

Hverdagsrehabilitering i praksis

En studie fra spenningsfeltet
mellom ulike aktører og interesser

Cathrine Fredriksen Moe

Hverdagsrehabilitering i praksis

En studie fra spenningsfeltet
mellom ulike aktører og interesser

Cathrine Fredriksen Moe

Ph.d. i studier av profesjonspraksis
Nord universitet

Cathrine Fredriksen Moe
Hverdagsrehabilitering i praksis
En studie fra spenningsfeltet mellom ulike aktører og interesser
Ph.d. nr. 20 – 2017

© Nord universitet

ISBN: 978-82-93196-19-8

Trykk: Trykkeriet, Nord universitet

www.nord.no

Alle rettigheter forbeholdes.

Kopiering fra denne bok skal kun finne sted på institusjoner som har inngått avtale med Kopinor og kun innenfor de rammer som er oppgitt i avtalen.

SAMMENDRAG

Denne studien undersøker hva som skjer når en norsk kommune innfører hverdagsrehabilitering. Hverdagsrehabilitering forstås her som en tverrprofesjonell, intensiv og tidsavgrenset rehabiliteringstjeneste, rettet mot hjemmeboende eldre. Hverdagsrehabilitering er en relativt ny tjeneste i de vestlige landene, og fra flere hold etterspørres det mer forskningsbasert kunnskap, inkludert kunnskap om hva som skjer i praksis.

Avhandlingen presenterer en praksisnær følgeforskningsstudie. Studiens metodologiske tilnærminger er aktør-nettverksteori og grounded theory. Metoder for innsamling av empirisk data er deltakende observasjon, intervjuer og dokumentstudier. Deltakere i studien er profesjonsutøvere i hverdagsrehabilitering samt andre ansatte i kommunen som har vært sentrale i initiering, etablering og vurdering av hverdagsrehabilitering. Deltakere i studien er også mottakere av hverdagsrehabilitering og deres pårørende.

Avhandlingen består av fire uavhengige studier (artikkel I-IV) og en sammenbinding. De ulike studiene I-IV belyser hverdagsrehabilitering fra ulike perspektiver og gir ulike teoretiske bidrag. Disse ulike perspektivene er «hverdagsrehabilitering som innovasjon» (I), «etablering av hverdagsrehabilitering» (II), «kostnad-nyttevurdering av hverdagsrehabilitering» (III) og «mottakerperspektivet på hverdagsrehabilitering» (IV). Hensikten er å få frem ulike dimensjoner av hverdagsrehabilitering i praksis. Studien viser at det ligger ulike interesser til grunn for hverdagsrehabilitering. Mest fremtredende er et ønske om å tilby en bedre tjeneste til de eldre innbyggerne i kommunen og et ønske om å skape en bedre kommuneøkonomi. Hverdagsrehabilitering blir sett på som en mulighet til å forene disse interessene (I). Studiene II, III og IV avdekker alle hverdagsrehabiliteringens kompleksitet, og viser hvordan denne kompleksiteten påvirker etableringsprosessen,

kostnad-nyttevurderingen og mottakernes erfaringer av hverdagsrehabilitering. Ved å studere kompleksiteten har jeg sett hvordan de identifiserte interessene kommer i konflikt i praksis. Disse interessekonfliktene gir grunnlag for videre refleksjon, og blir belyst med teori om profesjonsmoral i avhandlingens sammenbinding. Avhandlingen gir et kunnskapsbidrag til forskningslitteraturen om hva som foregår i en hverdagsrehabiliteringspraksis.

Nøkkelord: Hverdagsrehabilitering, aktør-nettverksteori, grounded theory, innovasjon, etablering, kostnad-nytte, mottaker-perspektiv, profesjonsmoral

SUMMARY

The overall intention of this study has been to explore what goes on when a Norwegian municipality establishes a reablement service. Reablement is an interprofessional, intensive and time-limited rehabilitation service, offered to home-dwelling seniors. Reablement is a relatively new service in Western countries, and there is a lack of research-based knowledge concerning several aspects of it, including knowledge of what goes on in a reablement practice.

This thesis presents community-based research. The methodological approaches are actor-network theory and grounded theory. Methods for collecting data are participant observations, interviews and document reviews. The study participants are professional practitioners of reablement, other municipal employees who have participated in the initiation, establishing and assessment of reablement, as well as recipients of reablement and their caregivers.

The thesis consists of four independent studies (articles I-IV) and a comprehensive summary. The different studies I-IV illuminate reablement from various perspectives and they offer different theoretical contributions. The perspectives covered are “reablement as an innovation” (I), “the establishing of reablement” (II), “the cost-benefit assessment of reablement” (III) and “a service-user and caregiver perspective on reablement” (IV). The purpose of exploring various perspectives is to discover different dimensions of reablement in practice. These dimensions generate a foundation for further reflection. The study shows that there are several interests at play in reablement. Most prominent is a wish for offering senior residents better health service and a wish for creating a better municipal economy. The study participants view reablement as a service that can unite these interests (I). The studies II, III and IV reveal the complexity of reablement, and show how this complexity affects the process of establishing reablement, the cost-benefit

assessment, and the service user and caregiver experiences. By studying this complexity, I have seen how the identified interests conflict in practice. In the comprehensive summary of the thesis, these conflicts are illuminated by professional moral theory. The thesis gives a contribution to the knowledge base on reablement in practice.

Keywords: Reablement, actor-network theory, grounded theory, innovation, establishing, cost-benefit, service user perspective, professional ethics

FORORD

En lang ferd går mot slutten. For meg har ferden vært like viktig som målet, og jeg har opplevd og lært mye underveis. Jeg har møtt mange flotte mennesker og det er flere som på ulike vis har bidratt i arbeidet med avhandlingen. Jeg vil derfor takke for hjelpen og støtten jeg har mottatt underveis.

Først og fremst vil jeg takke de ansatte i hverdagsrehabiliteringsteamet. Jeg har vært tett sammen med dem i gode og vonde dager. De har tatt varmt imot meg og delt raust av sine erfaringer, meninger og kunnskap. Prosjektleder og andre ledere innen kommunens helse- og omsorgstjeneste har også vært viktige bidragsyttere for å initiere og gjennomføre denne studien. Solrun Holm skrev søknaden om finansiering til min stipendiatstilling og har vært viktig for etableringen av studien. Jeg vil også takke mottakere av hverdagsrehabilitering og deres pårørende for gode og lærerike samtaler. De har tatt imot meg i sine hjem, og deres engasjement for å bidra til forskning viser hvor viktig den praksisnære forskningen er.

Jeg vil gi en stor takk til mine tålmodige og kunnskapsrike veiledere, Professor Berit Støre Brinchmann og Førsteamanuensis Levi Gårseth-Nesbakk, for gode diskusjoner og stødige veiledninger. De har begge beholdt roen og troen da jeg selv har fryktet at jeg har vært på villspor. De har veiledet meg både faglig og personlig, og vist meg hvordan jeg kan navigere i og håndtere forskningens verden. En stor takk går også til alle ved Senter for Praktisk kunnskap, spesielt mine stipendiatkollegaer. Senteret har vært et godt sted å være stipendiat. Takk også til stipendiater fra Fakultet for Samfunnsvitenskap som jeg hadde gleden av å dele kontorfellesskap med i første halvdel av stipendiatperioden. Jeg vil også takke ansatte og stipendiater ved forskerskolen PROFRES for lærerike samlinger og gode stunder. Flere fra PROFRES har bidratt til tekstene mine ved å kommentere «tekst i prosess». En spesiell takk til Guro, Gøril og Inger-Lise for samhold og vennskap i en nokså ensom arbeidshverdag.

Familie og gode venner er viktigst for meg. Når presset blir stort og tiden går fort, må dessverre verdifull tid brukes på kontoret. Takk til alle som har vært forståelsesfulle og rause. Spesielt takk til min snille søster Anette for gjennomlesing av teksten. Takk til Espen for hans uforbeholdne tro på at jeg kan klare alt jeg vil, og til Hanna og Synne som gir daglige påminnelser om at det viktigste i livet skjer utenfor kontoret!

Bodø, Juni 2017

Cathrine Fredriksen Moe

AVHANDLINGENS OPPBYGGING

Avhandlingen består av to deler. Del I består av en sammenbinding av studiens ulike deler, og del II består av de fire originale artiklene (I-IV).

Sammenbindingen i del I består av fem kapitler. Oppbyggingen av del I følger forskningsprosessen for å kunne gjøre denne mest mulig transparent. Kapittel 1 tar for seg en innledning, bakgrunnen for studien, målsettinger, metodisk introduksjon og avklaring av begrepet profesjonspraksis. Studien var i utgangspunktet en grounded theory studie, og jeg hadde ikke noen klar teoretisk referanseramme i forkant av de empiriske studiene. Dette ville ikke passet inn i en grounded theory tradisjon. Derfor har ikke avhandlingen en egen teoridel. Kapittel 2 viser et epistemologisk utgangspunkt og en beskrivelse av mine metodologiske tilnærminger. Kapittel 3 presenterer resultater fra de ulike studiene, og et samlet bilde av resultatene. I kapittel 4 diskuterer jeg de samlede resultatene fra studien i lys av teori om profesjonsmoral. Kapittel 5 består av oppsummerende bemerkninger og implikasjoner for videre forskning og hverdagsrehabiliteringspraksis.

DE FØLGENDE FORKORTELSER ER BENYTTET I AVHANDLINGEN:

ANT	Aktør-nettverksteori
GT	Grounded theory
HvR	Hverdagsrehabilitering
NSD	Norsk senter for forskningsdata
REK	Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk
STS	Science and technology studies

INNHALDSFORTEGNELSE DEL I

1. INNLEDNING	1
1.1 Bakgrunn for studien	2
1.1.1 En utdyping og avgrensning av hverdagsrehabilitering som forskningsfelt	4
1.1.2 Kunnskapsoversikt	7
1.1.3 Oppsummering og motivasjon for studien	11
1.2 Forskningsspørsmål og design	12
1.2.1 Forskningsspørsmålene har blitt til underveis i prosessen	12
1.2.2 Avhandlingens overordnede design og studiens kontekst	14
1.3 Hverdagsrehabilitering som profesjonspraksis i studien og i den studerte kommunen	14
2. METODOLOGISK TILNÆRMING – GROUNDED THEORY OG AKTØR- NETTVERKSTEORI	18
2.1 Å skjelle en vitenskapsteoretisk plattform	18
2.2 Design	21
2.2.1 Grounded theory	22
2.2.2 Aktør- nettverksteori	24
2.2.3 Grounded theory og aktør nettverksteori – møtepunkter og ulikheter	26
2.3 Utvalg av informanter og innsamling av data	27
2.3.1 Utvalg av informanter	27
2.3.2 Innsamling av data	29
2.4 Håndtering av datamaterialet	37
2.4.1 Håndtering av data, grounded theory	38

2.4.2 Håndtering av data, aktør- nettverksteori	40
2.5 Studiens troverdighet og pålitelighet	43
2.5.1 Troverdighet.....	44
2.5.2 Pålitelighet.....	45
2.6 Etske vurderinger	46
3. PRESENTASJON AV RESULTATER.....	48
3.1 Artikkel I: Hverdagsrehabilitering som innovasjon- økt oppmerksomhet om aktørers samspill	50
3.2 Artikkel II: Å skreddersy hverdagsrehabilitering: en grounded theory studie om å etablere hverdagsrehabilitering i en norsk kommune	51
3.3 Artikkel III: Søken etter varighet mens hverdagsrehabilitering etableres – kostnad- nytte vurderinger som talisman og trussel.....	53
3.4 Artikkel IV: Optimalisere kapasiteter – et tjenestemottaker og pårørende perspektiv på hverdagsrehabilitering	55
3.5 Et samlet bilde av resultatene	56
4. DISKUSJON.....	57
4.1 Profesjonsmoral	58
4.1.1 På hvilken måte berører debatten om profesjonsmoral hverdagsrehabilitering?	61
4.1.2 Kan vi finne en balanse, og hva må til?	69
4.2 Betragtninger rundt studiens metodologi	73
4.2.1 Erfaringer fra feltarbeid og intervjuer, og interaksjonen mellom forsker og deltakere.....	74
4.2.2 Profesjonsrettet og praksis-nær forskning i kommunehelsetjenesten	78
4.2.3 Generaliserbarhet	83

5. OPPSUMMERENDE BEMERKNINGER, OG IMPLIKASJONER FOR VIDERE FORSKNING OG HVERDAGSREHABILITERINGSPRAKSIS.....	85
5.1 Implikasjoner for praksis og videre forskning	87
5.1.1 Forslag til videre forskning	89
KILDER.....	91

VEDLEGG:

Vedlegg A	Svar fra REK
Vedlegg B	Svar fra NSD
Vedlegg C	Godkjenning fra kommunen
Vedlegg D	Søketabell
Vedlegg E	Informasjonsskriv til alle deltakere
Vedlegg F	Temaguiden intervju med økonomer
Vedlegg G	Eksempel på koding av tekst

LISTE OVER TABELLER

Tabell 1	Forsknings spørsmål	s. 13
Tabell 2	Oversikt over tjenestemottakere og pårørende	s. 28

LISTE OVER BILDER/ FIGURER

Bilde 1	Bilde av håndtering av data, grounded theory	s. 39
Bilde 2	Bilde av håndtering av data, aktør-nettverksteori	s. 42
Figur 1	Sammenhengen mellom studiene i avhandlingen	s. 49

DEL II

Originale publikasjoner og manuskript

Avhandlingen består av følgende artikler som blir referert til i teksten med romertallene I-IV:

- I Moe, C. F. & Gårseth-Nesbakk, L. (2015). Hverdagsrehabilitering som innovasjon- økt oppmerksomhet om aktørers samspill. I O. J. Andersen, L. G.-. Nesbakk & T. Bondas (Eds.), *Innovasjoner i offentlig tjenesteyting: Vågal reise med behov for allierte*. (ss. 87-105). Bergen: Fagbokforlaget.
- II Moe, C. & Brinchmann, B. S. Tailoring reablement: a grounded theory study of establishing reablement in a community setting in Norway. Akseptert for publisering 08.06.17 av tidsskriftet *Health & Social Care in the Community*.
- III Manuskript: Moe, C. & Gårseth-Nesbakk, L. The quest for durability while establishing a rehabilitation service— cost benefit calculations as talisman and threat. Innsendt til tidsskrift, 11.12.16, under revisjon.
- IV Moe, C. & Brinchmann, B. S. (2016). Optimising Capacity – A Service User and Caregiver Perspective on Reablement. *The Grounded Theory Review*, 15 (2), 25-40.

Artiklene er trykket etter tillatelse fra utgivere.

Del I

1. INNLEDNING

Denne avhandlingen handler om en norsk kommunes innføring av hverdagsrehabilitering. Hverdagsrehabilitering forstås her som en tverrprofesjonell, intensiv og tidsavgrenset rehabiliteringstjeneste, rettet mot hjemmeboende eldre (Ryburn, Wells & Foreman, 2009, s.227). Hverdagsrehabilitering er en relativt ny tjeneste i de vestlige landene, og fra flere hold etterspørres det mer forskningsbasert kunnskap om ulike aspekter ved hverdagsrehabilitering, inkludert kunnskap om hva som skjer i praksis (Aspinal, Glasby, Rostgaard, Tuntland & Westendorp, 2016, s.577). Avhandlingen presenterer en praksisnær følgeforskningsstudie og gir et kunnskapsbidrag om hverdagsrehabilitering i praksis.

Studien er initiert fra praksisfeltet. Den aktuelle kommunen tok kontakt med Nord Universitet (daværende Universitetet i Nordland) for samarbeid om et forskningsmessig blikk på sin hverdagsrehabiliteringstjeneste. Studien tilhører Regionalt Forskningsfond Nords fagområde «Velferdsutvikling i nordområdene». Avhandlingen er derfor et resultat av samhandling mellom flere institusjoner som ønsker å skape vitenskapelig kunnskap ut fra praksis. Studien har vokst frem i et spenningsfelt mellom ulike tradisjoner og paradigmer – på lik linje med hverdagsrehabilitering. Dette kommer til uttrykk i avhandlingen ved at studien er inspirert av ulike forskningstradisjoner, og er ikke begrenset til noen teoretiske eller metodologiske doktriner. Studien tilhører ph.d-programmet Studier i profesjonspraksis.

Studien er avgrenset til å omfatte innføringen av hverdagsrehabilitering i én enkelt norsk kommune. Jeg har valgt å ikke navngi kommunen i mine skriftlige tekster. Det gjør at jeg mister noe av det kontekstuelle og den historiske bakgrunnen, men jeg

har vurdert det slik at mine forskningsspørsmål ikke direkte vil påvirkes av kontekstuelle variasjoner. Studien søker ikke å knytte hverdagsrehabilitering opp mot en spesiell demografisk eller geografisk kontekst, men mer generelt identifisere trekk i en slik endringsprosess. En avgrensning av studien til å omhandle én enkelt kommune har gitt muligheter til å gå i dybden på prosesser. Jeg har også valgt et «naturlig» fremfor planlagt forskningsfelt der praksis ikke har blitt tilrettelagt for forskning, men forskningen har tilpasset seg praksis. Studien har formet seg etter et samspill mellom kommunens egne målsettinger for hverdagsrehabilitering, utøverne i praksis og meg. Studien har derfor ståsted i en praksisnær tradisjon, og mitt ønske er ikke bare å generere kunnskap ut fra praksis, men også å gi kunnskap tilbake til praksis.

Jeg vil fortelle historien til denne kommunen, men også synliggjøre allmenne og typiske trekk ved hverdagsrehabilitering som kan være til nytte for andre kommuner som ønsker å ta i bruk, eller har tatt i bruk denne tjenesten. Jeg ønsker derfor at avhandlingen kan gi et kunnskapsbidrag som kan bidra til refleksjon og videreutvikling av hverdagsrehabilitering lokalt, nasjonalt og internasjonalt. Hensikten med studien er å gi et kunnskapsbidrag om hverdagsrehabilitering i praksis.

1.1 BAKGRUNN FOR STUDIEN

De offentlige omsorgstjenestene i kommunene ble i starten etablert som et bidrag til et sikkerhetsnett som skulle forhindre at mennesker skulle lide nød den dagen aldring og sykdom begrenset deres evne til å klare seg selv (Vabø, 2007, s.14). Da hjemmetjenestene ble bygget ut på 1960-tallet, ble de knyttet til en mer spesifikk ideologisk begrunnelse som handlet om individuell uavhengighet: Hjemmetjenesten skulle (sammen med pensjonsordninger og bedre boliger) bidra til at eldre fra alle samfunnsklasser kunne fortsette å bo i eget hjem uten å være fullstendig avhengig av egne barn.

Velferdsstatens profesjoner har nå overtatt flere oppgaver som tidligere var familienes og spesielt kvinnenens ansvar. Det har imidlertid aldri vært avklart hvordan det offentlige omsorgsansvaret skulle defineres og avgrenses i forhold til familiens ansvar (Hernes, 1987, s.31-33). De offentlige omsorgstjenestene skulle avlaste familiene og bidra til at eldre ikke følte at de var til byrde for andre. Med dagens krav om å begrense den offentlige ressursbruken har retorikken derimot snudd (Vabø, 2007, s. 14). Dokumenter legger nå stor vekt på familiære bånd og oppfordrer befolkningen til å ta i bruk egne krefter og familieressurser (Helse-og omsorgsdepartementet, 2012-2013, s. 58-60; Helse-og omsorgsdepartementet, 2011, s.51; Vabø, 2007, s.14). Likevel er et av grunnelementene i den norske velferdsstaten en universalisme som innebærer en holdning om at tjenestene skal være for alle som har behov for dem, uten en omfattende behovstesting. Det vil si at en person vil motta tjeneste til tross for at ansatte i en kommune kan mene at personens pårørende har gode muligheter til å hjelpe (Vike, Debesay & Haukelien, 2016, s.45).

Helse- og velferdstjenestene i kommunene forventer større utfordringer i tiden fremover. Det som ofte kalles velferdsutfordringen er i hovedsak sammensatt av to faktorer. For det første forventes en økende andel eldre i befolkningen, noe som krever flere ressurser til å ivareta velferden denne gruppen har behov for. Dette forventes til tross for at den eldre befolkningen er friskere nå enn tidligere. For det andre har økt privat velstand og økte kvalitetskrav ført til større forventninger i befolkningen til kvalitet og omfang av kommunale tjenester (Ringholm, 2013, s.104). Velferdsutfordringen skaper et større press på de økonomiske ressursene da disse ikke vil øke i et tilsvarende tempo. Dette skaper incentiver om å finne nye og kostnadseffektive måter å tilby offentlige tjenester på.

De statlige føringer har de siste ti-årene hatt fokus på samarbeid, mer samordnede og helhetlige tjenester, brukermedvirkning (se for eksempel Helse-og

omsorgsdepartementet, 2008-2009) og å ta i bruk familieressurser og ressurser i nærmiljø (Helse-og omsorgsdepartementet, 2012-2013, s.58-60). De siste årene har også fokuset økt på velferdsteknologi, og sentrale myndigheter argumenterer for å gå nye veier og bli mer innovativ i måten å organisere og tilby tjenester på (Helse-og omsorgsdepartementet, 2011). Hverdagsrehabilitering blir nevnt i flere av disse sentrale dokumenter som en tjeneste som kan overføre fokusområdene til praksis. Regjeringens neste reform innenfor eldreomsorg heter «Leve hele livet». Den vil bli publisert som en melding til Stortinget i 2018, og iverksatt fra 2019. Reformen vil omhandle aktivitet og fellesskap, helsehjelp og sammenheng i tjenestene (Regjeringen, 2017), noe som alle er fokusområder innenfor hverdagsrehabilitering. Samtidig etterspørres det evalueringer av bevilgninger til offentlige tiltak og forskningsbasert kunnskap. Hverdagsrehabilitering er ett av flere initiativ for å håndtere velferdsutfordringen, og denne studiens hensikt er derfor å bidra til økt kunnskap om et slikt initiativ.

1.1.1 En utdyping og avgrensing av hverdagsrehabilitering som forskningsfelt

I denne avhandlingen forstås hverdagsrehabilitering som en form for rehabilitering, selv om tjenesten også innehar elementer av helsefremming og forebygging (Tuntland & Ness, 2014, s.24). Rehabilitering er ikke et entydig begrep, og er vanskelig å avgrense (Romsland, Dahl & Slettebø, 2015, s. 11-13). Rehabilitering som virksomhet eller praksis foregår i flere deler av helse- og sosialtjenesten, i ulike kontekster og av ulike profesjoner. Rehabilitering kan også forstås som ideologi og politikk (Sandvin, 2012, s.52-53). Denne avhandlingen omfatter hverdagsrehabilitering som en praksis. Politikk, ideologi og praksis henger likevel tett sammen. Derfor vil også bakenforliggende ideologi og politiske ideer være en naturlig del av studien.

Spesifikt for hverdagsrehabilitering er at rehabiliteringen tar utgangspunkt i brukernes målsettinger om hverdagsaktiviteter og at arenaen for opptrening er hjemmet og nærmiljøet (Tuntland & Ness, 2014, s.26). I avhandlingen forstås hverdagsrehabilitering som en praksis basert på en arbeidsmodell der en tverrprofesjonell gruppe arbeider sammen for å tilby en intensiv og målorientert rehabiliteringstjeneste til hjemmeboende, eldre personer (Hjelle, Skutle, Førland & Alvsvåg, 2016, s. 576 ; Tuntland, Aaslund, Espehaug, Førland & Kjekken, 2015, s.1). Eksklusjonskriterier for å motta hverdagsrehabilitering er vanligvis kognitiv svikt og terminal pleie (Wilde & Glendinning, 2012, s.584). Den siste tiden har hverdagsrehabilitering også vært rettet mot andre målgrupper som personer med utviklingshemming, psykiske lidelser og personer som bor på institusjon. Dette er utenfor denne avhandlingens avgrensning. Hverdagsrehabilitering forstås som mestringsorientert og ideen bak tilnærmingen er å «hjelp personer til å gjøre ting selv, istedenfor å gjøre det for dem» (Glendinning et al., 2010, s. 1; Metzelthin et al., 2017, s.1).

Målsettingen med hverdagsrehabilitering er at tjenestemottakerne skal oppnå tilstrekkelig funksjon til å kunne bo i sine egne hjem med mindre eller ingen hjelp fra offentlige helsetjenester. Fokuset er derfor på å gjenopprette ferdigheter eller å finne nye måter å utføre aktiviteter på ved hjelp av fysisk trening, hjelpemidler eller velferdsteknologi. Hverdagsrehabilitering har også vært presentert som en dreining fra å tilby kompenserende pleie- og omsorgstjenester til å fremme aktivitet og deltakelse (Winkel, Langberg & Wæhrens, 2014, s.1347). Dette underbygges med titler som «Fra pleie og omsorg til rehabilitering» (Kjellberg, Ibsen & Kjellberg, 2011a) og «Mens vi venter på eldrebølgen: Fra eldreomsorg til aktivitet og deltakelse» (Vik, 2015). Innføring av hverdagsrehabilitering blir derfor ofte presentert som et skifte fra en reaktiv hjemmetjeneste til en pro-aktiv tjenestemodell som bygger på tidlig intervensjon og aktiv deltakelse (Legg, Gladman, Drummond & Davidson, 2015, s.742). Hverdagsrehabilitering er således i tråd med nasjonale og internasjonale politiske strømninger om

aktiv aldring som helsefremmende og forebyggende initiativ. Både Verdens Helseorganisasjon (2002) og EU (2012) har vektlagt aktiv aldring som en strategi for å sikre høyest mulig helsestandard og trivsel for sine eldre innbyggere.

Hverdagsrehabilitering slik vi kjenner det i de nordiske landene har sitt opphav i Östersund i Sverige. En ergoterapeut og en fysioterapeut startet der et hjemme-rehabiliteringsprosjekt over et år. De viste med dette prosjektet at en tidlig innsats resulterte i positive effekter relatert til økte funksjoner og selvstendighet hos mottakerne. Tilfredsheten var også høy hos de involverte aktører, og kostnadene for hjemmetjenesten var redusert innenfor det distriktet hvor prosjektet var gjennomført. Erfaringer fra dette prosjektet var utgangspunktet for den politiske avgjørelsen i Östersund om at dette var en investering for fremtiden. De brukte begrepet hjemme-rehabilitering om denne tjenesten som et overordnet begrep for spesialisert rehabilitering og «vardagsrehabilitering» (Månsson, Nordholm, Andersson, Mikaelsson & Ekman, 2006, s.9; Zingmark, 2015, s.1). Den danske kommunen Fredericia tok i bruk tjenestemodellen i 2007 etter inspirasjon fra Östersund, men valgte å fokusere mer på hverdag enn hjemmet, og omtalte derfor sin tjeneste for hverdagsrehabilitering. I Fredericia opprettet de et spesialisert team bestående av sykepleier, ergoterapeut, fysioterapeut og hjemmetrenere (helsefagarbeidere) (Kjellberg, Kjellberg & Ibsen, 2013, s.4). Denne modellen for å organisere hverdagsrehabilitering blir omtalt som Fredericia-modellen (Ness, 2014, s.159). Fredericia kommune har vært løftet frem som en viktig inspirasjonskilde for videreutviklingen av tjenesten i Danmark og Norge. Dette er blant annet fordi de hadde avtale med Dansk Sundhedsinstitut om å dokumentere deres effekter (Kjellberg & Ibsen, 2010; Kjellberg, Ibsen & Kjellberg, 2011b).

I Norge har flere kommuner tatt i bruk hverdagsrehabilitering som arbeidsmodell etter oppfordring og støtte fra sentrale myndigheter. I regjeringens plan for omsorgsfeltet 2015-2020 (Omsorg 2020) påpekes følgende: «erfaring viser at tidlig kartlegging av rehabiliteringspotensialet og tilsvarende tidlig og intensiv opptrening øker

mestringsevnen og reduserer hjelpebehovet. Regjeringen vil derfor bidra til utvikling og spredning av hverdagsrehabilitering i norske kommuner» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015, s. 28). Også i melding til Stortinget 29 «Morgendagens omsorg» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012-2013, s.83-87) og melding til Stortinget 26 (2014-2015) «Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet» (s.15 og 108-109) trekkes hverdagsrehabilitering frem som satsingsområde og som en av omsorgstjenestenes viktigste muligheter. I Norge er hverdagsrehabilitering ikke en lovpålagt tjeneste, men rehabilitering er lovpålagt i kommunene (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011).

1.1.2 Kunnskapsoversikt

En uklar begrepsbruk har komplisert prosessen med å få oversikt over tidligere forskning. Hverdagsrehabilitering blir innenfor forskningslitteraturen ofte behandlet synonymt med de engelske begrepene «reablement» og «restorative care». I Storbritannia og ellers i Europa benyttes oftest begrepet «reablement», mens Australia, New Zealand og USA bruker variasjoner av «restorative care». Tjenester som omhandler «home-rehabilitation», «active aging», «function focused care» og «self-care» har flere likheter med hverdagsrehabilitering og kan gi relevant kunnskap for denne avhandlingen. Disse begrepene har imidlertid ikke vært benyttet som søkeord når jeg har gjennomført systematiske søk etter tidligere forskning. Søkeord som har vært benyttet er «hverdagsrehabilitering», «vardagsrehabilitering», «reablement» og «restorative care». Det har vært gjennomført systematiske søk i databasene PubMed, Cinahl, Embase, Scopus, Idunn og SveMed+ (en oversikt over søk finnes i vedlegg D). Det er søkt etter litteraturoversikter og primærstudier som er publisert i fagfelleurderte tidsskrifter. Usystematiske søk har i tillegg vært gjennomført i Google Scholar

og Oria, samt at jeg har lest andre studiers referanselister og hatt e-post-varsling fra databaser og en forskningsinstitusjon (KORA, Danmark). Det er variasjoner for hvordan hverdagsrehabilitering blir organisert, hvilke profesjoner som er involvert og målgrupper for tjenester. Siden denne studien ikke har et sammenliknende design har jeg ikke sett betydning av å avgrense søkene til noen spesifikke modeller, men jeg har søkt etter studier som omhandler tverrprofesjonelle og tidsavgrensede kommunale rehabiliteringstjenester med hjemmeboende eldre som målgruppe. Det er gjennomført systematiske litteratursøk ved oppstart og avslutning av studien, og mer usystematiske søk underveis. Rapporter, bøker og «grå litteratur» har supplert kunnskapsoversikten. Flere danske og svenske studier blir publisert som rapporter. Det har vært vanskelig å fange disse opp gjennom systematiske søk. Dette gjør at jeg kan ha oversett relevante skandinaviske studier.

