hentet fra <https://www.who.int/ageing/publications/world-report-2015/en/>
- Wilde, A. & Glendinning, C. (2012). 'If they're helping me then how can I be independent?' The perceptions and experience of users of home-care re-ablement services: Home care re-ablement: users' views. *Health & Social Care in the Community*, 20(6), 583-590. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2524.2012.01072.x>

Vedlegg

Vedlegg 1: Intervjuguide fokusgruppeintervju

INTERVJUGUIDE GRUPPEINTERVJU

Problemstillingen utdypes med disse forskningsspørsmålene:

- Kan hverdagsrehabilitering bidra til helhetlige pasientforløp? På hvilken måte?
- Bidrar det tverrfaglige samarbeidet til et mer helhetlig fokus? På hvilken måte?
- Hvordan bruker teamet hverandres tverrfaglighet?
- I hvilken grad påvirker det tverrfaglige samarbeide helheten?
- På hvilken måte er helhetlig fokus implementert i kartleggingen rundt brukeren?
Hvordan brukes dette i praksis?
- Hvordan påvirkes teamet av rammene til tjenesten? (tid, økonomi, antall fagpersoner, andre arbeidsoppgaver) Har teamet en innvirkning/påvirkning på dette selv?
- Er aktivitetshjulet med på å dekke det dere har behov for å vite om brukeren?
Hvordan?
- Hvordan påvirker målsetning til brukeren måten temaet jobber på?
- På hvilken måte kan hverdagsrehabilitering være helsefremmende? Hvordan?
- Hvor lenge har teamet jobbet med hverdagsrehabilitering?
- På hvilken måte jobber dere helhetlig om brukeren? Hvordan gjøres dette i praksis?
- Hvordan bruker dere hverandres tverrfaglighet i det daglige?

Vedlegg 2: Intervjuguide dybdeintervju

INTERVJUGUIDE INDIVIDUELLE INTERVJU

Problemstillingen utdypes med disse forskningsspørsmålene:

- Hvor lenge har du jobbet i hverdagsrehabiliteringsteamet?
- Har du andre arbeidsoppgaver enn hverdagsrehabilitering?
- Hvordan opplever du tverrfagligheten i teamet?
- Har du erfaring med annen tverrfaglig jobbing?
- Er det annerledes å jobbe tverrfaglig i hverdagsrehabilitering enn slik du jobber tverrfaglig ellers?
- Har tverrfagligheten betydning for det helhetlige perspektivet? På hvilken måte?
- Hvilken betydning tror du det har for brukerne at dere jobber tverrfaglig?
- Hvordan bruker dere tverrfagligheten i teamet?
- Hvordan er rollene fordelt mellom dere i teamet?
- Hva er din rolle i teamet?
- Hvordan tenker du at hverdagsrehabilitering kan bidra til helhetlige pasientforløp? På hvilken måte?

Vedlegg 3: Forespørsel om deltakelse

Vil du delta i forskningsprosjektet?

«*Kan hverdagsrehabilitering bidra til helhetlige pasientforløp?*»

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å få innsikt i og kunnskap om din og hverdagsrehabiliteringsteamet sine erfaringer om hvordan det jobbes helhetlig rundt brukeren. I dette skrivet gir jeg deg informasjon om hensikten med prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg. Denne studien er en masteroppgave i folkehelse ved Nord universitet.

Hensikt

Hensikten med studien er å få innsikt i hverdagsrehabiliteringsteamene sine refleksjoner om hvordan de jobber helhetlig om brukerne. Videre ønsker jeg å undersøke om hverdagsrehabilitering kan bidra til helhetlige pasientforløp.

Problemstillingen er «*Kan hverdagsrehabilitering bidra til helhetlige pasientforløp?*».

Viktige spørsmål for meg i denne studien er blant annet:

- Bidrar det tverrfaglige samarbeidet til et mer helhetlig fokus?
- Er helhetlig fokus implementert i kartleggingen rundt brukeren? Hvordan gjøres det i praksis?
- Kan hverdagsrehabilitering bidra til helhetlige pasientforløp?
- Hva legger dere som team og individuelt i et helhetlig perspektiv?
- Påvirkes tjenesten av rammene? (Tid, ressurser, andre arbeidsoppgaver osv.)
- Dekker aktivitetshjulet det dere har behov for å vite om brukeren?
- Kan hverdagsrehabilitering bidra til helsefremming?

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Veileder Per Kristian Roghell og mastergradsstudent ved Nord universitet, Anette Gaaserud er ansvarlig for prosjektet.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Du får spørsmål om å delta i studien fordi du er en del av hverdagsrehabiliteringsteamet i din kommune. Det er et av inklusjonskriteriene for å delta i prosjektet. Jeg har fått tillatelse av

enhetsleder til å spørre om teamet ønsker å delta. Alle i teamet vil få spørsmål om å delta. Det er grunnleggende å få høre refleksjonene i det tverrfaglige hverdagsrehabiliteringsteamet.