Det har vært skrevet flere kunnskapsoversikter om hverdagsrehabilitering og hverdagsrehabiliteringens evidens de siste årene (Cochrane et al., 2016; Førland & Skumsnes, 2016; Legg et al., 2015; Pettersson & Iwarsson, 2015; Ryburn et al., 2009; Socialstyrelsen, 2013). Samtlige oversikter sier at det er behov for mer forskningsbasert kunnskap om ulike dimensjoner av hverdagsrehabilitering. Til tross for økt fokus på hverdagsrehabilitering både nasjonalt og internasjonalt hevdes det at vi har for lite kunnskap om effekter (helseeffekt og økonomisk effekt) (Cochrane et al., 2016, s.2; Legg et al., 2015, s.747; Whitehead, Worthington, Parry, Walker & Drummond, 2015, s.1074). Det er usikkert hvem hverdagsrehabilitering passer best for, og hvilke barrierer som kan oppstå (Aspinal et al., 2016, s.577; Glendinning et al., 2010, s.13; Ryburn et al., 2009, s. 232; Wilde & Glendinning, 2012, s.589). Internasjonalt er det også lite kunnskap om hvordan hverdagsrehabilitering operasjonaliserer seg i praksis (Aspinal et al., 2016, s.577).

Kunnskap om hverdagsrehabilitering er økende, men den uklare definisjonen av tjenesten og den svært heterogene gruppen av tjenestemottakere kompliserer

kunnskapsoversikten (Legg et al., 2015, s. 741). Det er begrenset kunnskap om hvorvidt hverdagsrehabilitering fører til økt selvhjelpenhet (Legg et al., 2015, s.746; Whitehead et al., 2015, s.1073) selv om noen primærstudier viser til bedre fysisk funksjon og bedring i gjennomføring av dagliglivets aktiviteter (Lewin & Vandermeulen, 2010, s.99; Parsons, Sheridan, Rouse, Robinson & Connolly, 2013, s.1020; Tuntland et al., 2015, s.10; Winkel et al., 2014, s.1352). Hverdagsrehabilitering kan også ha positive innvirkninger på helse-relatert livskvalitet og sosial aktivitet (Glendinning et al., 2010, s.9) samt profesjonsutøvernes tverrfaglige samarbeid (Hjelle, Skutle, Førland & Alvsvåg, 2016; Randström, Wengler, Asplund & Svedlund, 2012). Studier har også undersøkt hvilke faktorer som gjør seg gjeldende i organisering og levering av hverdagsrehabilitering (Hansen, 2015; Rabiee & Glendinning, 2011, Wilde og Glendinning, 2012). Sentrale tendenser og fokusområder i forskningen om hverdagsrehabilitering internasjonalt har vært å måle effekter på tjenestemottakernes fysiske funksjon og kommunenes økonomi, samt en økende interesse for erfaringsperspektiv sett fra tjenestemottakere, pårørende og profesjonsutøvere. Metodisk er de fleste studiene kvantitative basert på målinger av ulike effektmål, eller kvalitative studier basert på data fra intervjuer.

I en norsk kontekst har noen forskningsmiljøer etablert forskning på hverdagsrehabilitering. En gruppe ved Høgskolen på Vestlandet har gjennomført en studie om hverdagsrehabilitering i Voss kommune (Hjelle et al, 2016; Kjerstad & Tuntland, 2016; Tuntland et al., 2015; Tuntland et al., 2017) og en gruppe fra Høgskolen i Sørøst har publisert en studie om brukererfaringer fra Drammen kommune (Jokstad, Landmark, Hauge & Skovdal, 2016). En nasjonal følgeforskningsstudie har sett på modeller for hverdagsrehabilitering på bestilling fra Helsedirektoratet (Langeland et al., 2016). Studien fra Voss kommune har fått stor internasjonal oppmerksomhet for å være den første randomiserte kontrollerte studien i Europa om hverdagsrehabilitering (Tuntland et al., 2015). Forfatterne av denne studien fant at hverdagsrehabilitering

har bedre effekt enn standard tjenester ved 3 og 9 måneder ved måling av COPM (Canadian Occupational Performance Measure). Når det gjelder tilfredshet med egen utførelse fant de effekt ved 9 måneder. Kosteffekt-studien viser at hverdagsrehabilitering er bedre og noe rimeligere enn standard tjenester (Kjerstad & Tuntland, 2016, s.9). Fra studien på Voss er det også publisert en prediksjon-studie som viser at kjønn, diagnose og motivasjon kan ha betydning for utfallet av hverdagsrehabilitering. Forfatterne viser blant annet til at kvinner predikerer bedre på aktivitetsutførelse og tilfredshet 10 uker etter hverdagsrehabilitering (Tuntland et al., 2017).

Det har vært gjennomført en rekke case-studier i de skandinaviske landene basert på effekter og erfaringer av de enkelte kommuners ulike modeller for hverdagsrehabilitering. Disse studiene er publiserte i rapporter som inneholder både kvalitative og kvantitative resultater. Det er variasjoner når det gjelder om studien er gjennomført av kommunen selv, eller av eksterne aktører. Eksempler på slike rapporter er fra Århus, Danmark (Tønnesen, Sørensen & Nygaard, 2012), Esbjerg, Danmark (Madsen, Christensen, Kjellberg, Kjellberg & Ibsen, 2014), Lessebo, Ljungby og Växjö, Sverige (Gustafsson, Gunnarsson, Sjöstrand & Grahn, 2010) og Stjørdal, Norge (Brataas & Moe, 2015). Det som spesielt skiller min studie fra andre i Skandinavia er de langsgående feltobservasjoner og annen datainnsamling over lang tid fra en aktør utenfor praksis. For eksempel fulgte Tønnesen et al. (2012) Århus kommune i Danmark tett over tid, men Tønnesen er selv ansatt i kommunen. Brataas og Moe (2015) sin studie fra Stjørdal i Norge er et eksempel på en annen studie hvor eksterne aktører gjennomfører forskningen, men de har ikke fulgt prosesser over like lang tid som denne.

Hver artikkel i avhandlingen presenterer en kunnskapsoversikt for det spesifikke perspektivet på hverdagsrehabilitering som studien utforsker. Her presenteres også resultater fra studier som er inkludert fra litteraturoversikten. Jeg har derfor presentert oppsummering av kunnskap nokså kortfattet i denne delen. Avhandlingens

artikkel II og IV bruker begrepet «reablement», mens artikkel III bruker «rehabilitation». Dette er fordi jeg henvender meg til en lesegruppe utenfor helsefeltet, og jeg tror de fleste leserne ikke vil ha noe forhold til «reablement». De fleste vet likevel hva rehabilitering er. Jeg bruker begrepet hverdagsrehabilitering i artikkel I.

1.1.3 Oppsummering og motivasjon for studien

Statens ønsker

Hverdagsrehabilitering er i stor grad oppmuntret av sentrale myndigheter, og flere norske kommuner (inkludert denne studiens kommune) har mottatt offentlige tilskuddsmidler for utprøving og utvikling av modeller av tjenesten. Derfor er det nå et uttalt statlig ønske om økt kunnskap om hverdagsrehabilitering (Langeland et al., 2016, s.11). Denne studien er motivert av et ønske om å øke kunnskapsgrunnlaget for hverdagsrehabilitering.

Forskningens ønsker

I den nasjonale og internasjonale forskningslitteraturen fremheves det et behov for økt kunnskap knyttet opp mot ulike aspekter av hverdagsrehabilitering. Et av områdene som trekkes frem er et behov for mer kunnskap om hvordan hverdagsrehabilitering fungerer i praksis (Aspinal et al., 2016, s.577). Denne studien har fokus på praksis, og en motivasjon for studien er å gi et kunnskapsbidrag om hverdagsrehabilitering med å undersøke hva som skjer i en kommunal praksis når tjenesten innføres.

Min egen motivasjon

En tredje motivasjon for studien er min egen interesse for aktivitet og deltakelse i helsetjenester. Som sykepleier har jeg alltid vært opptatt av aktivitet og delaktighet for pasienter og pårørende. Jeg har også vært opptatt av å utvikle tjenestetilbud som kan fremme aktivitet og favne hele livssituasjonen til personen det gjelder. Jeg har også vært opptatt av utvikling og endring av helsetjenester, og vært nysgjerrig på hvilke elementer som gjør seg gjeldende i slike prosesser. Denne interessen har vokst frem gjennom min praksis som sykepleier i spesialisthelsetjenesten. Jeg har blant annet erfart at en av våre største reformer innenfor helsetjenesten (i nyere tid), «Samhandlingsreformen» (Helse-og omsorgsdepartementet, 2008-2009) har bidratt til store endringer. Kommunene har fått et utvidet ansvarsområde og overtar flere oppgaver, mens spesialisthelsetjenesten blir stadig mer spesialisert. Gjennom mitt stipendiat har jeg fått muligheten til å fordype meg i en tjeneste som fokuserer på aktivitet og deltakelse, samt en utviklingsprosess. Dette har bidratt til min egen motivasjon for studien.

1.2 FORSKNINGSSPØRSMÅL OG DESIGN

1.2.1 Forskningsspørsmålene har blitt til underveis i prosessen

Hensikten med avhandlingen er å gi et kunnskapsbidrag om hverdagsrehabiliteringspraksis. Et overordnet forskningsspørsmål ved studien er: hva skjer i kommunen når man innfører hverdagsrehabilitering? For å kunne konkretisere dette ønsket jeg å dra ut i praksis for å bli kjent med hva utøverne var opptatt av. På bakgrunn av tilgjengelige dokumenter og samtaler med ulike aktører i praksis, fant jeg tre hovedmålset-

tinger som kommunen selv hadde for sin nye tjeneste. Disse var å gi de eldre innbyggerne i kommunen et bedre tjenestetilbud, gi de ansatte en bedre arbeidshverdag og få bedre kommuneøkonomi. På bakgrunn av dette utformet jeg tre underspørsmål til mitt opprinnelige forskningsspørsmål. Disse forskningsspørsmålene har blitt «spisset» underveis i forskningsprosessen. Jeg var også nysgjerrig på hva som var bakgrunnen for etableringen av hverdagsrehabiliteringen, og utformet et fjerde forskningsspørsmål som omhandlet dette. Disse fire underspørsmålene belyser innføringen av hverdagsrehabilitering fra ulike perspektiver (som likevel er tett knyttet til hverandre). Hensikten er å få frem ulike dimensjoner av hverdagsrehabiliteringspraksisen. De ulike dimensjonene kan frembringe paradokser i en praksis som kan gi grunnlag for videre refleksjon. På bakgrunn av de fire studiene har jeg videre i avhandlingen utforsket sammenhengen mellom disse. Tabell 1 viser en oversikt over forskningsspørsmålene.

Tabell 1: Oversikt over forskningsspørsmål

Hva skjer i kommunen når man innfører hverdagsrehabilitering?			
I	II	III	IV
Hva var bakgrunnen for at kommunen etablerte hverdagsrehabilitering?	Hvilke erfaringer har aktører i praksis med å etablere hverdagsrehabilitering?	Hvilke kontroverser oppstår i forbindelse med kostnads- og nytte vurderinger av hverdagsrehabilitering, og hvordan løser aktørene disse?	Hvilke erfaringer har tjenestemottakere og deres pårørende med å motta hverdagsrehabilitering?
V Hva er sammenhengen mellom disse studiene og et samlet bilde av resultatene?			

1.2.2 Avhandlingens overordnede design og studiens kontekst

Jeg har valgt en induktiv tilnærming til mitt forskningsfelt der jeg beskriver og teoretiserer prosesser for initiering, etablering og vurdering av hverdagsrehabilitering. Studien er en følgeforskningsstudie. Følgeforskning har flere likheter med evalueringsforskning, case-studier, implementeringsforskning og translasjonsforskning. Det som først og fremst kjennetegner følgeforskning er at forskeren følger opp en prosess over tid i en empirisk kontekst. Fokus er på prosessen og på løpende resultater (Segaard, 2007, s. 12).

Den aktuelle kommunen består av bykjerne, bynære og rurale områder. Kommunen har økt i omfang av innbyggere og areal de siste årene, og kommunesenteret defineres nå som storby. Kommunen befinner seg i det arktiske området. Kommunens hjemmebaserte helse- og omsorgstjeneste er organisert i hjemmetjenester og rehabiliteringstjenester. Hjemmetjenestene er delt inn i seks geografiske soner (nå endret til fire), mens rehabiliteringstjenestene dekker hele kommunen. Hverdagsrehabilitering er organisatorisk tilhørende rehabiliteringstjenestene. Andre tradisjonelle tjenester til hjemmeboende eldre er blant annet dagsenter, matombringing, praktisk bistand, fastlege og seniorhelse.

1.3 Hverdagsrehabilitering som profesjonspraksis i studien og i den studerte kommunen

I denne studien brukes praksisbegrepet i vid betydning som et performativt begrep om profesjonsutøvernes arbeidsoppgaver som krever formalisert kunnskap og faglig skjønn (Molander & Terum, 2010, s. 19). Følgene av en slik definisjon vil være at jeg har mer fokus på handlingen enn på utøveren. Praksis kan innenfor en slik forståelse

være det som foregår mellom flere involverte aktører. Et eksempel kan være en sykepleiepraksis regulert av faglige krav, etiske retningslinjer og et lovverk. Den enkelte utøvers praktiske kunnskap vil likevel også være sentral i konstitueringen av en praksis. Praksis konstitueres slik av utøverens praktiske kunnskap i interaksjon med utsyr, teknologi, kultur og normer. På denne måten kan vi si at praksis konstitueres av profesjonsutøverens stadig skiftende indre og ytre forhold (Wackerhausen, 2009, s.457).

Profesjonsbegrepet er flertydig. En vanlig måte å omtale profesjoner på er å si at de er yrker som har oppnådd en profesjonell status, og som har en tydelig rolle i et samfunn (Molander & Terum, 2010, s.13). I sin kjente bok «Street-level bureaucracy» omtaler Lipsky (2010, s.15) profesjonsutøverne som «bakke-byråkrater» fordi de utfører statens politikk i praktisk forstand. Han skriver at profesjonsutøverne forvalter reglene i varierte situasjoner og under skiftende betingelser. Profesjoner kan videre kjennetegnes ved at de har et eget vitenskapelig kunnskapsgrunnlag, en egen etisk kodeks og en organisasjon som ivaretar profesjonens interesser. Et tradisjonelt syn på profesjoner er også at det er en gruppe personer som har kunnskap, verdier og ferdigheter tilegnet gjennom høyere utdanning. Et sentralt spørsmål angående profesjoner er om profesjonene i størst grad sørger for seg selv, eller om de ivaretar mer allmenne interesser (Fauske, 2010, s.31-34; Smeby, 2010, s.87-90). Når jeg i min avhandling omtaler profesjonsutøverne inkluderer jeg alle hverdagsrehabiliteringens utøvere, selv om de fleste definisjonene ekskluderer helsefagarbeidere på bakgrunn av at de ikke har høyere utdanning. Dette gjør jeg med støtte i Hjort (2005, s. 9) som bruker «de profesjonelle» når hun henviser til offentlig ansatte som arbeider i direkte kontakt med mottakere av offentlige tjenester, selv om de ikke defineres som profesjoner i streng forstand.

Selv om jeg er sykepleier, er dette ikke en studie av sykepleiepraksis. Det ville ikke vært rettferdig overfor de andre profesjonene i hverdagsrehabilitering. Ståstedet

for denne studien er derfor å studere en tverrprofesjonell praksis bestående av profesjonene sykepleier, ergoterapeuter, fysioterapeuter og helsefagarbeidere. Som en definisjon av tverrprofesjonell tar jeg utgangspunkt i «Centre for the Advancement of Interprofessional education» (2015) som sier at tverrprofesjonelt arbeid er «Occasions where two or more professions learn with, from and about each other to improve collaboration and quality of care». Hverdagsrehabilitering kan også anses som en samarbeidspraksis “collaborative practice» der man også ønsker å inkludere mottakere, pårørende og frivillige i et samarbeid (Willumsen, Sirnes & Ødegård, 2014, s. 21). For å utvide perspektivene på hverdagsrehabilitering har også andre profesjoner vært inkludert i studien, for eksempel økonomer.

Organisering og innhold i hverdagsrehabilitering som profesjonspraksis varierer fra kommune til kommune. I den studerte kommunen startet de først opp et pilotprosjekt med hverdagsrehabilitering i 2012, og tjenesten ble videreført som prosjekt etter ett år. I prosjektperioden og den første tiden i ordinær drift ble tjenestemottakere tildelt hverdagsrehabilitering gjennom kommunens bestiller-utfører kontor. Fra juli 2014 har hverdagsrehabilitering vært organisert i ordinær drift under rehabiliteringstjenesten, og fra mai 2016 har det tverrprofesjonelle teamet fattet vedtak på hverdagsrehabilitering selv. Det finnes ulike modeller for hvordan man kan organisere hverdagsrehabilitering. De to vanligste er å opprette et eget spesialisert team, eller å integrere tjenesten i den ordinære hjemmetjenesten. I den studerte kommunen har de valgt å opprette et eget tverrprofesjonelt, oppsøkende team. Utøverne i teamet er sykepleier, ergoterapeuter, fysioterapeuter og helsefagarbeidere (hjelpepleiere og omsorgsarbeidere). Dette er også typiske yrkesgrupper i de fleste kommuner (Kjerstad & Tuntland, 2016, s. 1). Grovt skissert er det slik i den studerte kommunen at de med høgskole/ universitetsutdanning kartlegger tjenestemottakernes målsettinger og funksjoner, designer et treningsprogram og evaluerer tiltak og resultater. Helsefagarbeiderne blir omtalt som hjemmetrenere og har ansvaret for den daglige

treningen hjemme hos tjenestemottakeren. Hjemmetrenerne deltar også i daglige evalueringer av rehabiliteringstiltak. De ulike profesjonene har fordelt arbeidsoppgaver seg imellom. De har felles kontor, og flere ukentlige møter der de gjennomgår tjenestemottakernes rehabiliteringsforløp, drift av tjenesten og faglige utfordringer.

2. METODOLOGISK TILNÆRMING – GROUNDED THEORY OG AKTØR-NETTVERKSTEORI

Det overordnede designet for studien er følgeforskning. Jeg hadde flere muligheter når det gjaldt utformingen av studien og tilnærming til mitt empiriske forskningsfelt. Grounded theory (GT) og aktør-nettverksteori (ANT) har vært benyttet som metodologiske tilnærminger. I dette kapittelet gjør jeg rede for disse, herunder metoder for å samle inn data og hvordan jeg har håndtert mitt empiriske datamateriale. Jeg starter kapittelet med å skjelle en vitenskapsteoretisk plattform, og avslutter kapittelet med betraktninger rundt studiens pålitelighet og etikk. Jeg har valgt å ikke oversette «grounded theory» til norsk, men beholde den engelske skrivemåten. Selv om noen oversetter til «fundert teori» på norsk eller «grundad teori» på svensk, er «grounded theory» en etablert skrivemåte også innen norsk litteratur (se for eksempel Hjälmhult, Giske, og Satinovic, 2014).

2.1 Å skjelle en vitenskapsteoretisk plattform

Glaser, som er en av opphavsmennene til GT, sier at å grave i vitenskapsfilosofiske forutsetninger for GT er bortkastet tid og at forskeren da blir mindre sensitiv for «hva som foregår» i datamaterialet. For ham er mantraet «Just do it». Det er likevel akseptert at vitenskapsteori kan hjelpe forskeren til å identifisere tanker og følelser som rettleder arbeidet, og at det er nyttig å kjenne vitenskapens historie når man utvikler vitenskapelig kunnskap (Gibson & Hartman, 2014, s.17-19).

Det er ikke lett å skrive frem opprinnelsen til GT på en lineær måte (Glaser, 1998, s.22). Det er heller ikke intensjonen i denne avhandlingen. GT ble «oppdaget» i en tid der innflytelsen til den logiske positivismen hadde begynt å blekne. I stedet for

at alle skulle gjennomføre lik forskning i alle disipliner, ble det nå akseptert å utvikle nye metoder for å skape vitenskapelig kunnskap. Dette var mye på bakgrunn av Kuhns bok «Structure of scientific revolutions» som ble utgitt i 1962 (Gibson & Hartman, 2014, s.16). Charmaz, som var student av Glaser, hevder at Glaser og Strauss bærer med seg elementer av det positivistiske når de hevder at forskeren kan være objektiv og nøytral i sin tolkning av dataene. Selv fremhever hun forskerens betydning i utvikling av kunnskap, og hun utviklet en form for GT som hun kaller konstruktivistisk GT (Charmaz, 2006, s.127). Diskusjonene mellom Glaser og Charmaz preger nyere metodelitteratur innenfor GT, og diskusjonene bærer preg av å være ontologiske – finnes det en objektiv virkelighet? Andrews (2012, s. 44-45) fremmer et pragmatisk syn på dette. Han skriver at klassisk GT (basert på Glaser) er kompatibelt med sosial konstruktivisme som er opptatt av hvordan kunnskap er konstruert og forstått, fordi det er et epistemologisk spørsmål, ikke ontologisk. Whittle og Spicer (2008, s.614) deler dette synet. De skriver at å understreke en sosial konstruksjon av verden ikke er å nekte for at det finnes en virkelighet bak vår forståelse av denne. I stedet vil det være en unyttig oppgave fordi vi ikke har ufiltrerte tilganger til virkeligheten gjennom vår historiske og kulturelle mening. Derfor anser jeg det som nødvendig, også innenfor GT-studier at forskeren er bevisst sin forforståelse eller sin selvbiografiske situering. Forskningsprosessen vil da handle om å lage et hele mellom forskeren og det studerte (Neumann & Neumann, 2012, s.20). Innenfor ANT sier for eksempel Latour (1987, s. 104): «The construction of facts, like a game of rugby, is thus a collaborative process». Kunnskap er dermed et sosialt produkt. ANT utfordrer også et tradisjonelt ontologisk ståsted om mennesker som handlende subjekter og objekter som passive ting med å hevde at også objekter har handlende egenskaper (agens) dersom den forårsaker en annens handling (Latour, 2005, s.71). Denne studien baseres dermed på et konstruktivistisk perspektiv som hevder at observatøren er en del av det observerte, ikke separert derfra (Charmaz, 2006, s.129).

Konstruktivisme er ingen enhetlig teori, men rommer flere retninger. Felles er en forståelse av at ideer, oppfatninger og erindringer vokser frem gjennom samhandling og forhandles gjennom språket. Våre møter med andre påvirker og modifierer vår oppfattelse av virkeligheten, samtidig som de bekrefter vår egen virkelighet. Å ta stilling til hva som er min virkelighet, og mitt syn på kunnskap har ikke vært enkelt. Det har ikke vært nødvendig for meg tidligere å ta stilling til dette. Som forsker må jeg derimot være oppmerksom på at deltakere i min studie har ulike «virkeligheter» og at interaksjonen mellom oss påvirker vår felles oppfatning (Berger & Luckmann, 2000/ 1966, s.24-63). Interaksjonen er ikke bare mellom mennesker, men også mellom mennesker og objekter (Latour, 2005, s.63-87). Som følgeforsker i praksis har jeg gradvis erfart at jeg selv er en aktør i kunnskapsdannelsen, og at praksis ikke er noe jeg objektivt kan observere (selv om jeg trodde det i begynnelsen). Jeg startet min studie med å tenke at utøverne i praksis hadde en kunnskap som jeg skulle skrive frem. Etter hvert erfarte jeg at den vitenskapelige kunnskapen ikke bare skapes fra utøverne i praksis, de som forteller meg om sine erfaringer, men som en interaksjon mellom meg som forsker og profesjonsutøverne. Sammen konstruerer vi hverdagsrehabiliteringen og kunnskap om denne (Berger & Luckmann, 2000/ 1966). Dette er også årsaken til at jeg startet studien med å bruke klassisk GT, men jeg har etter hvert benyttet meg av litteratur om den konstruktivistiske GT som støtter opp om mine egne erfaringer.

“If I ask about the world, you can tell me how it is under one or more frames of reference; but if I insist that you tell me how it is apart from all frames, what can you say?” (Goodman, 1978, ss. 2-3). Sitatet fra Goodman sier at hvordan vi ser virkeligheten påvirkes av hvem vi er og hvilke erfaringer vi har. Det vil være helt umulig å fjerne seg fra sine referanserammer. Mine egne referanserammer påvirker min begrepsbruk og hvordan jeg oppfatter hverdagsrehabiliteringspraksisen. Mine referanser er skapt av min egen historie og tiden jeg lever i. Mitt kunnskapsgrunnlag kommer blant annet fra min utdanning som sykepleier og erfaringer fra praksis. Som sykepleier har jeg

derfor et annet utgangspunkt enn for eksempel en ergoterapeut eller fysioterapeut som forsker på hverdagsrehabilitering. Som sykepleier har jeg kanskje en økt sensitivitet for etikk og jeg har erfart å ha en annen forståelse av omsorgsbegrepet. Selv forstår jeg omsorg som et aktivt begrep, mens jeg har inntrykk av at andre profesjoner kan forstå omsorg som et passivt begrep. Med videreutdanning og praksiserfaring fra psykisk helsearbeid er jeg også spesielt oppmerksom på mentale og sosiale prosesser og psykisk helse. Jeg er også opptatt av et helhetlig perspektiv på mennesker, som for meg blant annet innebærer en sammenheng mellom det fysiske, mentale og sosiale. Deltakerne i min studie har også egne referanseområder og begrepsapparater når de forteller om sine erfaringer. Til tross for erkjennelsen av at jeg ikke kan observere verden nøytralt, har jeg valgt et induktivt design for studien der jeg starter med å observere praksis uten en definert teoretisk referanseramme eller noen tydelige hypoteser som jeg ønsker å undersøke.

2.2 Design

Valg av forskningsdesign er avgjørende for hva man kan finne ut i en studie. Denne avhandlingens studier gjennomføres med en kvalitativ tilnærming som har til hensikt å forstå erfaringer og opplevelser, men også å utforske dynamiske prosesser som samhandling og utvikling (Malterud, 2003, s 32-33). Innledningsvis var det ikke åpenbart hvilke teorier som ville være hensiktsmessige å bruke for å belyse hverdagsrehabilitering i praksis. Jeg ville være åpen for å la studien utformes av det praksisutøverne var opptatt av. Dette står i motsetning til at jeg som forsker anvender etablert teori på et nytt praksisfelt der jeg på forhånd har definert en hypotese eller forsknings-spørsmål. For å kunne gi et vitenskapelig bidrag, ønsket jeg å utvikle teori på bakgrunn av mine empiriske studier. Jeg valgte derfor å starte med GT som en metodologisk

tilnærming. Etter hvert erfarte jeg at praksisen var mye mer kompleks enn jeg først antok. Jeg erfarte at et mangfold av aktører påvirket og utformet praksis, også ikke-menneskelige aktører som dokumenter, økonomi, teknologi og objekter i tjenestemottakernes hjem. Disse aktørene spilte sentrale roller blant annet i initieringen og kostnad-nytte-vurderingen av hverdagsrehabilitering. Denne «oppdagelsen» overrasket meg, og førte til at jeg endret på studiens design. Praksis var mer kompleks enn jeg hadde forutsett, og for å kunne fremvise og forholde meg analytisk til denne kompleksiteten valgte jeg også ANT som metodologisk tilnærming til å studere hverdagsrehabilitering. Jeg valgte likevel å gjennomføre GT-analyser for å kunne bidra til teoriutvikling på dette relativt nye forskningsfeltet. Jeg vil videre presentere grounded theory og aktør-nettverksteori som er mine to overordnede tilnærminger til hverdagsrehabilitering i praksis.

2.2.1 Grounded theory

GT er opprinnelig en metodologisk tilnærming innenfor sosiologiske studier (Glaser & Strauss, 1967), men har etter hvert blitt tverrfaglig anvendt (Gynnild, 2014, s.13). Opphavsmennene til GT var Barney Glaser og Anselm Strauss. De gjennomførte en studie tidlig på 60-tallet om hvordan amerikanske pasienter, pårørende og helsepersonell forholdt seg til døende mennesker (Glaser & Strauss, 2015). Deres teori om «Awareness of dying» vakte stor oppsikt på den tiden og Glaser og Strauss skrev boken «The discovery of Grounded theory» fra 1967, der de gjør rede for hvordan de har jobbet frem denne teorien. Deres hovedanliggende med denne boken var å vise hvordan man kan generere teori ut fra data, i motsetning til å teste ut eksisterende teorier som var mest vanlig innenfor sosiologiske tradisjoner da. Det finnes ulike oppfatninger om hvordan GT har utviklet seg videre. Birks og Mills (2015) skriver at det i økende grad har blitt vanlig å omtale Glaser og Strauss som første generasjons

«grounded teoretikere», og at andre i etterkant har tolket og videreutviklet metoden. Et eksempel på andre generasjons teoretiker er Charmaz (2006). For meg har det vært hensiktsmessig å tenke på Charmaz som en videreutvikling av hvordan Glaser presenterer GT. Denne studien er derfor basert på hvordan Glaser og Charmaz beskriver metoden. Andre retninger innenfor GT er Strauss og Corbin, og feministisk GT (Gynnild, 2014, s.19-20).

GT kan inneholde alle typer data og er orientert mot pågående prosesser og strukturer (Glaser, 1978, s.2-3). Det er en induktiv metode som fokuserer på menneskelig samhandling. Gjennom begrepssetting og konstante sammenlikninger av innsamlet data søker forskeren etter deltakernes hovedanliggende (main concern) og videre hvordan deltakerne i studien løser dette (kjernekategori/ core category). Gjennom en selektiv og teoretisk koding utvikles en teori basert på kjernekategorien (Birks & Mills, 2015, s.10-14). Det er noen faktorer som forutsettes i en GT studie. Forskningsspørsmålet skal være åpent, og forskeren må være minst mulig forutinntatt overfor forskningsfeltet. Forskningsprosessen er interaktiv med en stadig veksling mellom innsamling av data og analyser. En annen forutsetning er at forskeren identifiserer en kjernekategori ved å sammenlikne hendelser, koder og kategorier. Videre er memoskriving sentralt. Forskeren skriver memos og sorterer disse som et ledd i å utvikle teori. Memoskrivingen er en grunnpilar i teoriutviklingen og skrives gjennom hele forskningsprosessen. Memo omfatter analysen av data, utvikling av begreper, metodebetraktninger og forskningsprosessen som helhet. Kreativitet og refleksivitet, samt en teoretisk rigor er også nevnt i litteraturen som kriterier for GT studier (Cutcliffe, 2000, s.1483; Gibson & Hartman, 2014, s. 237-242; Hall & Callery, 2001; Holton & Walsh, 2017; Walsh et al., 2015).

2.2.2 Aktør- nettverksteori

Aktør-nettverksteori ble hovedsakelig utviklet av franskmennene Bruno Latour og Michael Callon, og senere britiske John Law (Latour, 2005, s.19) og er en del av det tverrfaglige forskningsfeltet vitenskaps- og teknologi-studier, STS (science and technology studies) (Borgen, 2012, s.297). ANT har vært valgt som en metodologisk tilnærming fordi det kan åpne seg nye muligheter for forståelse dersom jeg kan inkludere objekter som aktive deltakere i relasjonen til personene i hverdagsrehabilitering (Latour, 2005, s.70-71). ANT argumenterer for at det vi tar for gitt som virkelighet, for eksempel mennesker, samfunn og naturen, skapes i relasjoner mellom aktører i et nettverk. Alle aktører sidestilles som handlende aktører. Heterogene nettverk er sentralt i ANT, og består både av menneskelige og ikke-menneskelige aktører. Dette er et analytisk ståsted, ikke en etisk posisjon. Det innebærer at man ikke mener at mennesker og objekter ikke har noen fundamentale ulikheter, eller at man skal behandle mennesker som maskiner (Law, 1992, s.383). Fra dette ståstedet er forskerens rolle å finne disse nettverkene, og utforske hva som karakteriserer dem og hvordan de endte opp med å bli mønsterpregede. De mønsterpregede nettverkene genererer effekter (Latour, 2005, s.12; Law, 1992, s.381).

Ifølge Vinnari og Dillard (2016, s.26) har Latour blitt kritisert for å ikke teoretisere eller beskrive kontekst på en adekvat måte. Latour (2005, s.142) sier selv at hensikten ikke er å skape teori, men at ANT er en teori om hvordan vi skal studere det sosiale. Han sier videre at det burde hete «work-net» istedenfor «network» for å vise at fokuset er på handlinger og endringer, ikke på et nettverk som noe statisk. Om kontekst skriver Latour at denne ikke har noen betydning for data. Han ber forskerne om å avstå fra alt rammeverk og bare beskrive «tingenes tilstand» (Latour, 2005, s.141-156). Slik legger Latour stor vekt på tekster og den historien som fortelles. Ideet er å la historien avdekke kompleksiteten på en slik måte at det sosiale trer frem. Law og Mol (2006) definerer kompleksitet som «there is complexity if things relate

but don't add up, if events occur but not within the process of linear time, and if phenomena share a space but cannot be mapped in terms of a single set of three-dimensional coordinates" (s.1). De beskriver hvordan man ved hjelp av ANT kan forholde seg analytisk til slik kompleksitet. Latours bok fra 1987 «Science in action» viser hvordan vi kan bruke prinsippene fra ANT i forskning på praksis. Han bruker begrepet «black box» for å beskrive at flere elementer virker sammen som en helhet. Dette bruker han for å vise hvordan man i praksis tar ting for gitt (Latour, 1987, s. 131). En av hensiktene i ANT er å avdekke og synliggjøre slike «tatt-for-gitt-heter», og en hovedutfordring som ANT søker å håndtere er hvordan «skjulte» nettverk (black boxes) kan fremvises og bidra til en forståelse av det sosiale (Latour, 1987, s.131). ANT søker å fremvise det sosiale ved måten det er koblet sammen på, fremfor å forutsette eller proklamere tilstedeværelsen av veldefinerte faste strukturer (Law, 1992, s.379-380). Denne studien er spesielt inspirert av den versjonen av ANT som omtales som «Sociology of translation» (Callon & Law, 1989). «Translation» er ikke et entydig begrep i ANT-litteraturen, men forstås her som en relasjon som får ulike aktører til å sameksistere i et nettverk (Latour, 2005, s.108). Translasjoner gjør at ulike aktører toner seg inn på hverandre, og utjevner forskjeller ved at noen egenskaper ved aktøren blir fremtredende, mens andre egenskaper trer i bakgrunnen (Nome, 2017). I hverdagsrehabilitering kan dette være en eldre dame som bruker rullator når hun går. Damen og rullatoren blir en forlengelse av hverandre (et nettverk) når de beveger seg. Sentralt i «Sociology of translation» er å identifisere slike translasjoner. «Sociology of translation» er også opptatt av utviklingen av vitenskapelig kunnskap, hvor kunnskap forstås som en effekt av et heterogent nettverk (Law, 1992, s. 380).

2.2.3 Grounded theory og aktør nettverksteori – møtepunkter og ulikheter

Så langt jeg har kjennskap til, finnes det liten komparativ behandling av disse metodologiene i metodelitteraturen. Jeg kjenner heller ikke til noen dialog mellom sentrale aktører innenfor de ulike retningene. Mitt inntrykk er derfor at GT og ANT eksisterer parallelt i empirinære studier av sosiale forhold. Ebeltoft (2003) har skrevet en upublisert tekst der hun sammenlikner ANT og GT basert på Strauss-og Corbin-tradisjonen. Sammenlikningen mellom tilnærmingene i denne avhandlingen er derfor mye basert på min lesing av metodelitteraturen.

Til tross for at GT og ANT har like opphav i 1960-årenes positivismestrid, har metodene ulike målsettinger. GT har som målsetting å studere det sammensatte hverdagsliv. Ambisjonen er likevel ikke å forbli på det lokale aktørplanet, men å konstruere teori «grunnet» i aktørenes livsverden (Glaser, 1978, s. 2). ANT søker også å gå systematisk til verks med å beskrive fenomener av sosial, teknologisk, naturlig og kulturell art. Målsettingen for ANT er derimot å beskrive og håndtere kompleksiteten i praksis, ikke å utvikle en begrepsmessig teori som går utover forskningsprosjektets deltakere, kontekst eller tidsperiode. GT har derfor et større fokus på begreps- og teoriutvikling, mens ANT er mer beskrivende i sin form.

En annen ulikhet mellom GT og ANT er på hvilken måte de inkluderer de ikke-menneskelige aktørene i analysene. Innenfor ANT er det et prinsipp å bruke det samme vokabularet tilknyttet de ulike aktørene, og de ikke-menneskelige aktøregenskaper sidestilles med de menneskelige aktørene i heterogene nettverk (Law, 1992, s.382-383). Innenfor GT er også «alt data» (Glaser, 1998, s. 8). Det er et viktig prinsipp å ikke ekskludere noe på forhånd slik at man ikke bare forholder seg til det man trodde var relevant (Gibson & Hartman, 2014, s. 35). Jeg har imidlertid ikke sett beskrevet i GT-litteraturen hvordan jeg analytisk skal forholde meg til de ulike ikke-menneskelige aktørene. Jeg forstår det slik at innenfor ANT beskrives aktøregenska-

pene og deres funksjon i nettverket, mens innenfor GT bidrar de til mangfoldige perspektiver. De ikke-menneskelige aktørene blir ikke i like stor grad inkludert i det sosiale.

Hverken Glaser (1978) eller Latour (2005) er opptatt av kontekst, men bruker ulike argumenter. Glaser (1978, s. 101) skriver at GT er “free of time, place and the perspectives of the participants, and fully generalizable as abstract processes”. Latour (2005, s. 148) henviser til arkitekten Rem Koolhaas og sier at «context stinks. It`s simply a way of stopping the description when you are tired or too lazy to go on». Begge mener at forskeren skal studere hva som foregår i praksis uten å ta hensyn til forstyrrende rammeverk.

Den største ulikheten mellom ANT og GT, slik jeg ser det angående denne studien, er at de har ulik målsetting. ANT søker å forholde seg analytisk til kompleksiteten. Ved hjelp av ANT søker jeg å fremvise usynlige nettverk, «tatt-for-gitt-heter» og de ikke-menneskelige aktørers aktøregenskaper gjennom nøyaktige og detaljerte beskrivelser. I GT-studiene overser jeg detaljene, og fokuserer på å synliggjøre og bygge opp de store linjene. Ved hjelp av GT søker jeg å skape et overblikk, se sammenheng mellom ulike hendelser, prosesser, strukturer og aktører. Dette gjøres ved hjelp av å kode datamateriale, de-kontekstualisere, og bygge opp en teori som kan være virksom også utenfor forskningsfeltet.

2.3 Utvalg av informanter og innsamling av data

2.3.1 Utvalg av informanter

I utvelgelse av informanter startet jeg med profesjonsutøverne i hverdagsrehabilitering og leder av pilot-prosjektet fordi de har kjennskap til forskningsfeltet. Deretter har informanter og foreløpige analyser lagt føringer for den videre datainnsamlingen.

Dette er i tråd med metodelitteratur innenfor GT og ANT. Glaser (2012, s. 5) sier «Remaining open to what is really going on, will soon transform the researcher to going where the data takes him». Latour (2005, s. 12) sier “follow the actors and try to learn from them what the collective existence has become and which methods they have elaborated to make it fit together”. Deltakerne i studien har vært ansatte i kommunen, de fleste i helse- og omsorgstjenesten, som har hatt tilknytning til initiering, etablering, utøvelse og vurdering av hverdagsrehabilitering. Dette er utøvere i det tverrprofesjonelle teamet, ledere på ulike nivåer innenfor hjemmetjenesten, rehabiliteringstjenesten, sentralt i kommunens helse- og omsorgstjeneste og økonomer. En detaljert oversikt over disse deltakerne finnes i artikkel II og III. Deltakere i studien har også vært 17 tjenestemottakere og 10 pårørende. Tabell 2 viser en oversikt over disse.

Tabell 2: Oversikt over tjenestemottakere og pårørende

		Kjønn		Familiær relasjon			
	Alder	Kvinner	Menn	Kone	Datter	Sønn	Bror
Tjenestemottakere	70-94	14	3				
Pårørende		8	2	1	7	1	1

2.3.2 Innsamling av data

I studien har jeg benyttet ulike metoder for å samle empiriske data; deltakende observasjon, individuelle intervjuer, fokusgruppeintervjuer, uformelle samtaler og dokumentgjennomgang. Jeg vil presentere disse under. Datainnsamlingen har pågått i tre år fra januar 2014 til desember 2016. I denne tidsperioden har jeg også blitt inspirert og påvirket av andre kunnskapskilder, for eksempel TV og internettsider. Uformelle samtaler med profesjonsutøvere, familiemedlemmer og andre forskere har også bidratt til datamaterialet. Her er det en gråsoner mellom det som bevisst er samlet inn av meg på bakgrunn av teoretisk koding, og data som tilfeldigvis «var der». Dette beskrives som problematisk innenfor GT (Walsh et al., 2015, s.7), men ikke innenfor ANT- tradisjonen. All datainnsamling har foregått på norsk. I avhandlingens engelske tekster (artikkel II, III og IV) er sitater fra deltakerne oversatt og redigert av meg.

Feltobservasjoner

Jeg har deltatt som feltobservatør i et utvalg av møter i kommunen. De utvalgte møtene har omhandlet drift, evaluering og utvikling av hverdagsrehabilitering, samt brukerevalueringer. Deltakende observasjon startet i januar 2014 og har pågått ut året 2016 (til sammen 260 timer). Jeg har også vært observatør under ti hjemmetreningssituasjoner. Jeg har ikke deltatt på de ansattes private sammenkomster, men vi har spist middag sammen på reiser og konferanser. Noen møter har vært faste ukentlige møter, mens andre har vært arrangert i forbindelse med spesielle saker. Jeg har også deltatt på møter i kommunens eldreråd og levekårskomite da hverdagsrehabilitering har vært tema. Til disse møtene har jeg enten blitt invitert med, eller jeg har blitt

orientert om møtene og selv bedt om å få delta. I forkant av alle møtene jeg har deltatt på, har deltakere blitt informert om at jeg vil være tilstede som forsker og de har godtatt min tilstedeværelse. Jeg har ikke opplevd at noen har stilt spørsmålstegn ved, eller uttrykt ønske om at jeg ikke skulle delta. Derimot har jeg opplevd imøtekommenhet i alle deler av organisasjonen. Dette har nok en sammenheng med at representanter fra kommunen selv har tatt initiativ til studien, og opplever studien som viktig.

I følge Fangen (2010, s.72) er idealet å gå inn i feltet med et åpent sinn, men samtidig med kunnskap nok til å nærme seg på en hensiktsmessig måte. I starten visste jeg ikke hva denne studien skulle handle om, og jeg forsøkte å holde flere muligheter åpne. Jeg har selv ingen praksiserfaring fra hverdagsrehabilitering så jeg hadde ingen erfaringer som motiverte meg til å undersøke spesielle aspekter. Som sykepleier har jeg likevel kunnskap og erfaringer som gjør at jeg kan relatere meg til utøvernes hverdag, og som er nyttige i tilnærmingen til praksis. Jeg kan stille relevante spørsmål, og implisitt «forstå» hva deltakernes praksis handler om. Som observatør har jeg vekslet mellom å delta og observere. Å delta betyr ikke å gjøre det samme som utøverne i praksis gjør, men å samhandle med dem og å delta så mye at man forstår nok (Fangen, 2010, s.77). Jeg har gjort dette ved å stille spørsmål og delta i refleksjoner og diskusjoner. Under enkelte møter har jeg også vært en mer tilbaketrukket observatør. I perioder har jeg vært mye sammen med deltakerne i studien, jeg har vært engasjert i deres praksis og berørt av deres hverdag. I andre perioder har jeg hatt en større distanse til praksisfeltet og hatt mer sporadisk kontakt. På denne måten har jeg vekslet mellom nærhet og distanse.

Den daglige refleksjonen rundt tjenesten har vært nyttig å ta del i. Her kommer detaljerte beskrivelser av situasjoner, etiske dilemmaer og barrierer frem. De hverdagslige samtalene gir rike beskrivelser av praksis som synliggjør hva utøverne faktisk gjør. I følge Mol (2002, s.27) kan forskeren på denne måten lytte til utøverne i praksis

som om de var sine egne etnografer. Historiene fra praksis sier ikke bare noe om mening i øyeblikket, men de forteller om langsgående prosesser og utfordringer med for eksempel værforhold, kommunikasjon og motivasjonsarbeid. Jeg har tilstrebet minst mulig påvirkning av utformingen av hverdagsrehabilitering. Med dette mener jeg at jeg ikke har kommet med ønsker for utøvelsen av praksis for å «mette» studien. Jeg har også forsøkt å unngå normative uttalelser om deres praksis. Jeg har likevel ved noen anledninger stilt spørsmål ved deres praksis, for eksempel «hva er grunnen til at dere valgte å gjøre dette?» I noen tilfeller har jeg blitt spurt om råd ut i fra min sykepleiefaglige bakgrunn. Dette har først og fremst handlet om medikamentell behandling av tjenestemottakere. I andre tilfeller har jeg blitt bedt om å ta i et tak under hjemme-trening. Jeg har også erfart at tjenestemottaker har blitt «nervøs» av min tilstedeværelse og har derfor ikke klart å gjøre øvelser så godt som ellers. Dette viser at jeg på ingen måte har vært en nøytral person i feltarbeidet.

En sentral problematikk i feltstudier er at forskeren overidentifiserer eller underidentifiserer seg med informantene. Ved å overidentifisere, står man i fare for å «go native» og mangle distanse. Ved å underidentifisere kan man stå i fare for å ikke få tilstrekkelig innsikt og forståelse av de studerte aktørenes egne premisser (Skorpen & Øye, 2008, s.52). Jeg har forsøkt å balansere dette med å regulere nærhet og distanse til praksisutøverne. Jeg har i perioder vært inkludert og behandlet som «en av gjengen». Jeg har fått julegave og burdagsblomst. Jeg har alltid følt meg velkommen og deltakerne har flere ganger takket meg for at jeg er der. På den andre siden har jeg likevel vært en besøkende. Jeg forstår ikke alltid sjargongen, humoren eller interne beskjeder. De snakker om personer jeg ikke kjenner, de har felles opplevelser med tjenestemottakere som jeg ikke er en del av og de kjenner institusjonen på en helt annen måte enn meg. De ansatte i kommunen har erfart en kommunal helsetjeneste i endring over år, og klarer å se hendelser i en sammenheng som jeg ikke klarer. Jeg har også understreket for deltakerne at min rolle som forsker er å være reflektert og

balansert, noe som også innebærer å stille kritiske spørsmål til deres praksis. På denne måten har jeg markert en avstand mellom meg og dem.

Forskere forteller om situasjoner der de har kommet i en skvis mellom pleiere og pasienter (se for eksempel Skorpen og Øye, 2008). Jeg har ikke hatt noen slike erfaringer, men jeg har opplevd å være aktiv deltaker i en debatt som omhandlet om hverdagsrehabilitering skulle legges ned eller ikke. I en budsjettprosess ble hverdagsrehabilitering satt på kommunens kuttliste. Jeg kom ikke i en skvis mellom deltakere i studien, men jeg måtte ta stilling til tjenesten før jeg egentlig var klar til å uttale meg om den. Som forsker følte jeg meg forpliktet til å engasjere meg i den debatten som pågikk, og skrev derfor en kronikk i lokalavisen om hverdagsrehabilitering. I denne kronikken skrev jeg om de eldre og deres pårørendes erfaringer med å motta hverdagsrehabilitering, og jeg oppfordret politikere til også å lytte til deres stemmer når beslutninger skulle tas.

Som følgeforsker har det vært svært givende å være sammen med utøverne i praksis, men det har også vært frustrerende. Jeg har erfart at diskusjoner dras ut, de samme temaene dukker opp igjen og igjen. Noen uker har jeg vært den som har deltatt på alle møter, og jeg har hatt oversikt over avtaler og gjøremål. Det har da vært frustrerende å være vitne til at planer og avtaler som er laget ikke har blitt noe av. Jeg har også vært begeistret. Begeistret over profesjonsutøvernes engasjement, kreativitet, kunnskap og samhold. Jeg har vært forundret over uttalelser, dømmende overfor holdninger og flau over mine egne fordommer og uvitenhet. På denne måten har jeg erfart at å gjøre feltarbeid tett på praksis er krevende, givende og gir et bredt spekter av opplevelser og inntrykk. Dette skriver også Neumann og Neumann (2012, s.71-72) om i sin bok «Forskeren i forskningsprosessen». De skriver at det derfor er viktig at forskeren er bevisst på seg selv gjennom prosessen, sin egen historie, egne preferanser og egne følelsesmessige reaksjoner. Dette er for at disse ikke skal stå i veien for forståelsen av den (de) andres erfaring og mening. Jeg har forsøkt å håndtere dette

med å skrive memoer og dagboknotater gjennom forskningsprosessen. To eksempler på slike notater som viser dette er:

05.06.14: Jeg synes det er rart at de aldri prøver å se saken fra de andres perspektiv. De gjør kanskje det, men akkurat nå legger jeg ikke merke til det fordi jeg er frustrert selv.

08.04.15: Jeg blir virkelig berørt av engasjementet deres. Jeg har fått et helt nytt syn på eldreomsorgen. De er så utrolig kunnskapsrike. De strekker seg veldig langt for å få ting til for den enkelte, og de tar et stort ansvar for kommunen.

Hva jeg spør om under feltarbeid, legger vekt på og fremhever er et resultat av hva jeg opplever som vesentlig for studien. Det vil være vanskelig for meg å gjøre rede for hvordan jeg gjør distinksjoner mellom hva som er vesentlig og hva som er uvesentlig. Foruten forskningsspørsmålene, blir slike avgjørelser påvirket av mine personlige og profesjonelle erfaringer, veiledere og andre som gir meg råd.

Etter å ha fulgt teamet over lang tid har jeg kommet tett innpå en kunnskap som jeg ikke ville fått tilgang til om jeg ikke hadde vært der sammen med dem. Gjennom hyppig deltakelse på møter over tre år har jeg fått tilgang til erfaringer som jeg ville gått glipp av dersom jeg bare hadde valgt intervju som metode for datainnsamling. Polyani sier at «vi kan mer enn vi kan uttrykke» (Polyani, 1966, p. 4). Selv om deltakerne uttrykker sine erfaringer med ord i de daglige samtaler, kollegaveiledninger og evalueringer, kommer det frem en helt annen dimensjon av praksis enn hva jeg har klart å få frem under intervjuer. Detaljerte beskrivelser av situasjoner og intervjuer viser frem en kunnskap som det kan være vanskelig å svare på dersom man får et konkret spørsmål under et intervju. Et eksempel på dette kan være en gang teamet fortalte at de gjorde et skille mellom de ikke-motiverte tjenestemottakerne

og de som kunne bli motivert. Da jeg spurte dem om hvordan de kunne vite at noen kunne bli motivert fikk jeg ingen klare svar. De svarte at de «senser det» og de kan «kjenne det i luften». Etter hvert i studien har jeg likevel fått en innsikt i hva denne kunnskapen handler om fordi jeg har vært tilstede under flere timer med refleksjoner rundt nettopp dette.

Intervjuer

Jeg har gjennomført både individuelle intervjuer og fokusgruppeintervjuer. I forkant av intervjuene fikk deltakerne tilsendt et informasjonsskriv med informasjon om studien og overordnede tema for hva jeg ønsket å snakke med dem om (Vedlegg E). Sentrale punkter fra dette skrevet ble gjentatt muntlig i forkant av intervjuene. Til sammen har jeg gjennomført 54 intervjuer med 46 personer.

Individuelle intervjuer

Ti individuelle intervjuer har vært gjennomført med nøkkelpersoner i initiering, utvikling og evaluering av hverdagsrehabilitering, samt 41 intervjuer med tjenestemottakere og pårørende. Intervjuene av ansatte er beskrevet i artiklene I- III og ble gjennomført i tidsperioden mars 2014 til juni 2016. Intervjuer med tjenestemottakere og pårørende er beskrevet i artikkel IV.

Intervjuene er gjennomført som semi-strukturerte og ustrukturerte intervjuer med målsetting om å skape en samtale om hverdagsrehabilitering. Formålet med intervjuene har vært å forstå erfaringer med hverdagsrehabilitering ut fra intervjuerpersonens perspektiv. Spørsmålene som har blitt stilt har vært både faktaspørsmål og meningsspørsmål, med oppfølging av hvorfor og hvordan personen handler eller mener som han/ hun gjør (Kvale & Brinkmann, 2015, s.157-171). I forberedelsen av intervjuer har jeg laget en åpen og stikkordsmessig intervjuguide basert på foreløpige

analyser. Alle intervjuer har likevel startet med et åpent spørsmål, for eksempel «Kan du fortelle hvordan det er å få hverdagsrehabilitering?». Intervjuguide er ikke i samsvar med en klassisk GT studie (Holton & Walsh, 2017, s.68), men forskeren blir likevel anbefalt å basere datainnsamling på tidligere innsamlet data. For meg har det derfor vært naturlig å notere ned stikkord som en huskeliste til meg selv. Disse stikkordene har ikke blitt sendt ut til deltakerne på forhånd. Unntaket er intervjuer med økonomer. Her har jeg skrevet en mer detaljert intervjuguide (Vedlegg F) som jeg har sendt til deltakerne i forkant av intervjuene. Dette er fordi jeg ber om mer konkrete opplysninger knyttet til registreringer og beregninger som jeg ville gi deltakerne mulighet til å forberede. Selv hadde jeg også et større behov for å forberede disse intervjuene fordi dette er et område der jeg innehar mindre forhåndskunnskap og har dermed dårligere forutsetninger til å «filtrere» relevante og irrelevante opplysninger underveis i intervjuet.

Under alle intervjuene har deltakerne gitt detaljerte beskrivelser av deres hverdag og hvordan de organiserer og gjennomfører aktiviteter. I intervju-situasjoner erfarer jeg at de eldre og de profesjonelle forteller om like situasjoner, men likevel forteller ulike historier. De eldre forteller sin livshistorie, om opplevelser, erfaringer, gleder og tap. De forteller også rike og detaljerte historier om hverdagsliv, barrierer og muligheter, og om hyggelige, blide og entusiastiske fagfolk. Profesjonsutøverne forteller også levende om enkeltindivider, men de snakker i tillegg om muskelsvakhet, fallforebygging, motivasjonsarbeid og barrierer og muligheter i de eldres hjem. Når deltakerne i studien forteller sine historier, får praksisen både en materiell og en handlingsbasert form (Mol, 2002, s.32-36).

Fokusgruppeintervjuer

Tre fokusgruppeintervjuer har vært gjennomført med til sammen 11 ansatte i kommunen. Intervjuene har vært planlagt og gjennomført som beskrevet av Hernandez (2012) samt erfaringer beskrevet av andre forskere (for eksempel Sørfonden og Finstad, 2000). I intervju én deltok terapeuter og sykepleier i hverdagsrehabiliterings-teamet. I intervju to deltok de fire hjemme-trenerne, mens deltakere i intervju 3 var ledere i den ordinære hjemmetjenesten. Fokusgruppeintervjuene hadde til hensikt å belyse praksis gjennom en fokusert samtale deltakerne i mellom. Slike samtaler har vist seg nyttige fordi deltakerne stimulerer hverandres hukommelse og assosiasjoner om sine felles erfaringer (Malterud, 2003, s.174-175). Gruppedynamikken kan derfor generere rikere ideer enn individuelle intervju. Kjerneideen bak dette er at «to hoder tenker bedre enn ett» og at meninger dannes kollektivt og innenfor sosiale interaksjoner mellom personer (Wilkinson, 1998, s. 186). En risiko med fokusgrupper er at deltakere ikke uttrykker sine tanker eller meninger på grunn av gruppeprosessen eller frykt for reaksjoner fra andre deltakere i gruppen. Det er også en risiko at deltakerne forsøker å påvirke hverandre eller overbevise de andre om at egne meninger er mer betydningsfulle, eller at bare meninger som er sosialt akseptable i denne gruppen blir uttrykt. Det siste kan være aktuelt dersom leder er tilstede (Krueger & Casey, 2000, s.71-73). Ingen av fokusgruppene i denne studien hadde leder med blant deltakerne.

Intervjuene ble gjennomført på deltakernes arbeidsplass. Det ble på forhånd avtalt at noen andre skulle svare på telefoner og andre henvendelser for å skape mest mulig ro i intervjusituasjonen. Leder av intervjuet hadde ansvar for gruppedynamikken og passet på at alle fikk si noe. Det ble ikke stilt spørsmål til en og en, men deltakerne ble oppfordret til å samtale med hverandre. Leder av gruppen «hentet» inn deltakere i samtalen dersom det var lenge siden noen hadde sagt noe, og endret tema for samtalen underveis. I to av fokusgruppene var veileder av studien tilstede som assisterende moderator.

Dokumentgjennomgang

Et bredt utvalg av dokumenter er gjennomgått for å studere skriftlig kommunikasjon som belyser hverdagsrehabilitering. Disse dokumentene har vært nasjonale retningslinjer og lover (for eksempel Samhandlingsreformen og Lov om kommunale helsetjenester), lokale kommunale dokumenter (for eksempel rapporter fra pilotprosjekt, kommunens strategiplaner), aviser og sosiale medier. Hensikten med denne gjennomgangen er å få kunnskap om ulike aktørers ideer og hvordan de manifesterer seg, pågående diskusjoner og argumenter (Bratberg, 2014, s.57-64). Det er ikke gjennomført noen strukturert analyse av tekstene, men tekstene er lest nøye og benyttes som empirisk data.

2.4 Håndtering av datamaterialet

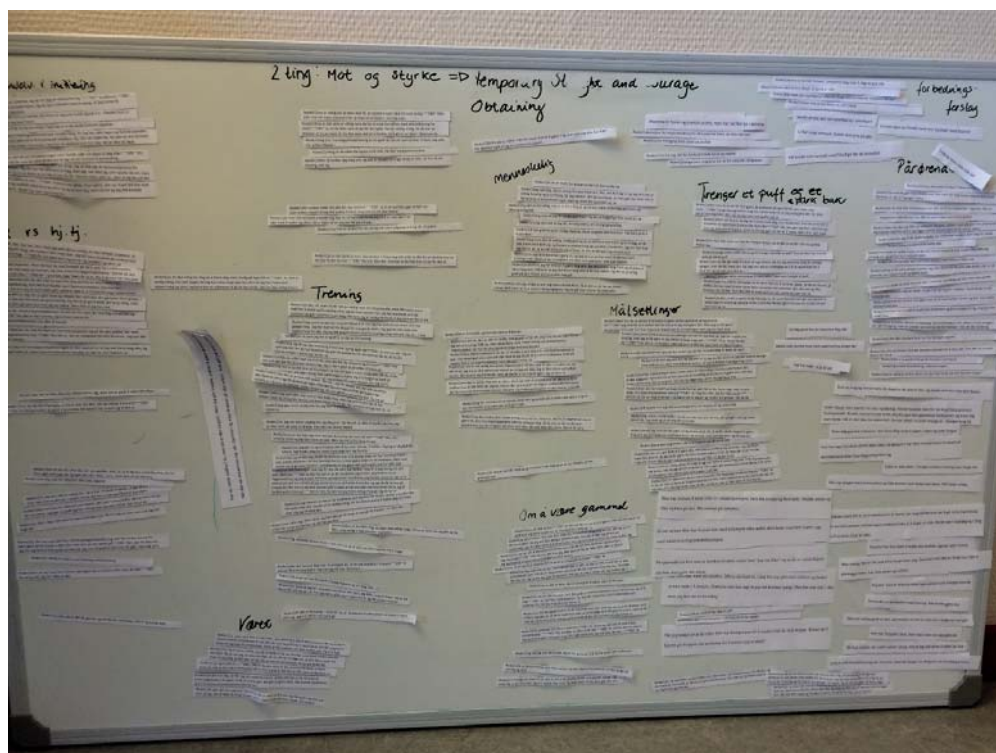
Alle intervjuer er tatt opp digitalt foruten to intervjuer med tjenestemottakere. De første ni intervjuene med ansatte og de første 10 intervjuene med tjenestemottakere er transkribert ordrett (av en ekstern aktør). Etter dette startet jeg den selektive og teoretiske kodingen og jeg vurderte det slik at jeg kunne lytte til intervjuene og ta notater. Det er ulikt syn på hvorvidt lydopptak av intervjuer skal gjøres i en GT studie. Blant annet skriver Glaser (1998, s. 107-113) at intervjuene blir unødvendig detaljerte og at transkribering av intervjuer hemmer analyseprosessen. For min del var det naturlig å ta lydopptak siden jeg også skulle bruke intervjuene i mine ANT-studier. Her er man nettopp opptatt av å få med detaljene. Det ville vært forstyrrende for både meg og deltakerne i studien dersom jeg skulle tatt detaljerte notater under intervjuene. Som uerfaren forsker var jeg også redd for å overse eller gå glipp av viktige data. Feltnotater er derimot skrevet for hånd. De var åpne og detaljerte i starten, men har

gradvis blitt mer fokuserte. I det følgende vil jeg presentere hvordan jeg har håndtert mine empiriske data.