Hva innebærer det for deg å delta?

Studien er en kvalitativ studie som har til hensikt å beskrive hvordan hverdagsrehabiliteringsteam jobber helhetlig. Videre vil studien se på hvordan tverrfagligheten brukes i teamet.

Jeg vil samle inn data til studien gjennom tre individuelle intervju og tre gruppeintervju i norske kommuner.

- Det er tre hverdagsrehabiliteringsteam fra tre kommuner av varierende størrelse som vil bli invitert til å delta.
- I tillegg til gruppene ønsker jeg å intervju en fagperson fra hvert team.
- Opplysningene registreres på lydbånd, notater og på datamaskin.
- Hvis du velger å delta i prosjektet, innebærer det at du deltar på et gruppeintervju med resten av hverdagsrehabiliteringsteamet du jobber i. Det vil ta ca. 90 minutter. Du kan også bli spurt om å delta i et individuelt intervju.
- Samtalen under gruppeintervjuet vil kunne variere ut fra gruppene og refleksjonene som kommer frem. Noen av spørsmålene vil derfor kunne variere.
- Deltakelse vil innebære det samme for alle utvalgsgruppene.
- Du vil få mulighet til å lese igjennom egne utsagn og komme med tilbakemeldinger på dette.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykket tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle dine personopplysninger vil da bli slettet. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Jeg vil bare bruke opplysningene om deg til formålene jeg har fortalt om i dette skrivet. Jeg behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket.

- Veileder Per Kristian Roghell ved Nord universitet vil også ha innsyn i datamaterialet.
- Navnet og kontaktopplysningene dine vil jeg erstatte med en kode som lagres på egen navneliste adskilt fra øvrige data, lagre datamaterialet på forskningsserver innelåst og kryptert.
- Alle intervjuene vil bli foretatt av, bearbeidet og lagret av Anette Gaaserud.

Du vil kunne gjenkjenne egne refleksjoner i publikasjonen, men du vil ikke personlig gjenkjennes i den.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Opplysningene anonymiseres når prosjektet avsluttes/oppgaven er godkjent, noe som etter planen er mai 2021. Datamaterialet anonymiseres ved prosjektslutt. Personopplysningene og lydopptak vil bli slettet ved prosjektslutt.

Dine rettigheter

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- Innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg, og å få utlevert en kopi av opplysningene.
- Få rettet personopplysninger om deg.
- Få slettet personopplysninger om deg.
- Sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Jeg behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

(Ved godkjenning fra NSD vil jeg ta innfølgende setning: På oppdrag fra Anette Gaaserud har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.)

Hvor kan jeg finne ut mer?

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

- Nord universitet ved Per Kristian Roghell, tlf.: 48 15 45 71.
- Anette Gaaserud, tlf.: 93 85 78 34.
- Vårt personvernombud:

Hvis du har spørsmål knyttet til NSD sin vurdering av prosjektet, kan du ta kontakt med:

- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS på epost (personverntjenester@nsd.no) eller på telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen

Per Kristian Roghell
(Forsker/veileder)

Anette Gaaserud
(Mastergradsstudent)

Vedlegg 4: Samtykkeerklæring

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet «*Kan hverdagsrehabilitering bidra til helhetlige pasientforløp?*», og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta i gruppeintervju.
- å delta i individuelt intervju.

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Vedlegg 5: NSD sin vurdering

NSD sin vurdering

Prosjekttittel

Kan hverdagsrehabilitering bidra til helhetlige pasientforløp?

Referansenummer

120453

Registrert

07.04.2020 av Anette Gaaserud - anette.gaaserud@student.nord.no

Behandlingsansvarlig institusjon

Nord Universitet / Fakultet for sykepleie og helsevitenskap / Helsevitenskap

Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)

Per Kristian Roghell, per.kr.roghell@nord.no, tlf: 48154571

Type prosjekt

Studentprosjekt, masterstudium

Kontaktinformasjon, student

Anette Gaaserud, anette_03@hotmail.com, tlf: 93857834

Prosjektperiode

18.03.2020 - 15.05.2021

Status

08.04.2020 - Vurdert

Vurdering (1)

08.04.2020 - 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 den 08.04.2020 med vedlegg, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD. Behandlingen kan starte.

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 Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres.

TAUSHETSPLIKT Helsepersonell 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.

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 15.05.2021.

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 viderebehandles 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 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). For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må dere følge interne retningslinjer og eventuelt 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!

Kontaktperson hos NSD: Tore Andre Kjetland Fjeldsbø Tlf. Personverntjenester: 55 58 21 17 (tast 1)

Vedlegg 6: Aktivitetshjulet



Modellen er inspirert av «hverdagshjul» som er i bruk i Kristiansand kommune (Lillehammer kommune, 2021).