2.4.1 Håndtering av data, grounded theory

Hensikten med en GT studie er ifølge Glaser (1978, s. 93) «to account for a pattern of behaviour which is relevant and problematic for those involved». Målsettingen med mine analyser er å generere teori på bakgrunn av en kjernevariabel som trer frem (emerge) fra mine empiriske data. Denne kjernevariabelen skal «innkapsle» fremtredende handlinger i konstruerte kategorier og sub- kategorier (Birks & Mills, 2015, s.12). GT er en «building process» kjent som konstant sammenlikning som involverer en søken etter å finne sakens natur og deretter generere en fremvoksende teori (Glaser & Strauss, 1967, s.105-113). Teknikkene for å skape mening ut fra data har vært åpen, selektiv og teoretisk koding, samt memoskriving. Analyseprosessen startet allerede under gjennomføringen av datainnsamlingen og memoskriving. Analyser av tekst starter med åpen koding. Her leser jeg tekst linje for linje, og koder ord eller setninger som jeg vurderer til å belyse studiens forskningsspørsmål. Under den åpen kodingen spør jeg: hva er disse dataene en studie av? (Glaser, 1978, s.57). Jeg benytter oftest «in vivo»- koding ved den åpne kodingen. Det vil si at jeg bruker informan- tenes egne begreper. Disse åpne kodene omtales som faktiske (substantive) koder. I noen tilfeller har jeg kodet hele setninger, og laget begreper som passet. Vedlegg G viser et eksempel på koding fra transkribert tekst. Etter hvert som jeg får flere koder systematiserer jeg disse i kategorier. Det vil si at jeg samler koder som passer sammen. Jeg har brukt dataprogrammet NVivo 9 (QSR International Pty Ltd., 2012) som hjelpemiddel for å organisere data og kode tekst. Kodene er skrevet ut på papir og sortert på en tavle. Bilde 1 viser et eksempel på slik sortering på en tavle.

Bilde 1: Håndtering av data, grounded theory



Teoretiske koder er begreper for hvordan de ulike kodene og kategoriene relaterer seg til hverandre. Disse skrives frem gjennom memoskriving langs hele analyseprosessen. Den åpne fasen avsluttes med at jeg velger en kjernekategori. Dette skjer på bakgrunn av memoer og teoretiske notater. De kategorier som relaterer seg til kjernekategorien blir «selektert» og integreres i den fremvoksende teorien. Under utvikling av en integrert «grounded» teori jobber jeg med begrepsutvikling og skriver «memos on memos» (Hartman, 2010, p. 84).

Data snakker ikke for seg selv. De må ha en konseptuell guide før de kan de snakke, og sentralt er hvordan jeg som forsker lytter til det data forteller. Analyseprosessen har vært en frem-og-tilbake-prosess mellom empiri og konseptualisering (Holton & Walsh, 2017, s.94-95). Memoskrivingen har vært sentral i begrepsfesting og utvikling av teori. Under memoskrivingen søker jeg å identifisere sosiale mønstre og å sette begreper på disse mønstrene (intervju med Østerlie) (Hjälmhult et al, 2014, s.61).

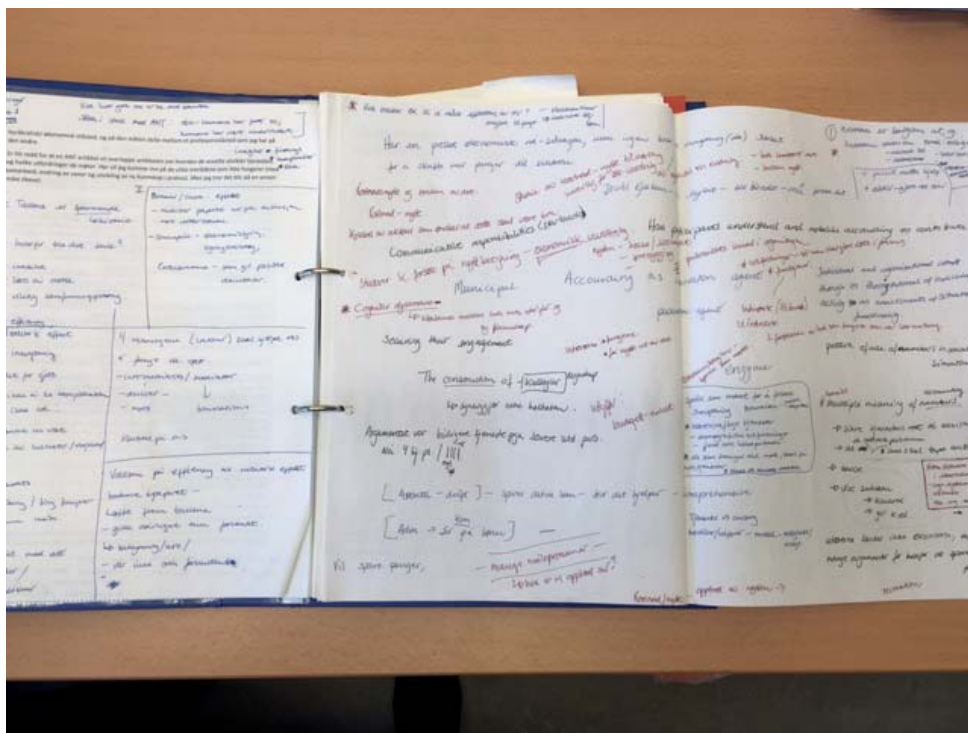
2.4.2 Håndtering av data, aktør- nettverksteori

I ANT-studiene har jeg også som utgangspunkt en holdning om at praksis ikke oppstår på bakgrunn av en resolusjon, men som et samspill mellom ulike aktører, mennesker og artefakter. Jeg har fokus på aktørenes handlinger. De ikke-menneskelige aktørene kan naturlig nok ikke handle som mennesker. De er derimot «handlende aktører» når de inngår i dynamiske prosesser, påvirker praksis og fører til endringer i handlingsmønstre og i organisasjonen (Latour, 2005, s.63-86).

I ANT- studiene bruker jeg prinsippet fra Latour (2005, s. 12) “follow the actors and try to learn from them what the collective existence has become and which methods they have elaborated to make it fit together”. I ANT er det et prinsipp å følge aktørene, uansett hvor de beveger seg, for ikke å påtvinge dem et ferdig analyse-skjema (Callon & Law, 1989, s.77). ANT var aldri ment til å være en programmert teori eller en verktøykasse, men en «sensibilitet til hva som er vesentlige relasjoner og prosesser» (Law, 2004, s. 157), noe som kan hjelpe forskere til å håndtere komplekse og multiple realiteter som ellers ville forblitt usynlige (Nimmo, 2011, s.114). De sosiale relasjonene sees aldri isolert, men alltid som en del av nettverk bestående av flere aktører som må gjenkjennes og synliggjøres (Latour, 1993, s.114-122).

Hvilke aktører som følges avhenger av studiens forskningsspørsmål. For meg har det derfor vært viktig å finne de aktørene som påvirker og fører til endring innenfor perspektivene «Hverdagsrehabilitering som innovasjon» og «Kostnad-nytttevurdering av hverdagsrehabilitering». Analyser og datainnsamling har også her pågått parallelt og foreløpige analyser har styrt videre datainnsamling. I tekstanalysene har jeg søkt etter fraser og diskusjoner som knyttes til studienes problemstillinger. Jeg har videre hatt fokus på hvilke egenskaper de ikke-menneskelige aktørene har og på hvilken måte de har aktøregenskaper. Formålet har hele tiden vært å identifisere hvordan aktørene genererer heterogene nettverk, hva som karakteriserer disse nettverkene og hva som bidro til at de ble mønsterpregede. Dette fører igjen til at nettverkene genererer effekter i form av å opptre som organisasjoner, ulikheter og makt (Law, 1992, s.380). Bilde 2 viser hvordan håndtering av data tidlig i ANT-studiene er en idemyldring som gradvis blir mer systematisert.

Bilde 2: Håndtering av data, aktør- nettverksteori



Analyseprosessen i ANT er mer beskrivende i sin form. Målsettingen er likevel å forstå sammenhenger, tolke hvordan effekter er generert og å forstå hvilke prosesser som fører til endringer. For å få frem «praksis-perspektivet» har jeg søkt å få frem deltakernes detaljerte beskrivelser av situasjoner, vurderinger og handlinger. De ikke-menneskelige aktørene i praksis blir sjelden eksplisitt nevnt som aktører, men beskrivelser av praksis gjør at jeg som forsker kan identifisere disse. Et eksempel er beregningsmodellen som ble utviklet for å dokumentere effekten av hverdagsrehabilitering. I starten var denne enkel og var ment som et hjelpemiddel. Gradvis har modellen fått økt betydning for tjenestens eksistens, og den har blitt mer og mer kompleks for

å få frem detaljer. Selve beregningsmodellen har også beveget seg fra å være et hjelpemiddel i ytterkanten av tjenesten, til å bli en sentral aktør som praksis må tilpasses. Dette ble gjort ved at utøverne laget systemer som kunne håndtere de detaljene som beregningsmodellen krevde, de satte av en person til å registrere tallene, og det ble iverksatt en rekke sosiale prosesser for å være taktiske i forhold til hvilke detaljer som er mest hensiktsmessige å rapportere. Ved hjelp av ANT har jeg fått et redskap til å vise hvor kompleks kostnad- nyttevurdering av hverdagsrehabilitering er og hvilke kontroverser som oppstår i en slik prosess.

Analyseprosessen er, som jeg kjenner til, ikke eksplisitt beskrevet innenfor ANT litteraturen, men både Latour (1987, s. 45-62) og Callon og Law (1989, s.77-78) har skissert metodiske regler og prinsipper som man kan bruke som verktøy. Jeg oppfatter det slik at disse ikke er ment som en oppskrift eller prosedyre, men mer som analytisk rammeverk og terminologi som kan bidra til å håndtere data. I min første ANT-artikkel bruker jeg Latours (2005) usikkerhetsfaktorer som utgangspunkt for analysene og for å strukturere teksten. Latour sier at disse usikkerhetsfaktorene bør danne utgangspunktet for en ANT studie og ved å fokusere på disse blir det lettere å skape en forståelse av hvordan de ulike elementene bidrar til å skape sosiale effekter. I min andre ANT-artikkel har jeg ikke eksplisitt benyttet disse, men har latt ulike metodiske prinsipper ligge til grunn.

2.5 Studiens troverdighet og pålitelighet

Det finnes flere begreper innen metodelitteraturen for å vurdere forskningens kvalitet. Innenfor GT-tradisjonen finnes det egne kvalitetskriterier som er beskrevet i artikkel II og IV. Innenfor ANT- tradisjonen kjenner jeg ikke til tilsvarende kriterier. Jeg forstår det slik at Latour mener kvaliteten vil vise seg dersom teksten er sannferdig

skrevet frem (Latour, 2005, s.148-149). Jeg har her valgt å bruke troverdighet og pålitelighet for å forklare hvordan jeg i min forskningspraksis har gått frem for å sikre studiens kvalitet.

2.5.1 Troverdighet

Å gjøre GT og ANT studier er ingen lineær trinn-for-trinn prosess. Innsamling av data krever fleksible håndteringer av situasjoner som oppstår og forskningsdesignet endrer seg etter hvert som forskeren dras inn i praksisfeltet. Det er derfor vanskelig å hvile studiens troverdighet på en nøyaktighet i forskningsmetoder. Det kan også være vanskelig å gjøre forskningsprosessen transparent, slik at andre kan granske prosessen ut fra en logisk fasthet (rigor). Jeg har reflektert rundt spørsmål om troverdighet gjennom hele forskningsprosessen; i datainnsamling, håndtering av datamaterialet og skriftlige fremstillinger. Dette er for å sjekke om jeg underveis i studien undersøker det jeg har ment å undersøke, og om mine valgte metodologiske tilnærminger kan gi vitenskapelig kunnskap. Studiens troverdighet baserer seg likevel ikke bare på hvilke metoder som er benyttet. Det handler også om forskerens moralske integritet og skjønnsmessige utførelse av forskningen (Kvale & Brinkmann, 2015, s.108). Her har jeg søkt veiledning når jeg har vært usikker og brukt mine erfaringer for å bedømme hvordan jeg skal gå frem i ulike situasjoner. Det er ulike tradisjoner for hvordan vitenskapelige tekster presenteres. Når jeg har skrevet mine tekster har jeg forsøkt å skrive meg inn i den skrivestilen som hvert tidsskrift innehar. Det betyr at jeg har skrevet meg inn i en akademisk tradisjon med nokså korte tekster uten rom for å vise frem hvordan jeg som forsker har preget forskningsprosessen gjennom å ta ulike valg underveis. Slike valg er vanskelig å fremvise i artikler. Jeg har likevel fått tilbakemeldinger på studiens troverdighet gjennom samtaler med deltakere fra praksisfeltet, til

bakemeldinger fra fagfeller i tidsskrift, presentasjoner på konferanser og undervisning av studenter. Ved at tidsskrift aksepterer artikler for publikasjon, gis det bekræftelse på at lesere finner studien troverdig.

2.5.2 Pålitelighet

Pålitelig kunnskap er ofte forstått som en objektiv kunnskap som er etterprøvd, kontrollert og upåvirket av personlige holdninger. Slike faktorer er ikke relevant for å vurdere denne studien. Studiens største styrke er at deltakerne i praksis har blitt fulgt tett og over en lang tidsperiode. Det har gitt muligheter til å spørre deltakerne underveis om de kjenner seg igjen i mine vurderinger. Jeg har hatt mulighet til å ta kontakt med deltakere igjen for å be om nye forklaringer og jeg har testet ut ideer underveis. Dette gjør at jeg har kunnet korrigere meg selv i løpet av prosessen. Det betyr at vurderingen av studiens pålitelighet ikke bare har foregått på slutten av studien, men underveis i prosessen. Å få bekræftelser fra deltakerne underveis i prosessen har gitt en trygghet om at datamaterialet er håndtert på en relevant måte. Noe som kan være utfordrende er at deltakerne i praksis stadig vekk endrer prosedyrer, meninger og oppfatning av situasjoner. De tar hyppige beslutninger og kan selv glemme hva de sa for noen uker siden.

Studiens pålitelighet har betydning for brukerne av resultatene. Hvorvidt utøvere av hverdagsrehabilitering, politikere og andre beslutningstakere vil bruke denne studien for å utvikle praksis, beror på pålitelighet. Derfor er det viktig å gjøre forskningsprosessen synlig for de som skal bruke resultatene også, ikke bare de som skal granske dem. De må ha tillitt til at jeg har tolket datamaterialet på en hensiktsmessig måte og holdt meg innenfor rammene av en kritisk sunn fornuft. Kvale og Brinkmann (2015, s. 284) omtaler dette som «publikumsvalidering».

2.6 Etiske vurderinger

Norsk senter for forskningsdata har godkjent studien (ref. 36770). Regional etisk komite (REK) ble kontaktet for å vurdere studien, men de svarte at studien ikke er pliktig REK- godkjenning. REK ga fritak fra taushetsplikt for å delta på brukerevalueringster (2013/2145/REK nord). Leder for helse- og omsorgsavdelingen har godkjent at studien gjennomføres i kommunen (Vedlegg A, B og C).

Studien er i overenstemmelse med prinsippene i Helsinkideklarasjonen. Helsinkideklarasjonen (fra 1975) gir anbefalte retningslinjer for helsefaglig forskning og bygger på Nürnbergkodeksen fra 1947. Sentralt i disse er at hensynet til individet alltid skal gå foran hensynet til samfunnet, informert samtykke, frivillighet og konfidensialitet (Slettebø, 2008, s. 208-2015). Alt innsamlet datamateriale er behandlet konfidensielt. De intervjuede deltakerne i studien har fått skriftlig og muntlig informasjon om studien, og har signet samtykkeskjema. Tjenestemottakerne i studien ble muntlig informert av profesjonsutøverne som også ga ut skriftlig informasjon, samt skjema for samtykke til å bli intervjuet, til at forsker kunne delta som observatør under hjemmetrening og samtykke til at forsker kunne kontakte pårørende.

Et viktig prinsipp i forskningsetikken er at ingen skal lide skade av forskningen. Min oppfatning har tvert imot vært at de aller fleste har satt pris på å delta. De har vært takknemlige for at det er interesse for å forske på deres erfaringer. Profesjonsutøverne satte spesielt pris på fokusgruppeintervjuene der de sammen kunne reflektere over egen praksis. Tjenestemottakere har også uttrykt takknemlighet over at jeg har kommet hjem til dem og vist interesse for deres situasjon. Samtlige deltakere har uttrykt at det er viktig å bidra til forskning for å kunne være med på å utvikle praksis, og de har vært opptatt av at andre må få kjennskap til hverdagsrehabilitering.

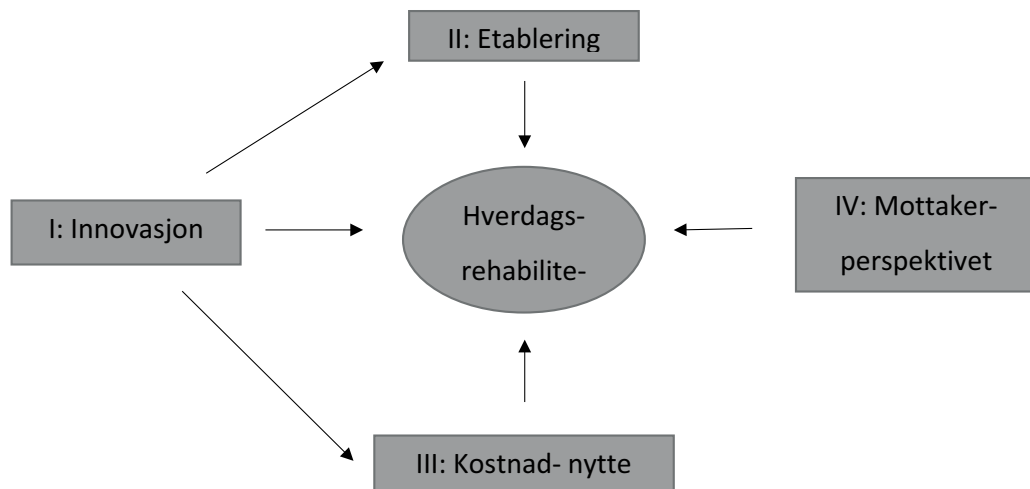
Forskningsetikk er likevel mer enn å følge forskrifter og etiske retningslinjer. Jeg har vært opptatt av at deltakerne skulle få tillitt til meg som forsker, noe som innebærer at jeg vil ivareta det de har delt med meg på en moralsk og real måte. Det har vært viktig for meg å være lojal mot praksisfeltet og min forskerrolle i praksis. Jeg har derfor aldri ønsket å lete etter feil eller å henge noen ut, men å forstå hva som foregår, og hvorfor praksisen blir som den blir. I intervju-situasjoner er det et asymmetrisk maktforhold. Jeg har vært forberedt før intervjuene og har planlagt hvordan jeg skulle gå frem. Deltakerne i studien har også forberedt seg, men har ikke hatt den samme kontrollen i situasjonen som meg. Derfor har det vært viktig for meg å ha en etisk årvåkenhet og sensitivitet i forhold til hva den andre er komfortabel med å dele.

Min intensjon har hele tiden vært frivillig deltakelse til studien. Mitt inntrykk er at ansatte i kommunen har vært positive og har deltatt frivillig. Jeg kan likevel ikke være helt sikker på at ingen har følt seg presset til å være med eller ikke hatt mulighet til å reservere seg. Selv om intensjonen har vært å behandle data konfidensielt, vil det være slik at de som har deltatt i studien eller andre som har kjennskap til den aktuelle kommunen vil kunne identifisere personer. Dette er et etisk utfordrende aspekt ved den kvalitative forskningen (Ruyter, Førde, & Solbakk, 2008, s.227). Jeg er selv usikker på om jeg har diskutert dette tilstrekkelig med deltakere i studien, selv om det har vært tatt opp i ulike fora.

3. PRESENTASJON AV RESULTATER

I dette kapittelet presenteres resultatene fra de ulike studiene I-IV. Studiene belyser hverdagsrehabilitering fra ulike perspektiver. Alle artiklene er frittstående, men artikkel I ligger til en viss grad til grunn for artikkel II og III. Artiklene I- III baserer seg på data fra tilnærmet felles informanter (ansatte i kommunen), mens artikkel IV har andre informanter (tjenestemottakere og pårørende). Rekkefølgen av tekstene er ikke tilfeldig valgt. Artikkel I beskriver bakgrunnen for at kommunen valgte å etablere hverdagsrehabilitering, og presenterer hverdagsrehabilitering som en innovasjon. Implementering er når en innovasjon etableres i praksis. Artikkel II gjør rede for hvordan denne etableringsprosessen har funnet sted. Artikkel I avsluttes med en undring over hvor lenge kompliserte nettverk (som ble identifisert i studie I) kan forbli stabile. Denne undringen føres videre i artikkel III og forhold som påvirker stabiliteten trekkes frem, spesielt rettet mot kostnad-nytte-vurderinger. Artikkel IV presenterer tjenestemottakernes og deres pårørendes perspektiv på hverdagsrehabilitering. Figur 1 illustrerer forholdet mellom de ulike artiklene og hvordan de alle gir et perspektiv på hverdagsrehabiliteringspraksis.

Figur 1 Forholdet mellom de ulike artiklene og hvordan de alle gir et perspektiv på hverdagsrehabiliteringspraksis.



Videre presenteres et sammendrag av resultatene i hver enkelt studie. En utfyllende presentasjon finnes i de respektive artiklene. Kapittelet avsluttes med å lage et samlet bilde av resultatene fra de ulike studiene.

3.1 Artikkel I: Hverdagsrehabilitering som innovasjon- økt oppmerksomhet om aktørers samspill

Denne studien ser på hverdagsrehabilitering fra et innovasjonsperspektiv og belyser bakgrunnen for at den aktuelle kommunen har valgt hverdagsrehabilitering som nytt tilbud til eldre, hjemmeboende innbyggere. Formålet med studien er å skape en forståelse av hva slags aktører og vurderinger som lå til grunn for initiering av hverdagsrehabilitering, med særskilt fokus på forhold som skapte et inntrykk av den tradisjonelle tjenesteorganiseringen burde endres. Beskrivelsen framviser betydningen av flere forhold tilknyttet initiering av hverdagsrehabilitering. De to forholdene som deltakerne særskilt trekker frem er kombinasjonen av faglige interesser (rehabiliteringsideologi) og utsikter til økonomisk gevinst. Hverdagsrehabilitering ble sett på som en arbeidsmodell som kunne forene disse interessene. Dette skapte entusiasme både hos ledere og utøvere av rehabiliteringen. En presset økonomisk nåsituasjon og en bekymring om manglende framtidig økonomisk bæreevne til dagens eksisterende velferdsmodell, var en viktig bakgrunn for behovet for endringer. En forventet økning av antall eldre i befolkningen uten tilsvarende økning i økonomiske ressurser til kommunene, og økende forventninger om hvilke velferdstjenester det offentlige skal yte, rokker derfor ved troen på bæreevnen til den tradisjonelle velferdsmodellen som velferdsstaten er bygd opp på. Denne bekymringen for fremtiden er bredt forankret nasjonalt og internasjonalt. Ulike objekter har spilt en nøkkelrolle ved å modifisere tjenesteproduksjonen og dermed oversette de eldres behov og hverdagssituasjon til muligheter fremfor problemer. Dette representerer et komplisert nettverk av menneskelige aktører og objekter, og rehabiliteringen er avhengig av et tett og velfungerende samspill mellom disse aktørene. Det er imidlertid usikkerhet forbundet med hvor lenge slike kompliserte nettverk vil forbli stabile. Denne studien utvider forståelsen av hvorfor innovasjoner oppstår i offentlig sektor.

3.2 Artikkel II: Å skreddersy hverdagsrehabilitering: en grounded theory studie om å etablere hverdagsrehabilitering i en norsk kommune

Tailoring reablement: a grounded theory study of establishing reablement in a community setting in Norway

Denne studien har som målsetting å skape teori på bakgrunn av data som forteller hva de ansatte i kommunen gjør for å etablere hverdagsrehabilitering. Til tross for at de ansatte i kommunen følger alle tilgjengelige råd og anbefalinger for å etablere hverdagsrehabilitering, møter de på flere barrierer. Disse barrierene er identifisert som etablerte vaner i måten å yte helsetjenester på, en manglende kunnskap om fordelene med aktiviteter i høy alder og organisatoriske barrierer. Teorien om å skreddersy hverdagsrehabilitering forklarer hvordan deltakerne i studien har gått frem for å overvinne disse barrierene. Skredder-syng er en prosess som har utviklet seg over tid. Teorien forklarer hvordan deltakerne har gått gjennom tre ulike faser for å etablere tjenesten. Den første fasen var å kopiere en «ferdig» hverdagsrehabiliteringsmodell, Fredericia-modellen. Etter hvert så deltakerne at de måtte tilpasse tjenesten til sine spesifikke lokale forhold, og neste fase ble derfor tilpasningsfasen. Å tilpasse hverdagsrehabilitering er å utvikle en tjeneste som er tilpasset de lokale demografiske og geografiske forhold, samt de tilgjengelige ressurser. Den siste fasen er etableringsfasen. Her har deltakerne skapt en tjeneste som er integrert helse- og omsorgstjenesten og som utfyller de andre tjenestene. Hver av disse fasene (omtalt som sub-kategorier) har tilhørende strategier. Studien viser at hverdagsrehabilitering ikke kan etableres isolert fra andre eksisterende tjenester. Etableringen av en ny tjeneste i et komplekst velferdssystem påvirkes av flere aktører, og disse må involveres for å skape

gode samhandlinger. Å endre vaner, samarbeid, å skape ny kunnskap om rehabilitering av eldre og filtrering er aktuelle strategier. Å skreddersy hverdagsrehabilitering krever fleksibilitet og profesjonell autonomi, noe som kan være utfordrende i en stringent og kompleks helse- og omsorgstjeneste. En slik etableringsprosess har tidligere ikke vært presentert i hverdagsrehabiliteringslitteraturen. Studien gir derfor et bidrag til den eksisterende kunnskapen om hverdagsrehabilitering i praksis.

3.3 Artikkel III: Søkene etter varighet mens hverdagsrehabilitering etableres – kostnad- nytte vurderinger som talisman og trussel

The quest for durability while establishing a rehabilitation service—cost benefit calculations as talisman and threat

Denne studien belyser hverdagsrehabilitering fra et kostnad-nytte perspektiv. Studien har fulgt kommunens ansatte og beskriver hvordan kostnad-nyttevurderingen av hverdagsrehabiliteringen har gått gjennom ulike faser i en praksis-nær setting. Kommunen benytter en enkel modell for å evaluere intervensjonen. De bruker differensen på antall timer hjemmetjeneste før og etter hverdagsrehabilitering som mål på resultatet. Andre faktorer blir marginalisert til tross for at noen underveis stiller spørsmålstegn ved om det er mulig å løse en kompleks helsetjenestes utfordringer på en slik rask og effektiv måte. I løpet av prosessen med å vurdere kostnader og nytte kommer det frem kontroverser over kompleksitet i praksis og beregningsmodell, varighet av effekten, utforming av tjenesten, tallenes troverdighet og representasjon og hensikten med disse tallene.

Studien gir bidrag til kostnad-nytte litteraturen ved å vise at en slik prosess ikke nødvendigvis er lineær. Denne studien viser at vurderingene stadig endrer seg etter hvert som nye kontroverser oppstår. Dette viser også at kommunen har en prosess-tankegang til vurderingene, ulikt den tradisjonelle investeringstankegangen. Prosessen viser seg å bli nokså teknisk. Ved å følge en enkel modell for vurdering, blir oppmerksomheten styrt vekk fra andre faktorer og aktører slik som for eksempel det sosiale liv eller været. Alle aktørene i den enkeltes liv viser seg å være viktige for å opprettholde en viss varighet av rehabiliteringseffekten. Rehabiliteringen og vurderinger

av effekten viser seg derfor å være mer kompleks enn først antatt. Kostnad-nyttevurderingen ble i starten av prosessen en talisman for tjenesten, men kontroverser og stadige endringer har skapt frustrasjoner. Etter hvert blir tallene til en trussel, og til sist ender det opp med at kostnad-nyttevurderingene blir avsluttet og ikke lenger er en aktør i rehabiliteringen.

3.4 Artikkel IV: Optimalisere kapasiteter – et tjenestemottaker og pårørende perspektiv på hverdagsrehabilitering

Optimising Capacity – a service user and caregiver perspective on reablement

Denne studien har til hensikt å en skape teori basert på tjenestemottakere og deres pårørendes erfaringer med å motta hverdagsrehabilitering. Teorien om å optimalisere kapasiteter forklarer hvordan en hverdagsrehabiliteringsprosess kan føre til bedre helse for de eldre, gitt visse forutsetninger. Her er ikke fokuset på helse som en kroppslig eller mental tilstand, men som et forhold mellom personens mål, livsbetingelser og handleferdigheter. Helse er derfor ikke statisk, men endrer seg etter hvert som mål, livsbetingelser og handleferdigheter endrer seg. Fra dette perspektivet identifiserer studien ulike forutsetninger for hverdagsrehabilitering. Den første er at helsepersonell har fokus på personens egne målsettinger. Profesjonsutøverne må ha en etisk årvåkenhet og sensitivitet i forhold til personens livshistorie. Den andre forutsetningen er at personen det gjelder har en forståelse for målsetting og metodene for hverdagsrehabilitering, og opplever disse som meningsfulle. Det er derfor viktig at tjenestemottakerne og deres pårørende ser sammenhengen mellom målsettinger, intervensjoner og aktiviteter. Den tredje forutsetningen er kunnskap om fordelene med å være aktiv i høy alder. Til sist løfter denne studien frem betydningen av sosial støtte. Støtte fra andre kan utgjøre en stor forskjell når det gjelder resultatet og vedlikeholdet av hverdagsrehabilitering. Det er derfor viktig med dialog mellom de eldre, deres pårørende og profesjonsutøverne. Deltakerne i studien løfter frem betydningen av fokus på hele livssituasjonen, ikke bare et bestemt funksjonstap. Fokus på kosthold, medisiner, sosiale behov og støtte inngår derfor i en helhetlig tilnærming.

3.5 Et samlet bilde av resultatene

Hensikten med avhandlingen er å gi et kunnskapsbidrag om hverdagsrehabilitering i praksis. I denne delen skal jeg vise hvordan resultatene fra de fire studiene kan bindes sammen til en helhetlig studie om hverdagsrehabilitering og diskutere studiens bidrag til hverdagsrehabiliteringslitteraturen. De ulike studiene I-IV belyser alle hverdagsrehabilitering fra ulike perspektiver og gir ulike teoretiske bidrag. Hensikten med dette var å få frem ulike dimensjoner av hverdagsrehabilitering i praksis. De ulike dimensjonene kan frembringe paradokser som kan gi grunnlag for videre refleksjon (jampfør kapittel1). Studien har avdekket at det ligger ulike interesser til grunn for hverdagsrehabilitering. Dette ble spesielt synliggjort i studie I som viser at bakgrunnen for å etablere hverdagsrehabilitering nettopp er ulike interesser. Mest fremtredende er et ønske om å tilby en bedre tjeneste til de eldre innbyggerne i kommunen og et ønske om å skape en bedre kommuneøkonomi. Hverdagsrehabilitering blir sett på som en mulighet til å forene disse interessene (I). De tre neste studiene II, III og IV avdekker alle hverdagsrehabiliteringens kompleksitet, og viser hvordan denne kompleksiteten påvirker etableringsprosessen, kostnad-nyttevurderingen og mottakernes erfaringer av hverdagsrehabilitering. Ved å studere kompleksiteten har jeg sett hvordan de identifiserte interessene kommer i konflikt i praksis. Disse interessekonfliktene synliggjøres med spenninger mellom profesjoner, normer, verdier, hverdagsliv og instrumentelle intervensjoner. Spenningsene viser seg i praksis gjennom kommunikasjonsvansker, barrierer, kontroverser og ustabilitet. Et samlet bilde av resultatene viser derfor at deler av hverdagsrehabiliteringens kompleksitet er å finne i en eksisterende konflikt mellom ulike interesser.

4. DISKUSJON

De identifiserte interessekonfliktene vil være utgangspunktet for den videre diskusjonen i avhandlingen. For å velge ut relevant teori til å belyse disse interessekonfliktene søkte jeg i litteratur om profesjoner fordi profesjonspraksis er sammenbindende for alle fire studiene. Jeg fant deretter ut at teori om profesjonsmoral kunne utvide forståelsene av disse interessekonfliktene. Dette ligger tett opp mot GT-tradisjonen med en teoretisk utvelgelse (sampling) som gjennomføres i siste del av studien. Avhandlingen har derfor ikke en egen teoridel. Det er flere andre elementer som kunne vært diskutert. Ved å velge nettopp dette har jeg derfor valgt vekk noe annet. Elementer som er valgt vekk er for eksempel en nærmere utdyping av innovasjoner i offentlig sektor, eller hvordan det utviklede begrepet «skreddersyng» forholder seg til translasjonsbegrepet. Jeg kunne også diskutert motsetninger og spenninger i lys av «performance accountability» ved evidensbasering eller «New Public Management», eller jeg kunne sammenliknet andre helsebegreper med det åpne helsebegrepet som ble integrert i studie IV.

Profesjonsmoral som teoretisk rammeverk ble valgt fordi det kan hjelpe til med å utvide forståelsen for interessekonfliktene i praksis, og samtidig bidra til at jeg kan diskutere problemene uten å gjøre dem større. De identifiserte konfliktene i hverdagsrehabilitering kan skape dikotomier mellom «gode» og «dårlige» verdier, eller mellom de som tenker på penger og de som tenker på enkeltindivider. Ved å undersøke de underliggende profesjonsnormer kan jeg søke å forstå, heller enn å splitte hverdagsrehabilitering i praksis ytterligere. Videre følger en kort innføring i teori om profesjonsetikkens grunnlag før jeg bruker denne teorien til å belyse studiens resultater. Ethiske perspektiver på hverdagsrehabilitering har i liten grad vært diskutert i

litteraturen. Haarr (2013) har skrevet en fagartikkel om etiske dilemmaer i hverdagsrehabilitering. Hun løfter her frem noen etiske dilemmaer, og skriver at hensikten med artikkelen er å inspirere til diskusjoner, og innføre etisk refleksjon som standard i tjenesten. Foruten denne artikkelen har jeg funnet få andre tekster som diskuterer hverdagsrehabilitering og etikk. Denne avhandlingen vil derfor også gi et bidrag til refleksjoner om hverdagsrehabilitering i praksis fra et profesjonsmorsk perspektiv.

4.1 Profesjonsmoral

Flere definisjoner av profesjoner inkluderer at profesjoner har en egen profesjonsmorsk kodeks. Profesjonsmoral inkluderer de normer og verdier som styrer profesjonelles adferd og organisering. Etikk kan forstås som en refleksjon over slike normer og verdier ¹ (Grimen, 2010, s.144). Profesjonsmoral vil være handlingsregulerende i et felt der det gis rom for skjønnsutøvelse (Eide, 2008, s.31).

Den teoretiske rammen for diskusjonskapittelet tar utgangspunkt i en tidligere diskusjon mellom sykepleieren og etikeren Per Nortvedt og den nå avdøde filosofen Harald Grimen. Deres diskusjon fant sted i 2005 på nettstedet til Senter for profesjonsstudier ved daværende Høgskolen i Oslo. I Grimens artikkel «Profesjon og profesjonsmoral» skriver han at grunnlaget for all profesjonsetikk er politisk, og at profesjonsetikken springer ut av profesjonens spesielle samfunnsoppdrag. Uten et legitimt samfunnsoppdrag finnes derfor ingen profesjonsetikk: «Av og til må etikk bygge på politikk, og ikke omvendt. Profesjonsetikk er eit døme på dette», skriver Grimen

¹ Rent språklig betyr etikk og moral det samme, men etikk benyttes ofte som et mer teoretisk begrep

(2006, s. 13). Grimens uttalelser tilhører en samfunnsvitenskapelig definisjon av profesjon som legger vekt på at profesjoner er sosiale sammenslutninger, med et mandat og oppdrag fra samfunnet (Grimen, 2010, s. 144-148).

Grimens utspill fremstod som et angrep på nærhetsetikken som de senere år har hatt stor betydning i moralfilosofien generelt og ikke minst i ulike profesjonsetikker (blant annet sykepleieetikken). Nærhetsetikken er ingen enhetlig teori, men en komplisert og dyp filosofisk posisjon inspirert av tenkere som blant annet Levinas, Løgstrup, Bauman og Vetlesen (Nortvedt & Nordhaug, 2007, s. 156). Det er uklart hvor grensene for nærhetsetikken stanser. Mens noen setter fokus på appellen fra «den Andres ansikt», vil andre si at man innenfor nærhetsetikk også har ansvar for «de vi ikke ser» (Nortvedt, 1996, s.149-157). Nortvedt og Nordhaug (2007) skriver i sin artikkel om nærhetsetikk at rettferdighet, politikk og økonomi bør vike for å prioritere den enkelte mottaker av helsetjenester (s. 160). Nortvedt (1996) skriver også at dersom den konkrete forpliktelsen som kommer ut av et møte med den andre ikke har moralske konsekvenser, kan resultatet paradoksalt nok føre til en fremmedgjort og umenneskelig etikk (s.155). En fordyping i nærhetsetikk vil være utenfor denne avhandlingen, men utgangspunktet for den nærhetsetiske retningen er her den relasjonelle forutsetningen som sier at «våre liv er forviklet med hverandre» og i fordringen om å ta vare på den andre (Nortvedt, 1996, p. 143). Bak et slikt syn på profesjonsetikk ligger en forståelse av profesjoner som mennesker og samfunnsmedlemmer som utvikler normer for utøvelsen. Derfor vil profesjonsmoralen representere allmenmoralen som er et eksternt etisk perspektiv som mennesker kan enes om i en gitt kontekst (Eide, 2008, s. 44-45).

Grimen peker ut sine debattmotstandere i sitt innlegg. Han skriver at "nærhetsetikkar av den typen som Arne- Johan Vetlesen og hans og min makkar Per Nortvedt står for er av perifer interesse for å forstå grunnlaget for profesjonsetikk»

(Grimen, 2006, p. 2). Han legger til at slike etikkvarianter ikke nødvendigvis er uinteressante for profesjonsetikken, men at kilden for profesjonsetiske problemstillinger ligger et annet sted (i politikken).

Professor Nortvedt tar til motmæle mot Grimens artikkel. Nortvedt hevder at etikken har et forrang: «etikkens forrang bør etter mitt syn gjelde i enda sterkere grad for en profesjonsetikk» (s.3). Han skriver at Grimens påstand om det motsatte er problematisk (Nortvedt, 2005). Professor i etikk, Svein Aage Christoffersen deler dette synet. Han mener at Grimen overser noe vesentlig når han forankrer profesjonsmoralen i det politiske. Han skriver at makt er en funksjon av det politiske oppdraget, og at resultatet kan bli katastrofalt for pasienter og klienter dersom politikerne får det akkurat som de har bestilt. Han mener derfor at profesjonene må være en motkraft i samfunnet og tale pasientene og klientenes sak, og dersom det er mulig, beskytte dem mot politikernes og samfunnets bestillinger (Christoffersen, 2011, 35-40). Både Nordtvedt og Christoffersen mener at etikk oppstår i individers møter med hverandre. Da fordres det en sensibilitet, som blant annet inkluderer en evne til empati. Nortvedt (2005) mener Grimen er for ensidig, og fremmer selv et sammensatt syn på profesjonsetikk. «En profesjonsetikk står nettopp i spenningsfeltet mellom samfunnsmessige og politiske forpliktelser til fordel for et anonymt men rettighetsgitt fellesskap, og den konkrete klient, pasient eller sårbarhetssubjekt» (s.4). Profesjonsetikken er altså også, ifølge Nordtvedt, opptatt av individsentrerte og personlige forpliktelser. Da blir det allmenmoraliske grunnlaget viktig, med personlige karakteregenskaper og holdninger, dyder og empati. «Profesjonsetikk er et område som nettopp fordi det har både et politisk grunnlag og et grunnlag i relasjonelle forutsetninger, må stå på to ben» (s.6). Nordtvedt antar at Grimen og han selv kanskje ikke er uenige om akkurat dette, men at de er uenige om hvilket ben som er viktigst (Nortvedt, 2005, s.6).

4.1.1 På hvilken måte berører debatten om profesjonsmoral hverdagsrehabilitering?

I denne studien avdekkes flere spenninger når det gjelder hverdagsrehabilitering i praksis. For å kunne forstå disse spenningene tror jeg nettopp denne diskusjonen kan hjelpe. Dersom disse spenningene kan forstås som konflikter i profesjonenes moral, blir de pågående diskusjoner, kontroverser og kommunikasjonsproblemer mer forståelig. Avhandlingen vil ikke ha som formål å statuere hvilket ben profesjonsmoralen skal vektlegge tyngst, jamfør (Nortvedt, 2005, s.6), men vil søke å fremvise hvordan disse to moralske retningene kommer til uttrykk som spenninger i profesjonspraksis. Retningene innehar ulike etiske forutsetninger som påvirker profesjonsmoralen. De kan derfor hjelpe oss til å utvide forståelsen om hva som foregår i praksis. I det videre vil jeg utdype hverdagsrehabilitering som et samfunnsoppdrag og hverdagsrehabilitering som et møte med enkeltmennesket.

Hverdagsrehabilitering som et samfunnsoppdrag

Har hverdagsrehabilitering et samfunnsoppdrag? Ja, vil deltakerne i studien svare. Ved å redusere utgiftene til hjemmetjenesten vil det frigis ressurser til andre: «Jeg tenker jo at når man setter inn hverdagsrehabilitering, så blir den tjenesten de eldre har hatt tidligere overflødig. Det er jo klart at det er penger å spare på det» (Tildelingskontor)². Hverdagsrehabilitering handler derfor om å støtte innbyggere til å klare seg selv og dermed utsette behovet for kommunale tjenester. På denne måten er intensjonen å frigis ressurser til de som trenger det mer. Dette er hverdagsrehabilite-

² Koder for informanter i sammenbindingen følger oversikten fra artikkel III, oversatt til norsk.

ringens samfunnsoppdrag. Oppdraget har bred politisk forankring, både lokalt og sentralt (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012-2013, s.86-88; Helse- og omsorgsdepartementet, 2011, s.51-52). Profesjonsutøverne i studien viser gjennom samtaler og handlinger at de tar dette samfunnsoppdraget på alvor og de kjemper for å gjøre den kommunale helsetjenesten bærekraftig: «Jeg tror hverdagsrehabilitering representerer noe bærekraftig for fremtiden» (Økonom 1). Det forventes et økt press på tjenestene fremover, og dersom de økonomiske ressursene ikke øker tilsvarende blir fremtiden usikker (I). Ifølge Grimen oppstår den moralske praksis når profesjonene tar dette samfunnsoppdraget på alvor.

Denne studien handler også om at profesjonsutøverne i hverdagsrehabilitering har et press på seg fra kommunen til å innfri dette oppdraget. Dersom det viser seg at hverdagsrehabilitering ikke er samfunnsnyttig, står tjenesten i fare for å bli lagt ned (III) (i likhet med alle kommunale tjenester som ikke er lovpålagte). Derfor har profesjonsutøverne også en egeninteresse i å vise samfunnsnyttigen av hverdagsrehabilitering, nemlig å bevare sin egen arbeidsplass.

For å (be)vise denne samfunnsnyttigen ble det etablert en modell for kostnad-nyttieberegning. Studie III fremviser kontroverser som oppstår i relasjon til disse beregningene og hvordan disse kontroversene påvirker utformingen av praksis. Spenninger i profesjonsmoralen viser seg derfor tydelig når det gjelder økonomi. Håndteringen av økonomiske aspekter ved denne praksisen er preget av ulike strategier (III), men en overordnet strategi for å håndtere en todelt profesjonsmoral er å snakke med to ulike stemmer. En representant fra den aktuelle kommunen sa under et innlegg ved en konferanse om hverdagsrehabilitering: «Hverdagsrehabilitering må ikke snakke om penger – bare til politikere, ikke til drift. Da får du ikke til noen ting». En leder i kommunen sa under et intervju «Økonomi er ikke motiverende for folk. Snakker du om penger, får du folk i vrangstrupen» (leder 3). Det viser seg derfor at kommunen fra tidlig av har etablert en strategi for å håndtere ulike krav. De snakker om

økonomi og samfunnsoppdrag til politikere og administrasjonen, mens i samtaler med helsepersonell og mottakere veier de nærhetsetiske verdiene tyngst.

Likevel er den økonomisk innsparingen sentral i hverdagsrehabilitering, motivert av å skape en bærekraftig helsetjeneste. Erfaringer fra denne studien er at mange aktører har meninger og oppfatninger om hverdagsrehabilitering og kommuneøkonomi. Dette fører til misforståelser profesjonene imellom og kommunikasjonsproblemer knyttet til tallene og beregningene. For eksempel deler profesjonsutøverne i hverdagsrehabilitering og økonomi tilsynelatende syn på hva hverdagsrehabilitering er og hvordan tjenesten evalueres med tall (økonomi). Likevel viser det seg i flere anledninger at de har ulik oppfatning av hva tallene skal representere: «Det er helt håpløst. De som jobber med helse og omsorg kan overhodet ingenting om tall» (Økonom 2). I et møte angående beregningsmodellen diskuterer helsefaglige profesjoner: «Vi har fått presentert noen tall som vi ikke kjenner oss igjen i. De gav oss hakeslepp. Det er viktig at vi får registrert de rette tallene. Fra politisk hold er det tall som etterspørres» (leder 4). Utøverne av hverdagsrehabilitering føler også at økonomene ikke forstår hva som ligger bak tallene: «De forstår ikke hva vi gjør, alt er bare økonomi» (hjemmetrener 1). Også mellom hverdagsrehabilitering og hjemmetjenesten oppstår ulike oppfatninger knyttet til økonomi. En ansatt i hverdagsrehabilitering sier: «Skal vi [kommunen] spare penger må de jobbe på en annen måte i hjemmetjenesten» (ergoterapeut 2). Mens en representant fra hjemmetjenesten sier: «Kommunen bruker mye ressurser på hverdagsrehabilitering. De sparer sikkert mye, men det koster vel mye å drifte dem også» (intervju med pårørende som også jobber i hjemmetjenesten). På flere måter skaper kontroverser rundt kommunens økonomi avstander mellom profesjonene, og som artikkel III viser ender det med at hverdagsrehabilitering velger å avslutte kostnad-nytte beregningene. Dette er eksempler på hvordan vurdering rundt økonomi skaper spenninger i praksis som profesjonsmoralen kan hjelpe oss til å forstå.

Profesjonene har ulike ansvarsområder. Økonomenes ansvar er å legge til rette for og bidra til vurderinger av hverdagsrehabilitering. Deres moral vil derfor i stor grad være styrt av politikk og samfunnsoppdrag, ikke enkeltpersoners nytte av hverdagsrehabilitering. Statistikk ble opprinnelig brukt for å si noe om politikk og statsforhold, og bygger på at sosiale fenomener er så stabile at en kvantitativ beskrivelse er meningsfull. Dermed har statistikken nettopp til formål å si noe om situasjonen for mange, ikke enkeltenheter (Ringdal, 2013). For profesjonsutøverne i hverdagsrehabilitering som møter enkeltmennesker, vil betydningen av møtet med den enkelte i de fleste tilfeller overskygge statistikken. Samtidig blir de stadig påminnet tallenes betydning med krav om å registrere tall-data. Dermed handler studien om hvordan profesjonene dras mellom interessene for å fremvise samfunnsnyttene, og å tale enkeltindividenes sak. Dette er krevende, og studie III viser hvordan det til slutt ble for krevende å håndtere. En helsefaglig profesjonsutøver vil ikke nødvendigvis ha forutsetninger for å forstå tall og statistikk, mens en økonom vil ikke ha forutsetninger for å forstå i detaljer hva en rehabiliteringspraksis innebærer. Derfor er det ikke opplagt for alle at spørsmål om penger kan handle om samfunnsoppdraget, eller at detaljer i praksis handler om nærhetsetiske vurderinger. Når profesjonene ikke snakker sammen om dette kan det oppstå misforståelser og kommunikasjonsproblemer.

Hverdagsrehabilitering som en tjeneste for enkeltmennesket

På den andre siden handler denne studien om å etablere hverdagsrehabilitering for å skape en kvalitativt bedre helsetjeneste for den enkelte innbygger. Dette innebærer en tjeneste tilpasset den enkeltes livssituasjon og behov, og møtet mellom profesjon og mottaker starter med spørsmålet «hva er viktig for deg?» Hensikten med dette er å ta utgangspunkt i det som gir mening for og som motiverer hver enkelt i rehabiliteringsprosessen (Tuntland & Ness, 2014, s.38). Hverdagsrehabiliteringens utøvere har

dermed som målsetting å skape en ny, individrettet rehabiliteringstjeneste som skal være et supplement til de eksisterende kommunale tjenestene. Dette skal gjøres på en måte som kan ansees som faglig forsvarlig og etisk riktig av fagpersonen så vel som av mottakeren. I motsetning til samfunnsoppdraget, oppstår den etiske praksis her i det konkrete møtet mellom profesjonsutøver og mottaker. Nærhetsetikken sier nettopp at etikken oppstår i møtet mellom mennesker, og den mellommenneskelige relasjonen er etikkens utgangspunkt (Vetlesen, 1996, s.8).

Likevel markerer også hverdagsrehabilitering en distanse til tradisjonelle nærhetsetiske verdier som ofte er representert gjennom omsorg. Kommunens beregningsmodell er laget for å kunne måle samfunnsnyttien av hverdagsrehabilitering. I presentasjoner av hverdagsrehabilitering blir det imidlertid poengtert at å klare seg uten hjemmetjenester også vil være nyttig for enkeltindivider (på grunn av økt selvstendighet). Derfor brukes argumenter som frihet og uavhengighet for å fremme hverdagsrehabilitering. Dette er idealer som preger vår samtid (Borge, 2006, s.41). Selvstendighet og uavhengighet er viktige mål for hverdagsrehabilitering (Aspinal et al., 2016), og mye av motivasjonsarbeidet til profesjonene ligger nettopp i å bruke uavhengighet som livsmål for å motivere de eldre til å klare seg selv. Til tross for at hverdagsrehabilitering står for en individsentrert tilnærming, skapes det derfor likevel en distanse til nærhetsetikken. Nærhetsetikken har vært representert gjennom allmenmoralen med omsorg som hverdagsrehabilitering nettopp markerer en avstand fra (jamfør kapittel 1). Dette kan være fordi omsorg ligger tett opp mot ideen om å være avhengig av andre (Vetlesen, 2001, s.28). Vetlesen (2001, s.27) skriver likevel at omsorg er livsunderstøttende livet gjennom. Romsland et al. (2015, s.39-40) er enig i dette og skriver at tjenestemottakere må motiveres til å styrke egenomsorg, samtidig som de trenger empati og forståelse på dager som er tyngre enn andre. Regjeringens verdighetsgaranti sier også at omsorg skal bidra til rehabilitering (Helse- og

omsorgsdepartementet, 2010, §3). Erfaringer fra denne studien er at aktørene er omsorgsfulle, og skillet mellom omsorg og rehabilitering er kanskje mer et slagord enn et reelt innhold i praksis. Dette skillet ble kanskje også skapt fordi flere hadde en forståelse av omsorg som et pasifiserende begrep. Mitt inntrykk er at dette gradvis har endret seg. Dette viser seg i praksisen, men også gjennom språket. Retorikken har endret seg fra å i størst mulig grad omhandle samfunnsmessige gevinster, til å omhandle nytten for enkeltindivider. Dette har skjedd gradvis, fra en tilpasning av situasjoner til en mer gjennomgående retorikk. De nærhetsetiske verdier har nok i stor grad også blitt integrert i profesjonsutøveren etter at det ble besluttet å avslutte kostnad-nytte beregninger.

Forholdet mellom selvstendighet og nytten for den enkelte blir satt på prøve i denne studien. Et oppfølgingsintervju seks måneder etter hverdagsrehabilitering med en eldre dame, viser at å klare seg selv ikke nødvendigvis fører til en bedre livssituasjon:

Jeg har ikke noe hjelp fra kommunen. Jeg prøver å klare meg selv så lenge som mulig. Jeg støvsuger med rullator og tørker støv. Jeg gjorde øvelsene en stund etter rehabiliteringen. Jeg prøver så godt jeg kan, men musklene i begge lårene låser seg. Nå bryr jeg meg ikke om det mer, det er det ingen vits i. Det gikk veldig bra i den tiden. Det var koselig, men noe har skjedd etterpå. Nå klarer ikke kroppen mer. Jeg er glad for hver dag jeg kommer meg opp, men nå er jeg utslitt og klarer ikke mer. Jeg har sagt til alle at de får ordne med sitt liv, jeg ordner med mitt. Jeg har mer enn nok.

Sitatet kan representere flere av historiene jeg fikk høre fra tiden etter hverdagsrehabilitering, og viser hvordan en situasjon kan endre seg etter hverdagsrehabilitering. Sitatet viser viktigheten av å stabilisere effekten av rehabiliteringstiltakene, men det viser også at det ikke nødvendigvis er en sammenheng mellom å klare seg selv og erfare en god helse. Dette eksempelet viser også vanskelighetene med en todelt profesjonsmoral. Samfunnsoppdraget er utført for hverdagsrehabilitering. De har sørget for at en dame ikke lengre trenger hjemmetjeneste, og ressurser kan brukes på andre som trenger det mer. Denne damen erfarer likevel ikke å ha et bedre liv 6 måneder etter hverdagsrehabilitering. Hun hadde det fint i den tiden rehabiliteringen pågikk, men etterpå «skjedde det noe». På bakgrunn av dette eksempelet kan det være nærliggende å stille spørsmålet; er hverdagsrehabilitering «målet i seg selv», eller et middel for andre formål?

Er hverdagsrehabilitering målet i seg selv, eller et middel for andre formål?

Grimen (2010, s.147) skriver at profesjonsmoraliske normer og verdier er heteroteliske. Det betyr at de er normer i bestemte andre verdier sin tjeneste. Målet for en intervensjon som hverdagsrehabilitering, kan derfor være utenfor handlingen i seg selv (å skape en bærekraftig helsetjeneste). Det motsatte av heterotelisk kaller Grimen for autotelisk. Det er å handle i tråd med normen som et mål i seg selv, ikke som et middel for andre formål. Her vil et godt møte og en god rehabilitering være målet i seg selv, ikke nødvendigvis et middel for å innfri et større samfunnsoppdrag (som for eksempel å spare penger).

På bakgrunn av mottakernes historier fra praksis oppsummerer jeg artikkel IV med at det er viktig at de eldre er informert om og forstår hensikten med hverdagsrehabilitering og formålet med intervensjonene. Dette er fordi håndteringen av de empiriske data viser at mottakerne og profesjonsutøverne i noen tilfeller har ulike

utgangspunkt for tjenesten. Studiens resultater viser at mottakerne av hverdagsrehabilitering er begeistret og de pårørende opplever at personen som mottar hverdagsrehabilitering får en ny livsgnist (IV). Det viser seg likevel utfordrende å stabilisere resultatene slik at de varer en stund etter avslutning av hverdagsrehabilitering (III og IV). Innenfor en profesjonsmoralsk ramme kan en derfor tenke at mottakerne av hverdagsrehabilitering anser tjenestens aktiviteter for å være målet i seg selv, mens for profesjonsutøverne er hverdagsrehabilitering i tillegg et middel for å utføre et samfunnsoppdrag, samt å beholde sin egen arbeidsplass. Jeg er usikker på om dette er problematisk, men jeg tror at en åpenhet rundt begge verdigrunnlagene kan være mer formålstjenelig enn å ha en «skjult agenda» for hva som motiverer profesjonsutøverne.

Studien viser at dette ikke alltid er tilfelle. Dette blir spesielt synliggjort i saker der den eldres mål for rehabiliteringen ikke stemmer overens med kommunens målsettinger. Her kan profesjonsutøverne komme i situasjoner som løses med å «snike inn» nye målsettinger. For eksempel, dersom en person har som mål å klare å gå på kafé, kan profesjonsutøverne i hverdagsrehabilitering si: «hvis du skal på kafé, må du jo klare å dusje først». Da blir å dusje selv et del-mål for å klare hovedmålet som er å gå på kafé. Slike situasjoner kan være problematisk, i hvert fall når det gjelder motivasjon og varighet av resultatene, men også fordi noen eldre kan føle seg presset til å gjøre aktiviteter. En åpen agenda for intervensjoner gir mottakerne økte muligheter til å ta beslutninger og være delaktige i utformingen av egne mål for hverdagsrehabilitering. En åpenhet gir også de mottakere av tjenester en mulighet til å korrigere profesjonsutøverne dersom de går utenfor de målsettinger som de har blitt enige om. Er det moralsk problematisk å «snike inn» målsettinger? Skjervheim (2002, s.54) sier at når mennesket ikke er godt, skjer det ikke på grunn av moralsk svikt, men på grunn av samfunnet og oppdragelsen. Han skriver derfor at det er nytteløst å diskutere dette

som et moralsk problem, vi må heller reformere samfunnet. Kanskje «sniker» hverdagsrehabilitering inn nye målsettinger for å berge samfunnsoppdraget? Betyr dette at samfunnsoppdraget er for stort for hverdagsrehabilitering? Studien viser hvordan profesjonsutøverne opplever presset for stort: «hverdagsrehabilitering alene kan ikke redde kommunen, mer må til» (ergoterapeut 2).

4.1.2 Kan vi finne en balanse, og hva må til?

Dersom det er slik som Nordtvedt sier, at profesjonsmoralen innehar både et politisk og et relasjonelt grunnlag, og dermed må stå på to bein, skulle en kanskje tro at det skulle være enkelt å balansere praksis og stå stødig i endringsprosesser. Likevel viser studien at verdikonflikter trer frem. I hverdagsrehabilitering har disse konfliktene spesielt kommet frem gjennom kommunikasjonsvansker, kontroverser og barrierer. Disse har vært mest synlig mellom hverdagsrehabiliteringsteamet og økonomer, og mellom hverdagsrehabiliteringsteamet og hjemmetjenesten. Studien viser derfor at det er krevende å balansere mellom ulike moralske grunnlag.

Individuell behandling, individuelle forløp og en skreddersydd tjeneste vil stå i sentrum for helse- og sosialtjenester i fremtiden (Hopia & Hakala, 2016, s.13). Dette har endret seg de siste tiårene. Mens man på 70-tallet skrev om samordning av tjenester for befolkningen som helhet, snakket man på 80-tallet om tilpasning rettet mot spesifikke brukergrupper. Fra 90-tallet og utover endrer det seg til at tjenestene skal tilpasses enkeltindividet (Breimo & Sandvin, 2009, s. 183-191). Mottakere er ikke lengre fornøyde med standardiserte løsninger, men ønsker fleksibilitet og friere valg. Dette fører til at de profesjonelle skal levere tjenester som både er bedre og billigere (Greve, 2002, s.5). Kjerstad and Tuntland (2016) fant i sin studie at hverdagsrehabilitering er både bedre og litt billigere enn standard tjenester. Likevel opplever profesjonsutøverne i denne kommunen et krysspress mellom budsjett og faglig kvalitet:

«Krysspress mellom effektivitet og kvalitet er noe vi står i alle sammen. Vi må prøve å balansere og holde på kvaliteten» (ergoterapeut 2). Denne balansen er kanskje kjernen i hvordan profesjonsutøvere løser spenninger i praksis.

For noen profesjonsutøvere er det kanskje naturlig å la nærhetsetikken veie tyngst, slik jeg tror det er for flere sykepleiere og helsefagarbeidere (som er mest representert i hjemmetjenesten) på grunn av sykepleiernes yrkesetiske retningslinjer som i stor grad vektlegger omsorg for enkeltmennesket (Norsk Sykepleierforbund, 2016) og omsorg i sykepleie er nært knyttet til nærhetsetikk (Nortvedt, 1996, s.145). For profesjoner som arbeider mest med ikke-menneskelige aktører, som for eksempel økonomer, vil sannsynligvis samfunnsoppdraget i større grad styre profesjonsmoralen. Ved å distansere seg fra omsorg, og ta i bruk objekter som handlende aktører i rehabiliteringspraksisen (I og III) har hverdagsrehabiliterings profesjoner vist at de like mye står på benet av samfunnsoppdrag som nærhetsetikk. Profesjonsutøverne i hverdagsrehabilitering er alle helsefaglige profesjoner som vektlegger enkeltmennesket i sine etiske retningslinjer, men for disse profesjonsutøverne står noe mer på spill. De har tatt på seg et samfunnsoppdrag om å innføre et «paradigmeskifte» i den kommunale hjemmetjenesten (Kjellberg et al., 2011a, s.6). For profesjonsutøverne i hverdagsrehabilitering har mye stått på spill fordi de har forventninger om å utføre samfunnsoppdraget for å bestå som tjeneste. Utøverne har derfor en egeninteresse av å etablere hverdagsrehabilitering fordi de ønsker å bevare arbeidsplassen sin.

I starten vektla profesjonene «oppdraget» for å få tjenesten forankret politisk og administrativt. Etableringen ble derimot en lang og krevende prosess. Studie (II) viser tydelig hvordan deltakerne ikke bare jobber med strukturer for å integrere hverdagsrehabilitering i de eksisterende tjenestene, men også verdier og holdninger. Under utviklingen av begrepet skreddersying var ikke profesjonsmoral integrert, men i ettertid kan flere av barrierene forståes som verdikonflikter mellom nærhetsetikk og samfunnsoppdrag. Det kommer tydelig frem at hverdagsrehabilitering står på to bein

og bruker begge, men veksler mellom disse i ulike situasjoner og der det er mest hensiktsmessig. Det viser seg nødvendig å snakke med to stemmer, men også å «snakke samme språk» som samarbeidende aktører: «den beste måten å snakke med tjenesten på, det er å forholde oss til vedtakstimer per uke. Da har vi et felles mål» (Økonom 1). I forhold til mottakere av hverdagsrehabilitering ser profesjonsutøverne at det er mer hensiktsmessig å snakke om andre verdier:

Hvis vi går ut og sier til en bruker at du har vedtak på dette, men du kan klare det selv; da har vi pårørende på nakken med en gang. Det er mye lettere å gå inn og bruke motivasjonen. Vi kan si at etter min vurdering er det bra for deg om du gjør dette selv (ergoterapeut 1).

Skjønnnet må til for å finne en balanse

Det viktigste spørsmålet er dermed ikke om det er samfunnsoppdraget eller nærhetsetikken som skal ligge til grunn for profesjonsmoralen. Det er begge. Spenningen kommer derimot tydelig frem i praksis der profesjonene må ta stilling til hva som skal ha forrang og hvordan de skal balansere. Hvordan man kan skape denne balansen vil være et presserende spørsmål for profesjonsmoralen i den moderne helsetjenesten (Nortvedt & Nordhaug, 2007, s.160). Dette må profesjonsutøvere forholde seg til i sin daglige praksis. Denne moralske todelingen kan hjelpe oss til å snakke om spenningene, uten å gjøre konfliktene større. Nortvedt kritiserer Grimen for ikke å forankre profesjonsmoralen i etikk, bare i politikk (Nortvedt, 2005, s.3). Samfunnsoppdraget er likevel tett assosiert med det etiske prinsippet om rettferdighet (Haukelien, 2016, s.72). (Rettferdighet er ett av prinsippene i de fire prinsippers etikk (Beuchamp & Childress, 2001)). Da kan jeg si at begge «beinene» er forankret i verdier/etikk og

den konkrete situasjonen må avgjøre hva som er rett å gjøre. Ivaretagelse av relasjoner og møtet med den enkelte vil være en etisk drivkraft for mange helsearbeidere. Likevel har vi et samfunnsoppdrag om å ivareta ressurser på en forsvarlig måte. En slik todelt verdiforankring vil sette profesjonsutøveren under stort press, og det stilles krav til faglig skjønn. Det er kanskje her, i den konkrete vurderingen i hver enkelt situasjon, mulighetene men også utfordringene, for profesjonsutøverne ligger. I praksis handler kanskje profesjonsmoralen ikke mest om hva man gjør, men hvordan vi gjør det. Her vil også nettopp det særegne ved profesjonene vise seg i evnen til å utøve skjønn (Molander & Terum, 2010, s.20).

Hverdagsrehabilitering er et supplement til de eksisterende offentlige tjenestene, og har et potensiale til å være en dynamisk tjeneste uten for mange rammer og regler, med et mestringsperspektiv. Hverdagsrehabilitering handler nødvendigvis ikke om de store endringer, men små hverdagslige gjøremål kan være av stor betydning. For eksempel kan det å hente posten være en viktig aktivitet for den eldre. Da må personen skifte sko, ta på yttertøy og gå ut. Dette er trening for armer og ben, bevegelse og balanse. Samtidig kan det være at man treffer en nabo eller andre kjente som gir verdifull sosial kontakt og kognitiv stimulans. En annen viktig aktivitet kan være å tømme oppvaskmaskinen. Da trener personen balanse samt at den strekker rygg, ben og armer. Derfor ønsker hverdagsrehabilitering å etablere en praksis der hjelperne ikke tar med posten inn når de kommer, og ikke tømmer oppvaskmaskinen for den eldre. Dette krever en vurdering av hver enkelt situasjon. Hverdagsrehabilitering fordrer en sensibilitet og dugelighet hos profesjonsutøveren for å kunne gjøre overveielser i situasjoner. Profesjonsutøverens dugelighet gjør også at vi ikke trenger prosedyrer og regler for alt i en praksis. Man kan ikke uten videre bestemme at hverdagsrehabilitering aldri skal ta inn posten eller tømme en oppvaskmaskin. Den eldres dagsform og motivasjon vil være styrende for om profesjonsutøveren skal oppmuntre

til, eller gjøre for. Her er det en erfaringskunnskap som vil være avgjørende for hvordan praksis utformes. Dersom en person er svimmel, har feber eller av andre grunner ikke klarer å gå ut må profesjonsutøveren vurdere å gjøre for. I denne kommunen har hverdagsrehabiliteringens profesjoner rom for slike vurderinger, og dersom disse rammene for praksis bevares vil profesjonsutøverne ha gode muligheter til å utøve skjønn i ulike situasjoner. For å fremvise den profesjonelles dugelighet vil det derfor være viktig med en artikulering av hvilke intensjoner en har og hvorfor en handler som en gjør. Dersom praksisen blir satt ord på, kan utøveren også bli korrigert. Hverdagsrehabilitering kan bli beskyldt for å være en tjeneste som fratrukker de eldre tilbud, og da er det viktig med reflekterte faglige og moralske begrunnelser for de skjønnsmessige vurderinger.

4.2 Betraktninger rundt studiens metodologi

De konkrete metodologiske erfaringene fra studien er diskutert tidligere i kapittel 2. Denne delen utvider disse med diskusjoner og betraktninger sett fra et mer distansert perspektiv. Det overordnede forskningsspørsmålet åpnet for ulike måter å nærme seg forskningsfeltet på. Grounded theory og aktør-nettverksteori ble valgt som overordnede tilnærminger. Deltakende observasjon, intervjuer og dokumentgjennomgang har gitt et rikt og nyansert datamateriale.

Studiens overordnede forskningsspørsmål var «hva skjer når denne kommunen innfører hverdagsrehabilitering?». Dette spørsmålet kunne jeg stille fordi jeg kom tidlig inn i prosessen og hadde mulighet til å studere den over tid. Derfor kunne jeg observere langsgående prosesser. Dette ville vært vanskelig, og kanskje umulig å få et slikt rikt datamateriale dersom jeg bare hadde intervjuet personer og bedt dem om å forklare prosessen retrospektivt. Ved å kombinere ulike metoder for datainnsamling

har jeg derfor hatt både et her-og-nå og et retrospektivt perspektiv. Datainnsamlingen har pågått i tre år. I løpet av disse tre årene har det skjedd flere og til dels store endringer innenfor kommunens helse- og omsorgstjeneste. Flere parallelle prosesser har pågått for å endre både hjemmetjenestene og rehabiliteringstjenestene. Det har vært vanskelig å trekke en linje i forhold til hva som angår hverdagsrehabilitering og hva som angår andre helsetjenester fordi flere prosesser har vært parallelle og/eller innvevd i hverandre. Innføringen av hverdagsrehabiliteringen hadde derfor mer utflytende grenser enn hva jeg hadde sett for meg. Et eksempel på det kan være at kommunen arrangerte fagdager om hverdagsmestring for alle ansatte i kommunens helsetjenester. Dette ble tatt ut fra artikkel III fordi jeg vurderte at det ikke var en direkte respons av kontroverser i forhold til varighet av hverdagsrehabilitering, men i ettertid har jeg tenkt at det kanskje var det. Jeg tror nå at fagdagene var et tiltak for å gjøre overgang mellom hverdagsrehabilitering og hjemmetjenesten bedre, samtidig som man ønsket et økt mestringsfokus i alle kommunens helsetjenester.

4.2.1 Erfaringer fra feltarbeid og intervjuer, og interaksjonen mellom forsker og deltakere

Denne studien er som annen praksis-nær forskning gjennomført i «virkeligheten», ikke i et laboratorium. Dette gjør at jeg ikke har hatt oversikt over alle sammenvevde og parallelle prosesser. Jeg har heller ikke alltid vært tilstede. Dette gjør at denne studien ikke representerer et totalt bilde av etablering av hverdagsrehabilitering i denne kommunen, men empiri som er valgt ut, filtrert og tolket av meg.

Som følgeforsker i praksis har jeg alltid vært en gjest. Det betyr at jeg selv ikke har skapt en arena for forskningen i praksis. Deltakerne i studien har skapt gode arenaer for praksis, og de har satt dagsorden for innhold og rammer for møtene. Som forsker betyr det at jeg ikke har påvirket hva møtene skal handle om, og jeg har heller

ikke kommentert når de ansatte har mistet fokus på tema, eller brukt tid på saker som ikke stod på agendaen den dagen. Det betyr også at jeg har sett viktigheten av å investere mye tid sammen med deltakerne for å få tilgang til deres praksis. Unntakene er intervjusituasjoner. Her har jeg som forsker satt arenaen, rammene for møtet og jeg har styrt samtalen til å omhandle det som studien handler om.

For meg har arbeidet med avhandlingen også vært en personlig utvikling i retning av å bli forsker. Underveis i arbeidet har jeg utviklet erfaring og kunnskap om å gjøre forskning. Dette betyr at min interaksjon med deltakerne har endret seg underveis, ettersom vi har prøvd oss litt frem for å finne en form for samarbeid som kan fungere for alle. I starten av prosessen var jeg redd for å gjøre feil. Jeg var usikker på hva som var forventet av meg under feltarbeid, og jeg var redd for å gå utover det som var greit å gjøre som forsker. Det medførte nok at jeg var mer tilbakeholden, og redd for å involvere de ansatte i kommunen i forskningen enn hva jeg ville gjort om jeg hadde startet nå. Jeg ønsket brukerinvolvering i forskningen og har hatt en referansegruppe bestående av blant annet representant fra kommunens eldreråd og fagforening. Valget om å bruke begrepet «tjenestemottaker» i stedet for «bruker» er blant annet tatt etter anbefaling fra eldrerådets representant. Studien har også hatt en styringsgruppe bestående av blant annet prosjektleder og ledere i kommunens administrasjon. Styringsgruppen har hatt jevnlige møter underveis i studien der deltakere har fått oppdateringer fra forskningsprosessen. Dersom jeg hadde startet på nytt nå ville jeg i større grad ha etterstrebet inkludering og involvering av de ansatte i utformingen av studien og i analyser. Dette ville vært mer i tråd med praksis-nær forskning, og jeg tror at jeg i større grad ville ha oppdaget nye spørsmål og nye måter å finne svar på. Brukerinvolvering i forskning innenfor helse- og omsorgsforskning er forventet og fremhevet av norske myndigheter: «Når brukere inkluderes i hele forskningsprosessen, vil forskningen i større grad reflektere brukerens behov og synspunk-

ter, og med større sikkerhet gi ny kunnskap som kan komme til nytte i helse- og omsorgstjenesten (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012-2013, s.54-55). Det ventes en ny nasjonal veileder om brukerinvolvering i forskning fra de regionale helseforetakene 2017/2018. Det er likevel ikke så lett for en uerfaren forsker. Jeg tror brukerinvolvering gjennom hele forskningsprosessen er enklere for mer trygge og erfarne forskere. Dette er noe jeg vil ta med meg til senere prosjekter. Det kan likevel være at deltakerne i studien ville opplevd en mer aktiv deltakelse som en belastning. De har travle dager med mange arbeidsoppgaver, og de ville kanskje ha takket nei til å være mer involvert. Jeg har erfart at deltakerne har vært veldig spent på mine resultater. Selv om jeg har prøvd å oppsummere og komme med foreløpige analyser underveis, tror jeg likevel de har vært mer spent enn nødvendig. Av og til har jeg testet ut ideer og tanker i gruppen uten at de har vært klar over det. Dersom jeg hadde vært mer åpen om dette, hadde jeg kanskje spart deltakerne for usikkerhet rundt mine resultater.

Det har vært viktig for meg å bygge tillit slik at deltakerne i studien har vært trygge på at jeg ville ivareta det de fortalte meg. Det har jeg gjort ved å la notatblokken ligge åpent på bordet slik at de som ønsket kunne lese det jeg skrev. Jeg har forsøkt å svare ærlig på spørsmål om min forskning og deres praksis, og jeg har tilstrebet å opptre redelig. I konflikter har jeg vært bevisst på å ikke ta noens parti, men jeg har forsøkt å forstå hva dette handler om. Min opplevelse av tiden sammen med teamet er at de har hatt stor tillitt til meg som forsker. Jeg har blitt invitert med på møter der svært vanskelige saker har vært diskutert, jeg har vært tilstede når ansatte har grått av frustrasjon og rast i sinne. Jeg har også deltatt på fantastiske fine stunder med latter, hygge og stor glede. Slik har jeg fulgt teamet og enkeltpersoner i opp- og nedturen. Jeg har også blitt involvert i saker som bare noen i teamet har hatt kjennskap til. Det har av og til vært vanskelig å vite når jeg kan snakke åpent om saker, og når den informasjonen jeg har ikke er for alle. I slike situasjoner har jeg valgt å ikke si noe

for å være helt sikker på å ikke plumpe ut med noe. Memoskriving har hjulpet med til å bearbeide inntrykk fra feltarbeid og lære av egne erfaringer underveis. Et eksempel på memo fra 14.04.15 viser dette: *Det er egentlig ganske nyttig å sitte igjen litt etter møtene. Det er ofte da frustrasjoner og det folk egentlig er opptatt av kommer frem. Da kan også enkelte komme bort og si hva de mener, det som ikke blir sagt under møtet.*

Også i intervjusituasjoner har det vært en interaksjon mellom meg som forsker og deltaker(e) i studien, og også her har forskerrollen min utviklet seg over tid. Jeg var mer vag og utforskende i starten, men mer direkte og spørrende senere i prosessen. Intervjuene har startet med at jeg som forsker har stilt et åpent spørsmål (varierende etter hvem som har blitt intervjuet), og deltakeren (deltakerne) har fortalt om sine erfaringer. Vi har videre under intervjuene interagert overfor hverandre (Kvale & Brinkmann, 2015, s.114-131). Oppfølgingsspørsmål har blitt stilt på bakgrunn av de historier som har blitt formidlet, og på bakgrunn av studiens behov for å få belyst noen områder knyttet til forskningsspørsmål. Oppfølgingsspørsmål har også blitt til etter hva jeg som forsker har oppfattet som relevant og interessant. Randall, Prior og Skarborn (2006, s.393-394) viser med sin studie hvordan interaksjonen mellom intervjuer og deltaker varierer når det er ulike intervjuere. At jeg selv har gjennomført alle intervjuene, medfører en stabilitet/ rigor over tid. Under intervjuer har jeg erfart at deltakerne er godt forberedt og samstemte i uttalelser. Som forsker opplevde jeg først dette som frustrerende. Dette kan jeg illustrere med et memo fra februar 2014:

Jeg føler at jeg stamper mot en festtale-vegg. Vet ikke hvem jeg skulle snakket med for å få noen andre synspunkter på saken. Jeg tror jeg må la dette være et grunnlag, og la det ligge litt. Jeg må vente og se etter hvert hva som kommer frem i feltarbeid og samtaler med mottakere og pårørende for å få et mer helhetlig bilde. For hver person jeg snakker med kommer det jo litt nytt frem.

I etterkant har jeg sett at dette også handler om at kommunen har lykket med å skape et bredt engasjement og en gjennomgående strategi relatert til innføringen av hverdagsrehabilitering. Selv om det har vært frustrerende i perioder, har jeg også vært imponert over de ansattes samstemthet. Likevel, hadde det ikke vært for mange timer sammen med utøverne i teamet hadde jeg ikke kunnet avdekke alle de rike beskrivelsene fra praksis. Til tross for ryddige og samstemte prosesser vil en kompleks helsetjeneste til tider oppleves kaotisk: «Akkurat nå er det ganske kaotisk. Vi vet ikke helt hva vi driver med» (fysioterapeut 2).

4.2.2 Profesjonsrettet og praksis-nær forskning i kommunehelsetjenesten

Relativt nytt innenfor profesjonsforskning er at mye av forskningen foregår av profesjonsutøvere selv. Tidligere har profesjonene vært forsket på av blant annet sosiologer, statsvitere og historikere (Molander & Terum, 2010, s.20-21). Når profesjonsutøvere forsker selv, er det lettere å ha en nær dialog og tett kobling til praksis fordi forskeren har erfaring fra praksis. Jeg har selv ingen erfaring fra hverdagsrehabiliteringspraksis, men kan lett relatere meg til deres hverdag. Jeg har heller ingen erfaring fra å arbeide i kommunehelsetjenesten, men jeg har gjennom de siste tiårene sett en forskyvning i ansvar, behandling og oppfølging fra spesialisthelsetjenesten til de kommunale tjenester. Dette setter de kommunale tjenestene under press for å håndtere nye og til dels komplekse hjelpebehov. Det er derfor viktig å gi de kommunale tjenestene oppmerksomhet i praksis-forskningen. Den praksisnære forskningens fordel er at den starter med praksisfeltets utfordringer, og i direkte samarbeid med brukere av tjenester og/eller forskning. I denne typen forskning kan utøvere i praksis bli mer oppmerksomme på verdien av forskning og forskeren mer oppmerksom på relevans for

praksisfeltet (Uggerhøj, 2017, s.25-27). Det har derfor vært veldig motiverende å gjennomføre en profesjonsrettet og praksis-nær studie i kommunehelsetjenesten. Nettopp fordi kommunehelsetjenesten er en kompleks organisasjon, med stadig endringer og daglige utfordringer er det også en krevende arena for forskning. Et memo fra 21.01.16 illustrerer dette: *Hvordan kan jeg forske på noe som overhodet ikke fungerer som det skal? Hele tiden går ting på halv åtte fordi det er unntakstilstand.*

Refleksjoner over bruk av grounded theory og aktør- nettverksteori i praksisforskningen

Jeg har ønsket å gi et teoretisk kunnskapsbidrag til denne prosessen og valgte derfor GT som tilnærming for å utvikle begreper og gjøre rede for sammenhengen mellom disse. Med GT skaper jeg også en oversikt over feltet. Jeg ser de store linjene i utviklingen av praksis og gjenkjenner deltakernes handlingsmønstre. Jeg kan ved hjelp av GT bidra teoretisk med helhetlige forklaringer og forståelser av hva som skjer når kommunen innfører hverdagsrehabilitering. Jeg kan bruke detaljer som eksempler og illustrasjoner, men gjør ingen dypdykk i disse. Detaljene er derimot viktig innenfor ANT. I ANT studiene har jeg også skapt en oversikt, men i større grad fulgt de små stiene. Her har jeg søkt spesifikt etter aktørene og sett hvilke forbindelser de skaper som danner et nettverk og hvordan de stabiliserer dette. Jeg har forsøkt å få med meg detaljer, hvem som sier hva, hvem som tar beslutninger og på bakgrunn av hva. På denne måten kan jeg si at jeg med ANT har fulgt detaljene i hverdagsrehabiliteringspraksisen, mens jeg med GT forsøkte å få et overblikk over de store linjene.

Min erfaring med å benytte to tilnæringsmåter til ett empirisk praksisfelt er at det er krevende å sette seg inn i en stor mengde metode-litteratur og fordype seg

i to tradisjoner. Jeg mener likevel at dette har styrket avhandlingen min fordi tilnærmingerne utfyller hverandre og skaper et mer helhetlig bilde av hverdagsrehabilitering. Det kan likevel være problematisk å benytte to tilnærminger med ulike målsetninger (se kapittel 2). Jeg har erfart at det er vanskelig å veksle mellom dette. Jeg har vært opptatt av å få med meg alle detaljene, og vært redd for å gå glipp av noe, også innenfor GT- studiene. Det har derfor vært vanskelig å abstrahere og skrive teoretisk fordi det har vært vanskelig å slippe kompleksiteten. I noen perioder har jeg kanskje også vært for opptatt av de store linjene, og muligens gått glipp av detaljer fordi jeg har hatt fokus på å få en oversikt i et stort datamateriale.

Teori og empiri har gått «hånd i hånd» i mine analyseprosesser. Teori fra ulike fagfelt og tradisjoner har formet studien underveis. Det teoretiske rammeverket ble valgt tidligere i analyseprosessen i ANT studiene (I: innovasjon og III: kostnad-nytte). Dette ville vært i strid med GT, men kan aksepteres innenfor ANT. Til tross for denne teoretiske posisjonen, har jeg hatt et skjerpet blikk på kompleksiteten og detaljene i praksis. Jeg har med dette et ønske om at min forskning ikke bare skal være til nytte for akademiske lesere, men også for utøverne i praksis som må håndtere kompleksiteten hver dag. I mine GT-analyser har jeg ikke eksplisitt posisjonert meg innenfor et område før i siste del av analyseprosessen (teoretisk og selektiv koding). Jeg forstår GT slik at jeg som forsker kan starte med en «teoretisk beskjedenhets», og underveis i prosessen bygge opp min teori med støtte fra eksisterende teori. Dette kan potensielt føre til dilemmaer i min studie. Jeg er jo bare en, og kan ikke «slå av» mine referanserammer. Samtaler med veiledere med ulike faglige bakgrunner har vært nyttig for å utfordre mine egne «tatt-for-gitt-heter». Innenfor GT søker jeg teori som kan bygge oppunder min egen teori. Eksisterende teorier skal integreres i den nye fremvoksende teorien. Under utvelgelsen av teori, søkte jeg etter teori som kunne styrke og modifisere den nye teorien. I ANT-studiene beskriver jeg empiri og bruker eksisterende teori til å sparre med. Dermed måtte jeg søke etter noen å være

uenig med, noen jeg kan argumentere mot, og som jeg kunne finne motsetninger hos for å kunne synliggjøre denne studiens bidrag. Glaser (1978, s.5) sier at dette ikke er nødvendig i en GT studie. Her vokser teorien frem av de empiriske dataene, og modifiseres underveis i forskningsprosessen.

Til sammen presenterer studien ulike perspektiver på hverdagsrehabilitering. Hvordan disse gir et bidrag til litteraturen om hverdagsrehabilitering løftes frem i kapittel 5. Å praktisere metoder har vært «learning-by-doing» (Reese, 2011). Til tross for at jeg har lest store mengder metodelitteratur, har det vært vanskelig å forstå nyanseskjellene i for eksempel en klassisk GT kontra konstruktivistisk. Ved å skrive en artikkel for det konservative tidsskriftet «The grounded theory review» (IV) lærte jeg hva det ville si å skrive teoretisk kontra konseptuelle beskrivelser og annen kvalitativ dataanalyse. Artikkel II er mindre teoretisk og har flere sitater, etter ønske fra det tidsskriftet hvor artikkelen er til fagfelleevaluering. I ANT-artiklene har det derimot vært vanskelig å skrive frem historien på en logisk og forståelig måte slik at det ikke skulle være noen tvil om konsistensen i studien.

Praksisforskning for å øke kvaliteten på praksis?

Økt kvalitet på helsetjenester har vært i fokus i flere år (Sosial-og helsedirektoratet, 2005). Ofte har kvaliteten på omsorg blitt knyttet opp mot målinger, noe som har medført en helsepolitikk som har hatt fokus på å gjøre kvaliteten synlig og målbar. Dette kan ha medført at aktiviteter som ikke kan måles, har blitt vist liten oppmerksomhet. Mol kaller dette en motsatt effekt. Istedenfor å øke kvalitet på omsorgen, kan deler av den bli undergravd (Mol, 2010, s.224-230). Dette støttes også opp av en norsk studie som anbefaler å ikke bare vurdere prestasjoner når man skal evaluere en rehabiliteringstjeneste (Witsø, Eide & Vik, 2012, s.98).

Selv valgte jeg å gjennomføre en praksis-nær studie med kvalitative forskningsmetoder (selv om jeg også har brukt statistiske data som kilder til empiri). Det betyr at jeg ikke har søkt etter kunnskap som har vært «sann». Det vil være vanskelig i en slik kompleks helsetjeneste (Uggerhøj, 2017). Fra denne studien har jeg erfart at kvalitet på hverdagsrehabilitering avhenger av flere faktorer. Flere av studie IVs deltakere poengterte for eksempel viktigheten av at fagfolk fremstår som menneskelig. To sitater kan eksemplifisere dette: «Det er jo viktig at de kan være ordentlige personer, og ikke bare fagfolk», og «Jeg synes de har vært trivelige folk. Personer, ikke bare fagfolk». Jeg tror de mente at kvaliteten på hverdagsrehabilitering avhenger av mer enn det tekniske, synlige og målbare. Slike elementer ville jeg ikke nødvendigvis fått frem ved å måle aktivitet eller ved en kvantitativ spørreundersøkelse. I ettertid seg jeg imidlertid at jeg kunne ha gjennomført en bred karlegging med en kvantitativ spørreundersøkelse til alle mottakere av hverdagsrehabilitering, og fulgt opp med intervjuer som kunne gitt svar på hvordan og hvorfor ting er som de er. Da kunne jeg kanskje fått frem et mer nyansert bilde av hverdagsrehabilitering. Det kan hende det er lettere for personer å være kritisk når man er helt anonym, eller når man har litt mer tid til å tenke seg om enn i en intervjusituasjon. Jeg kunne da også inkludert de som ble tilbudt hverdagsrehabilitering, men som takket nei.

Jeg tror at praksis-nære kvalitative studier kan gi et bidrag til å øke kvaliteten i helsetjenester. Studier som denne kan løfte frem dilemmaer, gjenkjenne mønstre og skape teorier om hvordan noe henger sammen. Walach med kollegaer (2006) argumenterer for at et hierarki over forskningsmetoder er en forenkling eller til og med en misforståelse. De skriver at det trengs flere ulike metodiske tilnærminger for å gi svar på ulike problemstillinger. De mener at alle disse svarene bidrar til vitenskapelig evidens, og at en sirkulær fremstilling av forskningsmetoder vil bidra til å utvikle en pasientsentrert, evidensbasert konsensus. Fra mitt ståsted gir ulike forskningsdesign

ulik kunnskap om et forskningsfelt, noe som er helt nødvendig for å få frem ulike dimensjoner. De ulike forskningstilnærmingene vil derfor være komplementære når vi skal utforske et felt.

4.2.3 Generaliserbarhet

Generaliserbarhet og overføringsverdi har vært omdiskutert innen kvalitativ forskning (Kvale & Brinkmann, 2015, s.289). De to metodologiske tilnærmingene som er benyttet i denne studien har også ulike syn på generaliserbarhet. Selv om GT har utgangspunkt i et substansielt felt, er teoretiseringene uavhengig av tid, sted og personer. Dette bidrar til at forskningen har som målsetting å peke utover sitt eget felt og bli mer allmenngyldig. En GT kan modifieres etter som at empiriske data legges til eller endrer seg, noe som fører til en fleksibilitet i den utviklede teorien (Glaser, 1978, s.4-7). ANT har ikke som målsetting å skape en abstrakt teori, men å nøye og detaljert beskrive aktørene og deres forbindelser på et lokalt plan på en slik måte at det sosiale fremvises gjennom beskrivelsene (Latour, 2005, s.149). Det betyr at ANT ikke har noen målsetting om å skape generaliserbar kunnskap. Til tross for at jeg ikke kan si noe om andre kommuner i min studie, håper jeg likevel at andre kan gjenkjenne og få nytte av den studerte kommunens erfaringer. Et hovedpoeng for Glaser gjennom hans arbeid med GT har vært å bygge bro mellom teori og praksis, og mellom forskere og de personer som blir forsket på (Gynnild, 2012, s.21). Halvorsen, Friberg og McGuirk (2013) skriver i en kronikk at det er en slags ironi i jakten på forskningsbasert kunnskap i praksisforskningen. Med det mener de at forskningsbasert kunnskap forventes å ha en generell relevans og skal kunne overføres fra en situasjon til en annen. Det er likevel praktikerne som avgjør om kunnskapen er overførbar. Praktikerne må ha kunnskap, være i stand til å vurdere om den er relevant og så omsette til praktisk handling. Ironien er dette, skriver de, at den såkalte sikre kunnskapen må veien om

de profesjonelles praktiske, erfaringsbaserte og usikre kunnskap før det kommer til anvendelse. Kvale og Brinkmann (2015, s.291) omtaler det som analytisk generalisering når det er en begrunnet vurdering av i hvilken grad funnene fra en studie kan komme til å skje i en annen situasjon. I en slik sammenheng vil det være opp til leseren som på bakgrunn av kontekstuelle beskrivelser kan generalisere til en ny situasjon. På denne måten ønsker jeg at kunnskap fra denne studien kan benyttes i hverdagsrehabiliteringspraksis også i andre kommuner. Under presentasjoner fra denne studien har jeg ofte fått kommentarer på at den studerte kommunens historie er gjenkjennbar. Utøvere fra hverdagsrehabilitering i andre kommuner sier at de kjenner seg igjen i mine beskrivelser. Dette bidrar til et inntrykk av at andre kommuner kan ha nytte av denne studien, selv om hensikten ikke er å skape generaliserbar kunnskap.

5. OPPSUMMERENDE BEMERKNINGER, OG IMPLIKASJONER FOR VIDERE FORSKNING OG HVERDAGSREHABILITERINGSPRAKSIS

Mitt ønske med avhandlingen er å gi et kunnskapsbidrag til hverdagsrehabiliteringspraksis som kan legge grunnlag for videre refleksjoner og utvikling. Et overordnet forskningsspørsmål er: hva skjer i kommunen når man innfører hverdagsrehabilitering? Underspørsmål legger grunnlag for fire studier som belyser innføringen av hverdagsrehabilitering fra ulike perspektiver. Hensikten med å utforske flere perspektiver er å få frem ulike dimensjoner av praksisen. De ulike dimensjonene har brakt frem interessekonflikter som har lagt grunnlaget for videre refleksjon. Disse konfliktene er belyst med teori om profesjonsmoral. Profesjonenes todelte moral har bidratt til å utvide forståelsen for kompleksiteten i praksis, og har gjort det mulig å diskutere problemene uten å gjøre dem større. Håndtering av komplekse helseproblemer blir ofte omtalt som «wicked problems», problemer som er for store til at noen enkeltorganisasjoner kan håndtere dem. Det er ofte uenighet om årsakene til dem og det er uvisshet om hva som er den beste måten å håndtere dem på (Helsedirektoratet, 2014, s.61). Kanskje kan noe av forklaringen på dette nettopp ligge i de ulike profesjonenes moral? I fremtidens helsetjenester er det forventet økt samarbeid mellom profesjoner. Ingen profesjon alene kan håndtere endringer og utfordringer som vil møte oss innenfor tjenesten med for eksempel endret demografi i befolkningen, endrede helse- og sykdomsprofiler og teknologiske innovasjoner (Wackerhausen, 2009, s. 469). For å håndtere et komplekst hverdagsliv forventes det innsats og samarbeid fra flere profesjoner, også utenfor helsesektoren. Økonomer er involvert for å gjøre beregninger av kostnad og nytte, ingeniører, teknikere og informatikk-utdannede for velferdsteknologi og hjelpemidler. Samarbeid mellom profesjoner som arbeider med

mennesker og profesjoner som arbeider med objekter vil være krevende fordi deres profesjonsmoral kan bygge på ulike verdigrunnlag. Ved å ha bevissthet om ulike profesjoners profesjonsmoral kan vi dermed bedre forstå og håndtere spenninger i praksis.

Hverdagsrehabilitering i praksis setter fokus på krysspreset mellom budsjett og kvalitet og forklarer denne spenningen med en todeling av profesjonsmoralen. Til tross for at målsettingen om økonomisk gevinst har blitt betraktelig dempet de senere årene, var det en opplagt interesse i starten for denne kommunen. Ofte blir innsparring knyttet til redusert kvalitet og det blir lett skapt fronter mellom de ulike parter. Disse frontene skaper skiller mellom «de gode» (som vil det beste for den enkelte mottaker av tjenester) og «de onde» (som bare tenker på penger). I denne studien har jeg imidlertid erfart at alle aktører har et ønske om å skape gode helsetjenester, men bruker ulike rasjoner for å argumentere. Det er gjerne her misforståelser og kommunikasjonsproblemer oppstår. Profesjonsutøvere med hovedtyngde i nærhetsetikken vil argumentere for at de som arbeider med økonomi ikke forstår hva som kreves for å skape kvalitativt gode tjenester, mens de som jobber med økonomi argumenterer for at helsetjenester mister sin bærekraft dersom det ikke overvåkes ressursmessig. Ut fra et profesjonsmoralisk ståsted har kanskje begge parter rett, vi må forholde oss til to ulike verdigrunnlag (Nortvedt, 2005). Avhandlingen gir derfor et kunnskapsbidrag til hvordan hverdagsrehabilitering manifesterer seg i praksis, og gir spesielt et bidrag til profesjonsmoraliske refleksjoner for å forstå interessekonflikter i praksis. Dette er kanskje avhandlingens viktigste bidrag tilbake til praksisfeltet og fører til at det vil være irrelevant å spørre om hverdagsrehabilitering er verdistyr eller pengestyr? Profesjonsmoralen sier at også pengestyr er verdistyr, men av fellesskapet fremfor enkeltindividet. Hverdagsrehabiliteringens ideologi er i tråd med dagens individualiserte samfunn og avhandlingen gir også et bidrag til refleksjoner rundt hvilke verdigrunnlag som former profesjonspraksis.

Hverdagsrehabilitering er en tjeneste spesifikt rettet mot innbyggere med de letteste funksjonsfallene. Innbyggere med større kompleksitet enn hverdagsrehabiliterings målgruppe som trenger rehabilitering, faller stadig utenfor. Dette gjelder personer med funksjonsfall som samtidig har for eksempel kroniske lidelser, kognitiv svikt, avhengighetsproblematikk og psykiske lidelser. Det vil være viktig også å fokusere på disse personene som i høyeste grad trenger koordinerte og samhandlende tjenester. Hverdagsrehabilitering bør ikke erstatte rehabilitering på institusjon for de som trenger det, eller hjemmetjeneste for de som trenger det. Hverdagsrehabilitering er derfor etter mitt syn et hensiktsmessig supplement til de eksisterende tjenester. Mange eldre i Norge klarer seg godt (Sundslø, 2012, s.86) og hverdagsrehabilitering kan bidra til å forlenge tiden de eldre lever i sitt eget hjem. Hverdagsrehabilitering kan bidra til egenomsorg og økt helse til hjemmeboende eldre, gitt visse forutsetninger (IV). En viktig forutsetning er at profesjonene er oppriktige med hverandre, og at vi er oppriktige med mottakere av tjenesten. Dersom vi verbaliserer vår praksis, sier høyt hva vi tenker og hva vi prøver å gjøre, vil vår praksis bli mer tydelig. Først da har vi mulighet til å unngå misforståelser og å korrigere hverandre.

5.1 Implikasjoner for praksis og videre forskning

En kommunal helse- og omsorgstjeneste vil nødvendigvis være kompleks, da befolkningen er heterogen og har ulike behov. Ved at profesjonsutøverne håndterer denne kompleksiteten «i situasjonen» gis det rom for å bruke profesjonell kunnskap og skjønn. De profesjonelles autonomi og grad av egenkontroll over arbeidet sitt er en viktig forutsetning for at arbeidet har en annen kvalitet enn arbeidet som er kontrollert av byråkratiet eller markedet (Fauske, 2010, s.49). Modeller og prosedyrer vil ikke

kunne favne kompleksiteten og behovene for vurderinger og dømmekraft i ulike situasjoner. Derfor er det nødvendig at profesjonsutøverne i hverdagsrehabilitering får fortsette å ha handlingsrom nok til å bruke skjønn i situasjoner.

Mol (2002, s.5) skriver at menneskekroppen er «multippel», ikke fragmentert. Selv om den er multippel, henger den også sammen. Hverdagsrehabilitering har med sitt tverrprofesjonelle team en unik mulighet til å ivareta hele kroppen, noe som ellers er fraværende i en fragmentert og spesialisert helsetjeneste. Denne studien får frem viktigheten av dette. Spesielt tjenestemottakere og deres pårørende understreker viktigheten av å gripe fatt i helheten med kosthold, medisiner, aktivitet og hverdagsliv. Studien har også avdekket at dette ikke er nok. For at tjenesten skal være optimal må en involvere sosiale og kulturelle faktorer. Derfor eksisterer det et potensiale til å stabilisere mer. Blant annet viser studien at pårørende er en stor ubenyttet ressurs som i høy grad ønsker å bidra i rehabiliteringsprosessen (IV). Pårørende bidrar mye i omsorg for hjemmeboende eldre, noe som kan være problematisk dersom dette oppleves som belastende for tjenestemottakere og/ eller pårørende (Tønnessen, Førde & Nortvedt, 2009, s.280). Pårørende i denne studien sier derimot at de ønsker å bli involvert i rehabiliteringen i større grad. De ønsker informasjon og veiledning i forhold til hvordan de kan følge opp videre. Dette samsvarer med en annen norsk studie. Hjelle, Alvsvåg og Førland (2017, s.6) skriver at de pårørende i deres studie også ønsker å være involvert i rehabiliteringsprosessen. De skriver at det er viktig å se på de pårørende som ressurser og involvere dem i samhandlingen om de eldre. Dette bygger også oppunder denne studiens artikkel III og IV som avdekker en ignorering av det sosiale aspektet ved rehabiliteringen. Det sosiale er vesentlig i forhold til motivasjon og støtte, og har også betydning for varighet av resultatene fra rehabiliteringen. Inkludering av pårørende må selvsagt ikke gå utover den eldres selvbestemmelse, men en dialog mellom alle parter vil stabilisere hverdagsrehabilitering mer.

Det har også vært lite fokus på stabilisering og varighet av rehabiliteringstiltakene. Hjelle med kollegaer (2016, s.9) anbefaler oppfølgingstiltak etter hverdagsrehabilitering, og sier dermed at de ansvarlige bør tildele økte ressurser til slik rehabilitering. Dette samsvarer med våre tanker om at ressurser bør settes inn for å endre de faktorene som begrenser vedlikehold av aktiviteter (III).

De ulike norske og nordiske kommunene er forskjellige når det gjelder geografi og demografi. Når en skal innføre hverdagsrehabilitering må en ta hensyn til hvilke eksisterende tjenester som allerede er tilstede, befolknings sammensetning, og hvilke behov som er tilstede (Langeland et al., 2016). Studie II viser hvordan en skreddersynging av tjenesten er nødvendig for å kunne integrere hverdagsrehabilitering i kommunens helsetjeneste. Studien har også vist hvordan personers liv ikke er statiske, men endrer seg etter hvert som nye situasjoner oppstår. For å ivareta dette må profesjonspraksis være bevegelig. Personers livssituasjoner endrer seg, behov og ønsker er ikke statisk. Det er et dynamisk (relasjonelt) forhold mellom behov, ønsker og livsbetingelser (Wackerhausen, 1994,s.67). Kommunen må bidra der det er behov. Det betyr at tjenester må evalueres kontinuerlig og at man setter inn og tar vekk tiltak etter hvert som livssituasjonen endrer seg.

5.1.1 Forslag til videre forskning

Det har vært diskutert om hverdagsrehabilitering tilfører rehabiliteringsfeltet noe nytt (se for eksempel Fæø, Petersen og Borge, 2016). Intensjonen med hverdagsrehabilitering var blant annet å skape en «lettere» utgave av rehabilitering som helsefagarbeidere kunne følge opp. Begrunnelsen for dette var at ikke alle trenger «spesialisert rehabilitering» og kommunene vil kunne spare lønnsutgifter i og med at helsefagarbeidere er lavere lønnet enn terapeuter og sykepleiere. I den studerte kom-

munen har de møtt på flere utfordringer rundt dette, blant annet med at helsefagarbeidere ikke tar selvstendige avgjørelser. Terapeutene hevder at de gjør jobben mer effektivt når de selv utfører hjemmetreningen og kan gjøre de skjønnsmessige vurderingene fra dag til dag. Det har også vært nytt og krevende å intervensere gjennom andre. Dette har fått lite oppmerksomhet i denne avhandlingen, og vil være en anbefaling for videre forskning. I løpet av studien har jeg hørt at noen eldre har fått tilbud om hverdagsrehabilitering, men velger å takke nei. En anbefaling for videre forskning er å snakke med disse personene for å høre hvordan de begrunner dette. Hjemmetjenesten har fått relativt stor oppmerksomhet i denne avhandlingen til tross for at jeg nesten ikke har snakket med noen derfra. Noen ledere har vært representanter for hjemmetjenesten. Jeg har valgt vekk å intervju ansatte i hjemmetjenesten på grunn av studiens omfang. Å utforske hvordan ansatte i hjemmetjenesten erfarer hverdagsrehabilitering er derfor en anbefaling for videre forskning. Studien har også avdekket andre områder innenfor hverdagsrehabiliteringspraksis som kan gi implikasjoner for videre forskning. Alle disse områdene er relevante, men det har ikke vært mulig å fordype seg i alt. Anbefalinger for videre forskning er derfor å utforske det tverrprofesjonelle samarbeidet innenfor et slikt team, herunder arbeidsoppgaver og roller. Studien har også avdekket et manglende fokus på kosthold og medisinbruk for hjemmeboende eldre og intervensjoner for eldre med psykiske lidelser og avhengighetsproblematikk som gir anbefalinger for videre studier. Videre har denne avhandlingen startet en refleksjon rundt verdier og holdninger knyttet til hverdagsrehabilitering. Sammen med etiske betraktninger vil slike refleksjoner være anbefalt for videre forskning.

KILDER

- Andrews, T. (2012). What is Social Constructionism? *The Grounded Theory Review*, 11(1), 39-46.
- Aspinal, F., Glasby, J., Rostgaard, T., Tuntland, H., & Westendorp, R. G. J. (2016). New horizons: Reablement –supporting older people towards independence. *Age and Ageing*, 45, 574-578.
- Berger, P. L., & Luckmann, T. (2000/ 1966). *Den samfunnsskapede virkelighet*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Beuchamp, T. L., & Childress, J. F. (2001). *Principles of biomedical ethics* (Vol. 5). New York, NY: Oxford University Press, INC.
- Birks, M., & Mills, J. (2015). *Grounded Theory: A Practical Guide*. London: Sage Publications Ltd.
- Borge, L. (2006). Det gode liv – som grunnlag for verdier og faglige utfordringer i psykisk helsearbeid. In A. Almvik & L. Borge (Eds.), *Psykisk helsearbeid i nye sko*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Borgen, P.-C. (2012). "En av mine oppgaver er egentlig å selge tankene". Systematisk HMS- arbeid i sykehus som translasjonsprosess. *Sosiologisk tidsskrift*, 4(20), 291-313.
- Brataas, H. V., & Moe, A. (2015). Hverdagsrehabilitering: Pilotstudie om teambasert planlegging og innføring av Stjørdalsmodellen: Senter for omsorgsforskning Midt og HINT.
- Bratberg, Ø. (2014). *Tekstanalyse for samfunnsvitere*. Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Breimo, J., & Sandvin, J. T. (2009). Samordning som diskurs: En analyse av samordningsbegreper brukt i offentlige politiske tekster, med særlig vekt på

- politikk for funksjonshemmede. . In J. Tøssebro (Ed.), *Funksjonshemming - Politikk, hverdagsliv og arbeidsliv*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Callon, M., & Law, J. (1989). On the construction of sociotechnical networks: content and context revisited. *Knowledge and society: Studies in the Sociology of Science Past and Present*, 8, 57-83.
- Centre for the advancement of interprofessional education. (2015). Defining IPE. Retrieved 09.07.15, from <http://caipe.org.uk/resources/defining-ipe/>
- Charmaz, K. (2006). *Constructing Grounded Theory: A practical guide through qualitative analysis*. London: Sage.
- Christoffersen, S. A. (2011). Profesjoner og profesjonsetikk - hva er det? In S. A. Christoffersen (Ed.), *Profesjonsetikk. Om etiske perspektiver i arbeidet med mennesker*. (Vol. 2). Oslo: Universitetsforlaget.
- Cochrane, A., Furlong, M., McGilloway, S., Molloy, D., Stevenson, M., & Donnelly, M. (2016). Time-limited home-care reablement services for maintaining and improving the functional independence of older adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews* (10).
- Cutcliffe, J. R. (2000). Methodological issues in grounded theory. *Journal of advanced nursing*, 31(6), 1476-1484.
- Ebeltoft, N. (2003). *Fremveksten av metodologi som teori. Aktør-nettverk-teori og fundert teori- samme kilde, ulike løp*. (Working paper nr. 29/2003). Oslo.
- Eide, S. B. (2008). Profesjonsetikkens basis: En drøfting med utgangspunkt i endringer av norske sosionomers profesjonsetiske kodekser. *Fontene Forskning*, 1, 30-53.
- EU. (2012). European Year for Active Ageing and Solidarity between Generations. Hentet fra <http://europa.eu/ev2012/ev2012.jsp?langId=en>

- Fangen, K. (2010). *Deltagende observasjon* (Vol. 2). Bergen: Fagbokforlaget.
- Fauske, H. (2010). Profesjonsforskningens faser og stridsspørsmål. In A. Molander & L. I. Terum (Eds.), *Profesjonsstudier*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Fæø, S. E., Petersen, K. A., & Borge, J. (2016). Hverdagsrehabilitering byr på lite nytt. *Sykepleien*, 104(1), 58-60. doi: 10.4220/Sykepleiens.2016.56162.
- Førland, O., & Skumsnes, R. (2016). *Hverdagsrehabilitering: en oppsummering av kunnskap*. Senter for omsorgsforskning, vest. Oppsummering nr.2.
- Gibson, B., & Hartman, J. (2014). *Rediscovering Grounded theory*. London: Sage Publications Ltd.
- Glaser, B. (1978). *Theoretical Sensitivity: Advances in the Methodology of Grounded Theory*. Mill Valley, CA: The Sociology Press.
- Glaser, B. (1998). *Doing Grounded Theory: Issues and Discussions*. Mill Valley, CA: Sociology Press.
- Glaser, B. (2012). No preconception: The dictum. *Grounded theory review*, 11(2).
- Glaser, B., & Strauss, A. (1967). *The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research*. New Brunswick, NJ: Aldine Transaction.
- Glaser, B. G., & Strauss, A. L. (2015). Awareness of Dying Preface (Reprint of Preface of Awareness of Dying (1965)). *Grounded theory review* (2).
- Glendinning, C., Jones, K., Baxter, K., Rabiee, P., Curtis, L. A., Wilde, A., . . . Forder, J. E. (2010). *Home care re-ablement services: Investigating the longer-term impacts (prospective longitudinal study)*: University of York.
- Goodman, N. (1978). *Ways of Worldmaking* (Vol. 51). Cambridge Hackett Publishing.
- Greve, C. (2002). *New Public Management*. Frederiksberg C: Nordisk Kultur Institut.
- Grimen, H. (2006). *Profesjon og profesjonsmoral*. Senter for profesjonsstudier. Høgskolen i Oslo. Oslo.
- Grimen, H. (2010). Profesjon og profesjonsmoral. In A. Molander & L. I. Terum (Eds.), *Profesjonsstudier* (Vol. 2). Oslo: Universitetsforlaget AS.

- Gustafsson, U., Gunnarsson, B., Sjöstrand, Å. B., & Grahn, B. (2010). Hemrehabilitering för äldre i olika stora kommuner – upplevd kvalitet, funktionsförändring, organisationsförutsättningar, resursförbrukning och statliga stimulansmedels betydelse för utvecklingen *FOU- Rapport 2010: 11*. Växjö: Socialstyrelsen, Landstinget Kronoberg.
- Gynnild, A. (2012). Living the Ideas: A biographical interview with Barney G. Glaser. In V. B. Martin & A. Gynnild (Eds.), *Grounded theory: The philosophy, method and work of Barney Glaser*. Boca Raton, FL: Brown Walker Press.
- Gynnild, A. (2014). Introduksjon til Grounded Theory. In E. Hjelmhult, T. Giske & M. Satinovic (Eds.), *Innføring i Grounded Theory*. Oslo: Akademika Forlag.
- Haarr, K. H. (2013). Ethiske dilemmaer ved hverdagsrehabilitering. *Ergoterapeuten*, 2, 24-28.
- Hall, W. A., & Callery, P. (2001). Enhancing the rigor of grounded theory: Incorporating reflexivity and relationality. *Qualitative Health Research*, 11(2), 257-272.
- Halvorsen, A., Friberg, F., & McGuirk, J. (2013). Mer forskning i profesjonsfagene. (Kronikk). Hentet fra: <http://forskning.no/meninger/kronikk/2013/02/mer-forskning-i-profesjonsfagene>
- Hansen, E. B. (2015). Ældres deltagelse i hverdagsrehabilitering – muligheder og udfordringer. Prosjekt 10972. København: KORA. Det Nationale Institut for Kommuners og Regioners Analyse og Forskning.
- Hartman, J. (2010). *Grundad teori: Teorigenerering på empirisk grund*. Lund: Studentlitteratur.
- Haukelien, H. (2016). Faglighet, forpliktelse og mening. In H. Vike, J. Debesay & H. Haukelien (Eds.), *Tilbakeblikk på velferdsstaten: Politikk, styring og tjenester*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

- Helse-og omsorgsdepartementet. (2008-2009). *Samhandlingsreformen: Rett behandling-på rett sted- til rett tid.* (St.Meld.nr 47, 2008-2009). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. Hentet fra:
<https://www.google.no/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&ved=0ahUKEwjJ0rS7h7nUAhXpFZoKHW82DZYQFgggtMAE&url=https%3A%2F%2Fwww.regjeringen.no%2Fcontentassets%2Fd4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc%2Fno%2Fpdfs%2Fstm200820090047000dddpdfs.pdf&usg=AFQjCNGzhe-DbWucUA5JjXCGnEB2ZPXE2g&cad=rja>
- Helse-og omsorgsdepartementet. (2010). *Forskrift om en verdig eldreomsorg (verdighetsgarantien).* Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2011). *Innovasjon i omsorg 2011.* (NOU 2011:11). Oslo: Helse-og omsorgsdepartementet. Hentet fra:
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2011-11/id646812/sec1>
- Helse-og omsorgsdepartementet (2010-2013). *God kvalitet- trygge tjenester. Kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten.* (Meld. St. nr.10 2012-2013). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. Hentet fra:
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-10-20122013/id709025/sec1?q=forskningsprosessen>
- Helse-og omsorgsdepartementet (2012-2013). *Morgendagens omsorg.* (Meld. St. nr 29, 2012-2013). Oslo: Helse-og omsorgsdepartementet. Hentet fra:
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-29-20122013/id723252/sec>
- Helse- og omsorgsdepartementet (2015). *Omsorg 2020. regjeringens plan for omsorgsfeltet 2015-2020.* Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. Hentet fra:
<https://www.google.no/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0ahUKEwixxqK1oLrUAhWFPFAKHQAQCfMQFggmMAA&url=https%3A%2F%2Fwww.regjeringen.no%2Fcontentassets%2Faf2a24858c8340edaf78a77e2fbe9c>

[b7%2Fomsorg_2020.pdf&usg=AFQjCNH1MicPX0MKIcqHBDxBbAsd88rJnw&caid=rja](https://www.helse.no/bilder/b7%2Fomsorg_2020.pdf&usg=AFQjCNH1MicPX0MKIcqHBDxBbAsd88rJnw&caid=rja)

- Helsedirektoratet. (2014). Helse 2020: Rammeverk og strategi for Europa i det 21. århundre. Oversatt av Helsedirektoratet fra Health 2020: policy framework and strategy. World Health Organization (WHO), 2013. .
- Helse-og omsorgstjenesteloven (2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.* Hentet fra:
<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30?q=Lov%20om%20kommunale%20helse-%20og>
- Hernandez, C. (2012). Developing grounded theory using focus groups. In V. B. Martin & A. Gynnild (Eds.), *Grounded Theory: The Philosophy, Method, and Work of Berney Glaser*. Boca Raton: BrownWalker Press.
- Hernes, H. M. (1987). *Welfare State and Woman Power: Essays in State Feminism*. Oslo: Norwegian University Press.
- Hjelle, K. M., Alvsvåg, H., & Førland, O. (2017). 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., Skutle, O., Førland, O. & Alvsvåg, H. (2016). The reablement team`s voice: a qualitative study of how an integrated multidisciplinary team experiences participation in reablement. *Journal of multidisciplinary healthcare*, 9, 575-585. <https://doi.org/10.2147/JMDH.S115588>
- Hjelle, K. M., Tuntland, H., Førland, O., & Alvsvåg, H. (2016). Driving forces for home-based reablement; a qualitative study of older adults`experiences. *Health and social care in the community*, 1-9.
- Hjort, K. (2005). *Profesjonaliseringen i offentlig sektor*. Fredriksberg C: Roskilde Universitetsforlag.

- Hjälmhult, E., Giske, T., & Satinovic, M. (2014). *Innføring i Grounded Theory*. Oslo: Akademika forlag.
- Holton, J. A., & Walsh, I. (2017). *Classic Grounded Theory: Applications With Qualitative & Quantitative Data*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications, Inc.
- Hopia, H., & Hakala, A. (2016). Finnish social and health care professionals` perspective of the future. *International Journal of Healthcare*, 2(1), 12-20.
- Jokstad, K., Landmark, B. T., Hauge, S., & Skovdal, K.-I. (2016). Eldres erfaringer med hverdagsrehabilitering. Mestring og muligheter – krav og støtte i et dynamisk samspill. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 2(3), 212-221.
- Kjellberg, J., & Ibsen, R. (2010). Økonomisk evaluering af Længst Muligt i Eget Liv I Fredericia Kommune: Dansk Sunhedsinstitut.
- Kjellberg, P. K., Ibsen, R., & Kjellberg, J. (2011a). Fra pleje og omsorg til rehabilitering: Erfaringer fra Fredericia Kommune. København: Dansk Sundhedsinstitut,.
- Kjellberg, P. K., Ibsen, R., & Kjellberg, J. (2011b). Fra pleje og omsorg til rehabilitering: Viden og anbefalinger. København: Dansk Sundhedsinstitut,.
- Kjellberg, P. K., Kjellberg, J., & Ibsen, R. (2013). Længst muligt i eget liv og hverdagsrehabilitering. *Gerontologi*, 29(1), 4-7.
- Kjerstad, E., & Tuntland, H. K. (2016). Reablement in community-dwelling older adults: a cost-effectiveness analysis alongside a randomized controlled trial. *Health Economics Review*, 6(15), 1-10.
- Krueger, R. A., & Casey, M. A. (2000). *Focus Groups: a practical guide for applied research* (Vol. 3). Thousand Oaks, Ca: Sage.
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (Vol. 3). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Langeland, E., Førland, O., Aas, E., Birkeland, A., Folkestad, B., Kjekken, I., . . . Tuntland, H. (2016). Modeller for hverdagsrehabilitering –en følgeevaluering i

- norske kommuner: Effekter for brukerne og gevinster for kommunene? . In C. Senter for Omsorgsforskning Vest (Ed.), *Senter for omsorgsforskning rapportserie Nr 6/2016*. Bergen: Høgskolen i Bergen.
- Latour, B. (1987). *Science in action*. Cambridge, UK: Harvard University Press.
- Latour, B. (1993). *We have nevern been modern*. Hertfordshire, UK: Harvester Wheatsheaf.
- Latour, B. (2005). *Reassembling the Social: An Introduction to Actor- Network- Theory*. New York, NY: Oxford University Press Inc.
- Law, J. (1992). Notes on the Theory of the Actor- Network: Ordering, Strategy, and Heterogeneity. *Systems Practice*, 5(4), 379-393.
- Law, J. (2004). *After method: mess in social science research*. New York: Routledge.
- Law, J., & Mol, A. (2006). *Complexities: Social studies of knowledge practices* (Vol. 2). Durham, UK: Duke University Press.
- Legg, L., Gladman, J., Drummond, A., & Davidson, A. (2015). A systematic review of the evidence on home care reablement services. *Clinical Rehabilitation*, 30(8), 741-749.
- Lewin, G., & Vandermeulen, S. (2010). A non-randomised controlled trial of the Hime Independence Program (HIP): an Australian restorative programme for older home-care clients. *Health and Social Care in the Community*, 18(1), 91-99.
- Lipsky, M. (2010). *Street-level bureaucracy: Dilemmas of the Individual in Public Services* (Vol. 2). New York, NY: Russel Sage Foundation.
- Madsen, M. H., Christensen, I. E., Kjellberg, P. K., Kjellberg, J., & Ibsen, R. (2014). *Gør borgeren til mester i Esbjerg Kommune*. København, DK: KORA.
- Malterud, K. (2003). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning*. Oslo: Universitetsforlaget.

- Metzelthin, S. F., Zijlstra, G. A., Rossum, E. v., Ginkel, J. M. d. M.-v., Resnick, B., Lewin, G., . . . Kempen, G. I. (2017). "Doing with..." rather than "doing for..." older adults: rationale and content of the "Stay Active at Home" programme. *Clinical Rehabilitation*, 1-12.
- Mol, A. (2002). *The body multiple: ontology in medical practice*. Durham: Duke University Press.
- Mol, A. (2010). Care and its values. Good food in the nursing home. In A. Mol, I. Moser & J. Pols (Eds.), *Care in Practice. On Tinkering in Clinics Homes and Farms*. (Vol. 8). Bielefeld: Transcript Verlag.
- Molander, A., & Terum, L. I. (2010). Profesjonsstudier- en introduksjon. In A. Molander & L. I. Terum (Eds.), *Profesjonsstudier* (Vol. 2). Oslo: Universitetsforlaget.
- Månsson, M., Nordholm, A., Andersson, L., Mikaelsson, a., & Ekman, U. (2006). Vardagsrehabiliteringens roll inom kommunens hemtjänst. Östersund, S: Mittuniversitet.
- Ness, N.E. (2014). Hvordan organisere hverdagsrehabilitering? In H. Tuntland & N. E. Ness (Eds.), *Hverdagsrehabilitering* (Vol. 1). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Neumann, C. B., & Neumann, I. B. (2012). *Forskeren i forskningsprosessen: En metodebok om situering*. Oslo: Cappelen Damm AS.
- Nimmo, R. (2011). Actor-network theory and methodology: social research in a more-than-human world. *Methodological Innovations Online*, 6(3), 108-119. doi: <http://www.methodologicalinnovations.org.uk/wp-content/uploads/2013/11/MIO63Paper33.pdf>
- Nome, D.Ø. (2017). De yngste barna og tingene deres – en ANT-analyse av lek i småbarnsavdelinger. *Tidsskrift for nordisk barnehageforskning*, 14(6), 1-17.

- Norsk Sykepleierforbund. (2016). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. Hentet fra: <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17036/Yrkesetiske-retningslinjer-for-sykepleiere>
- Nortvedt, P. (1996). Veien over til Den tredje. In A.-J. Vetlesen (Ed.), *Nærhetsetikk*. Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- Nortvedt, P. (2005). *Profesjonsetikkens grunnlag*. Senter for profesjonsstudier. Høgskolen i Oslo. Oslo.
- Nortvedt, P., & Nordhaug, M. (2007). The principle and problem of proximity in ethics. *Journal of medical ethics*, 34, 156-161.
- Parsons, J. G. M., Sheridan, N., Rouse, P., Robinson, E., & Connolly, M. (2013). A randomized Controlled Trial to Determine the Effect of a Model of Restorative Home Care on Physical function and Social Support Among Older People. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 94, 1015-1022.
- Pettersson, C., & Iwarsson, S. (2015). Vardagsrehabilitering– en kunnsapsversikt. Sverige: Föbundet Sveriges Arbetsterapeuter.
- Polyani, M. (1966). *Tacit Knowing: The Tacit Dimension*. Gloucester: Mass.: Peter Smith.
- QSR International Pty Ltd. (2012) (Version Version 10): QSR International Pty Ltd.
- Rabiee, P. & Glendinning, C. (2011). Organisation and delivery of home-care rehabilitation: what makes a difference? *Health and social care in the community*. 19 (5), 495-504.
- Randall, W. L., Prior, S. M., & Skarborn, M. (2006). How listeners shape what tellers tell. Patterns of interaction in lifestory interviews and their impact on reminiscence by elderly interviewees. *Journal of Aging Studies*, 20, 381-396.
- Randström, K. B., Wengler, Y., Asplund, K., & Svedlund, M. (2012). Working with "hands-off" support: a qualitative study of multididiplinary teams`experiences

- of home rehabilitation for older people. *International Journal of older people Nursing*, 9, 25-33.
- Reese, H. W. (2011). The Learning-by-Doing Principle. *Behavioral development bulletin*, 11, 1-19.
- Regjeringen. (2017). Ny reform skal gi eldre bedre tjenester [Press release]. Retrieved from <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/ny-reform-skal-gi-eldre-bedre-tjenester/id2541470/>
- Ringdal, K. (2013). *Enhet og mangfold: Samfunnsvitenskapelig forskning og kvantitativ metode*. (Vol. 3). Bergen: Fagbokforlaget.
- Ringholm, T. (2013). Innovasjon for kommunesektorens utfordringer? In T. Ringholm, H. Teigen & N. Aarsæther (Eds.), *Innovative kommuner*. Oslo: Cappelen Damm.
- Romsland, G. I., Dahl, B., & Slettebø, Å. (2015). *Sykepleie og rehabilitering* (Vol. 1). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Ryburn, B., Wells, Y., & Foreman, P. (2009). Enabling independence: restorative approaches to home care provision for frail older adults. *Health and Social Care in the Community*, 17, 225- 234.
- Ruyter, K. W., Førde, R., & Solbakk, J. H. (2008). *Medisinsk og helsefaglig etikk* (Vol. 2). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Sandvin, J. (2012). Rehabilitering som koordinering og samhandling. In P. K. Solvang & Å. Slettebø (Eds.), *Rehabilitering: Individuelle prosesser, fagutvikling og samordning av tjenester*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Segaard, S. B. (2007). *Refleksivitet i følgeforskning.- Strategi, roller og utfordringer*. Metode-paper. Fagkonferansen.
- Skjervheim, H. (2002). Etikken og dagliglivets moral. In H. Skjervheim (Ed.), *Mennesket*. Oslo: Universitetsforlaget.

- Skorpen, A., & Øye, C. (2008). *Dagliglivet i en psykiatrisk institusjon*. (PhD), Universitetet i Bergen, Bergen.
- Slettebø, Å. (2008). Forskningsetikk. In B. S. Brinchmann (Ed.), *Etikk i sykepleien* (Vol. 2). Oslo: Gyldendal Akademiske.
- Smeby, J.-C. (2010). Profesjon og utdanning. In A. Molander & L. I. Terum (Eds.), *Profesjonsstudier*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Socialstyrelsen. (2013). Evidens for effekten af rehabilitering for ældre med nedsat funktionsevne: Litteraturgennemgang. Odense: Socialstyrelsen.
- Sosial- og helsedirektoratet. (2005). *... og bedre skal det bli! Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i Sosial- og helsetjenesten*. Oslo: Retrieved from <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/233/Og-bedre-skal-det-bli-nasjonal-strategi-for-kvalitetsforbedring-i-sosial-og-helsetjenesten-2005-2015-IS-1162-bokmal.pdf>.
- Sundslø, K., Söderhamn, U., Espnes, G.A & Söderhamn, O. (2012). Ability for self-care in urban living older people in southern Norway. *Journal of multidisciplinary healthcare*. 5, 85-95. DOI: doi.org/10.2147/JMDH.S29388
- Sørfonden, W. & Finstad, H. (2000). Forskerliv og hverdagsliv i samme rom - et tilbakeblikk på erfaringer med metoden fokusgruppe. *Vård i Norden*, 20(3), 39-42.
- Tuntland, H., Aaslund, M. K., Espehaug, B., Førland, O. & Kjekken, I. (2015). Reablement in community-dwelling older adults: a randomised controlled trial. *BMC Geriatrics*, 15(145). doi: 10.1186/s12877-015-0142-9
- Tuntland, H., Kjekken, I., Langeland, E., Folkestad, B., Espehaug, B., Førland, O. & Aaslund, M. K. (2017). Predictors of outcomes following reablement in community-dwelling older adults. *Clinical Interventions in Aging*, 12, 55-63.
- Tuntland, H. & Ness, N. E. (2014). Hva er hverdagsrehabilitering? In H. Tuntland & N. E. Ness (Eds.), *Hverdagsrehabilitering* (Vol. 1). Oslo: Gyldendal Akademisk.

- Tønnesen, M., Sørensen, J. B. & Nygaard, K. (2012). Grib Hverdagen, slutevaluering. Aarhus: Aarhus Kommune.
- Tønnessen, S., Førde, R., & Nortvedt, P. (2009). Fair nursing care when resources are limited: The role of patients and family members in Norwegian home-based services. *Policy, Politics, & Nursing Practice*, 10(4), 276-284.
- Uggerhøj, L. (2017). Possibilities and barriers in practice research approaches. In A.M. Støkken & E. Willumsen (Eds.), *Brugerstemmer, praksisforskning og innovasjon*. Kristiansand: Portal Akademisk.
- Vabø, M. (2007). Organisering for velferd: Hjemmetjenesten i en styringsideologisk brytningstid. *NOVA Rapport 22/07*: NOVA.
- Vetlesen, A. J. (1996). *Nærhetsetikk*. Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- Vetlesen, A. J. (2001). Omsorg – mellom avhengighet og autonomi. In K. W. Ruyter & A. J. Vetlesen (Eds.), *Omsorgens tvetydighet* (Vol. 1). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Vik, K. (2015). *Mens vi venter på eldrebølgen: Fra eldreomsorg til aktivitet og deltakelse*. Oslo: Gyldendal.
- Vike, H., Debesay, J. & Haukelien, H. (2016). Grasrotsbyråkratiets historisk-politiske forankring. In H. Vike, J. Debesay & H. Haukelien (Eds.), *Tilbakeblikk på verferdsstaten. Politikk, styring og tjenester*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Vinnari, E. & Dillard, J. (2016). (ANT) agonistics: Pluralistic politicization of, and by, accounting and its technologies. *Critical Perspectives on Accounting*, 39, 25-44.
- Wackerhausen, S. (1994). Et åbent sundhedsbegreb- mellem fundamentalisme og relativisme. In U. J. Jensen & P. F. Andersen (Eds.), *Sundhedsbegreper: filosofi og praksis* (Vol. 1, pp. 43-73). Århus, DK: Philosophia.
- Wackerhausen, S. (2009). Collaboration, professional identity and reflections across boundaries. *Journal of Interprofessional Care*, 23(5), 455-473.

- Walach, H., Falkenberg, T., Fønnebo, V., Lewith, G. & Jonas, W. B. (2006). Circular instead of hierarchical: methodological principles for the evaluation of complex interventions. *BMC Medical Research Methodology*, 6(29).
- Walsh, I., Holton, J. A., Baily, L., Fernandez, W., Levina, N. & Glaser, B. (2015). What Grounded Theory Is.... A Critically Reflective Conversation Among Scholars. *Organizational Research Methods*, 1-19.
- Whitehead, P. J., Worthington, E. J., Parry, R. H., Walker, M. F. & Drummond, A. E. (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. doi: 10.1177/0269215514564894.
- Whittle, A. & Spicer, A. (2008). Is actor network theory critique? *Organization studies*, 29(4), 611-629.
- WHO (2002). Active aging: A policy framework. Geneva: Verdens helseorganisasjon.
- 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 rehabilitation services. *Health and social care in the community*, 20(6), 583-590.
- Wilkinson, S. (1998). Focus group methodology: a review. *International Journal of Social Research Methodology*, 1(3), 181-203.
- Willumsen, E., Sirnes, T. & Ødegård, A. (2014). Nye samarbeidsformer -et samfunnsoppdrag. In E. Willumsen & A. Ødegård (Eds.), *Tverrprofesjonelt samarbeid: et samfunnsoppdrag*. (s. 19-29). Oslo: Universitetsforlaget.
- Winkel, A., Langberg, H. & Wæhrens, E. E. (2014). Reablement in a community setting. *Disability and Rehabilitation*, 37(15), 1347-1352.

- Witsø, A. E., Eide, A. H. & Vik, K. (2012). Older Homecare Service Recipients` Satisfaction with Participation in Daily Life Activities. *Physical & Occupational Therapy in Geriatrics*, 30(2), 85-101.
- Zingmark, M. (2015). *Occupation-focused and occupation-based interventions for community-dwelling older people*. (Ph.D), Umeå University, Umeå. (New Series No 1699).

Vedlegg

- Vedlegg A Svar fra REK
- Vedlegg B Svar fra NSD
- Vedlegg C Godkjenning fra kommunen
- Vedlegg D Søketablell
- Vedlegg E Informasjonsskriv til alle deltakere
- Vedlegg F Temaguiden intervju med økonomer
- Vedlegg G Eksempel på koding av tekst

Region	Saksbehandler	Telefon	Vår dato	Vår referanse
REK nord			18 12 2013	2013/2145/REK nord
			Deres dato	Deres referanse
			05 11 2013	

Vår referanse må oppgis ved alle henvendelser

Berit Støre Brinchmann
 Profesjonshøgskolen

2013/2145 Å hoppe etter Fredericia, blir resultatet like bra?

Forskningsansvarlig: Universitetet i Nordland

Prosjektleder: Berit Støre Brinchmann

Vi viser til søknad om forhåndsgodkjenning av ovennevnte forskningsprosjekt. Søknaden ble behandlet av Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK nord) i møtet 05.12.2013. Vurderingen er gjort med hjemmel i helseforskningsloven (hfl.) § 10, jf. forskningsetikklovens § 4.

Prosjektleders prosjekttale

Hverdagsrehabilitering er et satsningsområde i flere norske kommuner, men rapporter fremhever et behov for mer dokumentasjon og forskningsbasert kunnskap på feltet. Hensikten med denne studien er derfor å utvikle kunnskap om implementering av hverdagsrehabilitering i [REDACTED] kommune. Denne kunnskapen vil omfatte brukernes, pårørendes og ansattes erfaringer, og vurderinger av hvordan ansatte i [REDACTED] kommune går frem for å nå sine mål om å "yte en målstyrt, tidsavgrenset og tverrfaglig rehabilitering som skal sikre at brukeren oppnår økt funksjon og deltakelse, med et mindre forbruk av ressurser". Studien er en følgeforskningsstudie. Metode for innsamling av data vil være individuelle intervju, fokusgruppeintervju og feltobservasjoner. Analysemetoder vil være inspirert av grounded theory.

Vurdering

Framleggingsplikt

De prosjektene som skal framlegges for REK er prosjekt som dreier seg om "medisinsk og helsefaglig forskning på mennesker, humant biologisk materiale eller helseopplysninger", jf. helseforskningsloven (h) § 2. "Medisinsk og helsefaglig forskning" er i h § 4 a) definert som "virksomhet som utføres med vitenskapelig metodikk for å skaffe til veie ny kunnskap om helse og sykdom". Det er altså formålet med studien som avgjør om et prosjekt skal anses som framleggelsespliktig for REK eller ikke.

Hensikten med studien er beskrevet: "å utvikle kunnskap om implementering av en ny velferdsmodell "hverdagsrehabilitering" i [REDACTED] kommune. Herunder kunnskap om brukernes, pårørendes og ansattes erfaringer, og hvilke vurderinger ansatte i [REDACTED] kommune gjør av sin målsetting om å "yte en målstyrt, tidsavgrenset og tverrfaglig rehabilitering som skal sikre at brukeren oppnår økt funksjon og deltakelse, med et mindre forbruk av ressurser". "

Og som forskningsspørsmål er opplistet:

- "Hvilke erfaringer har brukere som deltar i prosjektet "Lengst mulig i eget liv- i eget hjem"? Har prosjektet betydning for økt aktivitet og deltakelse?"
- "Hvilke erfaringer har pårørende til brukere som mottar hverdagsrehabilitering?"

- *Hvilke erfaringer har de ansatte som deltar i prosjektet "Lengst mulig i eget liv- i eget hjem"? Har prosjektet hatt betydning for jobbtrivsel, engasjement og faglig kompetanse?*
- *Hvilke vurderinger gjør ansatte i rundt [REDAKERT] kommune av ressursbruk i prosjektet "Lengst mulig i eget liv- i eget hjem"? Hva ligger til grunn for kalkyler som er laget?"*

Prosjektleder har oppsummert studien slik:

"Studien "Å hoppe etter Fredericia- blir resultatet like bra?" har som målsetting å utvikle kunnskap om implementering av en ny velferdsmodell "hverdagsrehabilitering" i [REDAKERT] kommune. Kunnskapen vil omfatte brukernes, pårørendes og ansattes erfaringer, og vurderinger av hvordan ansatte i [REDAKERT] kommune går frem for å nå sine mål om å "yte en målstyrt, tidsavgrenset og tverrfaglig rehabilitering som skal sikre at brukeren oppnår økt funksjon og deltakelse, med et mindre forbruk av ressurser"."

Studien har som hovedfokus å se på hvordan ansatte i [REDAKERT] kommune når sine mål, og ikke fokus på ny kunnskap om sykdom eller helse. Studien skal derfor ikke behandles av REK.

Godkjenning fra andre instanser

Det påhviler prosjektleder å undersøke hvilke eventuelle godkjenninger som er nødvendige fra eksempelvis personvernombudet ved den aktuelle institusjon eller Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD).

Dispensasjon fra taushetsplikt

Det søkes REK om fritak fra taushetsplikt for å gjøre feltobservasjon på kommunens prosjektgruppemøter og behandlingsmøter. REK er delegert myndighet til å gi dispensasjon fra taushetsplikt etter helsepersonelloven § 29 første ledd og forvaltningsloven § 13 første ledd. Det antas at man ved deltakelse på kommunens prosjektgruppemøter og behandlingsmøter vil kunne overhøre opplysninger som er taushetsbelagt.

Forsker skal skrive notater under og i etterkant av møtene. Det forutsettes at forskeren ikke samler inn personidentifiserende opplysninger.

Vedtak

Etter søknaden fremstår prosjektet ikke som et medisinsk og helsefaglig forskningsprosjekt som faller innenfor helseforskningsloven. Prosjektet er ikke fremleggingspliktig, jf. helseforskningslovens § 10, jf. forskningsetikkloven § 4, 2. ledd.

Med hjemmel i forskrift av 02.07.09 nr. 989, der REK er delegert myndighet til å gi dispensasjon fra taushetsplikt etter helsepersonelloven § 29 første ledd og forvaltningsloven § 13 første ledd, gis det dispensasjon fra taushetsplikt for deltakelse på kommunens prosjektgruppemøter og behandlingsmøter slik som nevnt i søknaden.

Klageadgang

Du kan klage på komiteens vedtak, jf. forvaltningslovens § 28 flg. Klagen sendes til REK nord. Klagefristen er tre uker fra du mottar dette brevet. Dersom vedtaket opprettholdes av REK nord, sendes klagen videre til Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag for endelig vurdering.

Med vennlig hilsen

May Britt Rossvoll
sekretariatsleder

Kopi til: cfm@uin.no



Harald Hårfagres gate 29
N-5007 Bergen
Norway
Tel: +47-55 58 21 17
Fax: +47-55 58 96 50
nsd@nsd.uib.no
www.nsd.uib.no
Org.nr. 985 321 884

Cathrine Fredriksen Moe
Profesjonshøgskolen Universitetet i Nordland
Postboks 1490
8049 BODØ

Vår dato: 20.01.2014

Vår ref: 36770 / 2 / LMR

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 19.12.2013. Meldingen gjelder prosjektet:

<i>36770</i>	<i>Å hoppe etter Fredericia - blir resultatet like bra?</i>
<i>Behandlingsansvarlig</i>	<i>Universitetet i Nordland, ved institusjonens overste leder</i>
<i>Daglig ansvarlig</i>	<i>Cathrine Fredriksen Moe</i>

Personvernombudet har vurdert prosjektet, og finner at behandlingen av personopplysninger vil være regulert av § 7-27 i personopplysningsforskriften. Personvernombudet tilrår at prosjektet gjennomføres.

Personvernombudets tilråding forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, ombudets kommentarer samt personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, <http://www.nsd.uib.no/personvern/meldeplikt/skjema.html>. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://pvo.nsd.no/prosjekt>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 01.09.2017, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Vigdis Namtvedt Kvalheim

Linn-Merethe Rød

Kontaktperson: Linn-Merethe Rød tlf: 55 58 89 11

Vedlegg: Prosjektvurdering

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

Audelingskontorer / District Offices:

OSLO: NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11. nsd@uio.no

TRONDHEIM: NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 59 19 07. kyrre.svarva@svt.ntnu.no

TROMSØ: NSD, SVF, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36. nsdmaa@sv.uio.no

Personvernombudet for forskning



Prosjektvurdering - Kommentar

Prosjektnr: 36770

Ifølge prosjektmeldingen skal det innhentes skriftlig samtykke til deltakelse i prosjektet basert på muntlig og skriftlig informasjon om prosjektet og behandling av personopplysninger. Personvernombudet finner informasjonsskrivene tilfredsstillende utformet i henhold til personopplysningslovens vilkår, forutsatt at det tilføyes dato for prosjektslutt og anonymisering av data.

Utvalget består av brukere i hjemmetjenesten, pårørende av brukere i hjemmetjenesten og ansatte i kommunen. Pårørende forespørres om deltakelse, i de tilfeller hvor brukerne har samtykket til dette. Samtlige brukere i utvalget har selvstendig samtykkekompetanse. Data samles inn via personlig intervju, gruppeintervju og observasjon.

REK har innvilget dispensasjon fra taushetsplikten vedrørende deltakelse i prosjektgruppemøter og behandlingsmøter, jf. vedtak av 18.12.2013. Det skal ikke registreres personidentifiserende opplysninger ved deltakelse i møter.

Transkribering foretas av en databehandler. Personvernombudet forutsetter at det foreligger databehandleravtale mellom databehandler og Universitetet i Nordland for den behandling av data som finner sted, jf. personopplysningsloven § 15. For råd om hva databehandleravtalen bør inneholde, se Datatilsynets veileder på denne siden: <http://datatilsynet.no/verktoy-skjema/Skjema-maler/Databehandleravtale---mal/>

I henhold til prosjektmelding skal prosjektet avsluttes 01.09.2017 og innsamlede opplysninger skal da anonymiseres og lydopptak slettes. Anonymisering innebærer at direkte personidentifiserende opplysninger som navn/koblingsnøkkel slettes, og at indirekte personidentifiserende opplysninger (sammenstilling av bakgrunnsopplysninger som f.eks. yrke, alder, kjønn) fjernes eller grovkategoriseres slik at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes i materialet.



Helse- og omsorgsavdelingen

Cathrine Fredriksen Moe

Dato: 19.12.2013
Saksbehandler:
Telefon direkte:
Deres ref.:
Løpenr.: 84824/2013
Saksnr./vår ref.: 2011/8685
Arkivkode: F20

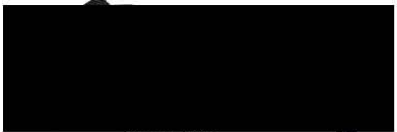
Godkjenning følgeforskning prosjekt Hverdagsrehabilitering

Stipendiat: Cathrine Fredriksen Moe, gis gjennom følgeforsknings prosjektet: « Å hoppe etter Fredericia – blir resultatet like bra?», anledning til å forske på det arbeidet vi gjør/har gjort i forbindelse med innføring av Hverdagsrehabilitering i hjemmetjensten i [redacted] kommune.

Med hilsen



Kommunaldirektør



konsulent

Helse- og omsorgsavdelingen

Postadresse:
Postboks 319 [redacted]
Besøksadresse:
[redacted]

Telefoner:
Sentralbord: [redacted]
Ekspedisjon:
Telefax: [redacted]

Elektroniske adresser:
[redacted]
[redacted]
[redacted]

Orgnr.:
[redacted]
[redacted]
[redacted]

Vedlegg D: Oversikt over litteratursøk

Dato	Database	Søkeord	Grense	Antall treff	Relevante	Ekskluderte	Relevante	Land
09.02.17	PubMed	Reablement OR rehabilitation OR Restorative care AND home	Siste 10 år	156	34	Tannhelse (67) Demens (4) Terminal pleie (5) Institusjon (14) Annet (13)	Hjelle, Alvsvåg & Førland, 2016 Tuntland, m.fl, 2016 Hjelle m.fl., 2016 Cochrane, m.fl., 2016 Mann, m.fl., 2016 Lewin, m.fl, 2016 Aspinal, m.fl, 2016 Kjerstad og Tuntland, 2016 Hjelle, m.fl, 2016 Tuntland, m.fl, 2015 Legg, m.fl, 2016 Tuntland, m.fl, 2015 Whitehead, m.fl, 2014 Winkel, m.fl, 2015 Lewin, m.fl, 2014 Burton, m.fl, 2013 Lewin, 2013 Whitehead, m.fl, 2013 Parsons, m.fl, 2013 Sheffield, m.fl, 2013 Lewin, m.fl, 2013 Tinetti, m.fl, 2012 Burton, m.fl, 2013 Parsons & Parsons, 2012 Wilde & Glendinning, 2012 Crawford, m.fl, 2012 King, m.fl, 2012 Rabee & Glendinning, 2011	Norge Norge Norge UK UK Australia UK, DK, N Norge Norge Norge UK Norge UK Danmark Australia Australia Australia UK New Zealand US Australia US Australia New Zealand UK Canada New Zealand UK

09.02.17	Cinahl	Reablement OR re- ablement OR Restorative care AND home	Academic journals Siste 10 år	58	19	Demens (3) Institusjon (17) Annet (9) Tannhelse (1)	<p>While, 2011</p> <p>Lewin & Vandermeulen, 2010</p> <p>Resnick, m.fl, 2009</p> <p>Resnick, m.fl, 2009</p> <p>Ryburn, m.fl, 2009</p> <p>Glennning, m.fl, 2008</p> <p>Lewin, m.fl, 2014</p> <p>Rabee, m.fl, 2011</p> <p>Lewin, m.fl, 2013</p> <p>Tinetti, m.fl, 2012</p> <p>King, m.fl, 2012</p> <p>King, m.fl, 2012</p> <p>Lewin, m.fl, 2010</p> <p>Burton, m.fl, 2014</p> <p>Ryburn, m.fl, 2009</p> <p>Parsons, m.fl, 2013</p> <p>Burton, m.fl, 2013</p> <p>Wilde, m.fl, 2012</p> <p>Winkel, m.fl, 2015</p> <p>Burton, m.fl, 2013</p> <p>Resnick, m.fl, 2013</p> <p>Newton, 2012</p> <p>Trappes- Lomax & Hawton, 2012</p> <p>Glennning, m.fl, 2008</p>	<p>UK</p> <p>Australia</p> <p>US</p> <p>US</p> <p>UK</p> <p>UK</p> <p>Australia</p> <p>UK</p> <p>Australia</p> <p>US</p> <p>New Zealand</p> <p>New Zealand</p> <p>Australia</p> <p>Australia</p> <p>UK</p> <p>New Zealand</p> <p>New Zealand</p> <p>Australia</p> <p>Australia</p> <p>UK</p> <p>Danmark</p> <p>UK</p> <p>US</p> <p>UK</p> <p>UK</p> <p>UK</p>
09.02.17	Embase	Reablement OR re- ablement OR Restorative care AND home	Siste 10 år	54	18	Tannhelse (5) Annet (11) Spes.lidelser (1) Non-health (1) Institusjon (17) Demens (1)	<p>Norge</p> <p>Norge</p> <p>Norge</p> <p>UK, DK, N</p> <p>UK</p> <p>Norge</p> <p>UK</p> <p>Norge</p>	

28.12.16	Scopus	Reablement OR re- ablement OR Restorative care AND home	Siste 10 år Ikke: dentistry Biochemistry Neuroscience Agricultural	131	37	Tannhelse (29) Annet (24) End-of-life (7) Spesifikk lidelse (8) Demens (4) Institusjon (16)	Winkel, m.fl, 2015 Lewin, m.fl, 2014 Burton, m.fl, 2013 Lewin, m.fl, 2013 Whitehead, m.fl, 2013 Burton, 2013 Tinetti, m.fl, 2012 King, m.fl, 2012 Wilde & Glendinning, 2012 Rabee & Glendinning, 2011 Hjelle, m.fl, 2016 Hjelle, m.fl, 2016 Cochrane, m.fl, 2016 Legg, m.fl, 2016 Mann, m.fl, 2016 Tuntland, m.fl, 2015 Langeland, m.fl, 2015 Fersch, 2015 Winkel, m.fl, 2015 Dahl, m.fl, 2015 Whitehead, m.fl, 2014 Lewin, m.fl, 2014 Burton, m.fl, 2014 Senior, m.fl, 2014 Burton, m.fl, 2013 Sheffield, m.fl, 2013 Lewin, m.fl, 2013 Parsons, m.fl, 2013 Burton, m.fl, 2013 Gulwadi, 2013 Lewin, m.fl, 2013 Parsons og Parsons, 2010 Wilde og Glendinning, 2012	Danmark Australia Australia Australia England Australia USA New Zealand England England Norge Norge UK UK UK Norge Norge Danmark Danmark Danmark UK Australia Australia New Zealand Australia US Australia New Zealand Australia US Australia New Zealand Australia UK
----------	--------	--	---	-----	----	---	--	---

09.02.17	Idunn	Hverdagsrehabilitering			11	4			Trappes-Lomax og Hawton, 2012 Tinetti, m.fl, 2012 King, m.fl, 2012 Crawford, m.fl, 2012 King, m.fl, 2012 Parsons, m.fl, 2012 Manthorpe, 2011 Rabiee og Glendinning, 2011 Lewin og Vandermeulen, 2010 Ryburn, m.fl, 2009 Korpela, m.fl, 2008 Glendinning og Newbrunner, 2008 Glendinning, m.fl, 2008 Resnick, m.fl, 2006 Jokstad, m.fl, 2016 Svindland, m.fl, 2015 Hald & Dale, 2016 Fasting, 2013 Jokstad, m.fl, 2016	UK US New Zealand Canada New Zealand New Zealand UK UK Australia Australia Finland UK UK US Norge Norge Norge Norge Norge
09.02.17	Swemed+	Vardagsrehabilitering OR hverdagsrehabilitering	Peer-reviewed	1	1	1	Forebyggende hj.besøk (2) Institusjon (1) Demens (1) Annet (3)			

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

”Å hoppe etter Fredericia- blir resultatet like bra?” (bruker)

Bakgrunn og hensikt

Dette er et spørsmål til deg om å delta i en forskningsstudie for å utvikle kunnskap om implementering av en ny velferdsmodell ”hverdagsrehabilitering” i [REDACTED] kommune.

Studien gjennomføres av ph.d. kandidat ved Universitetet i Nordland Cathrine Moe. Veiledere er professor Berit Støre Brinchmann ved Universitetet i Nordland og Universitetet i Stavanger og førsteamanuensis Levi Gårseth-Nesbakk ved Universitetet i Nordland.

Hva innebærer studien?

Denne forespørselen omfatter tre ulike deler. Du kan velge å samtykke til alle, eller bare noen.

Intervju

Jeg vil be om å få intervju deg. Intervjuet vil foregå hjemme hos deg eller i kommunens lokaler, etter hva du selv ønsker. Intervjuet vil vare i omtrent 45 minutter og bli tatt opp på bånd. Jeg vil spørre deg om hvilke erfaringer du har hatt med deltakelse i [REDACTED] kommunes prosjekt ”Lengst mulig i eget liv- i eget hjem”, og om prosjektet har hatt betydning for økt aktivitet og deltakelse hos deg? Jeg vil også be deg om tillatelse til å ringe deg etter ca 6 måneder for å høre om dine erfaringer i tiden etter at treningen er avsluttet.

Observasjon

Jeg vil be om tillatelse til å være med som observatør under hjemmetrening hos deg sammen med en av kommunens ansatte. Dette er for å få et bilde av hvordan treningen i praksis foregår.

Intervju med pårørende

Dersom du tillater det vil jeg be om å få intervju en av dine pårørende. Hun/ han vil få spørsmål om hvilke erfaringer de har med at du deltar i kommunens prosjekt.

Mulige fordeler og ulemper

Å dele erfaringer med andre kan være både godt og belastende. Dersom du har behov for kontakt med noen i etterkant av intervjuet kan du eller dine pårørende kontakte meg eller en av kommunens ansatte. Kontaktinformasjon finner du nedenfor.

Hva skjer med informasjonen om deg?

All informasjon som registreres om deg skal kun brukes slik som beskrevet i hensikten med studien. Alle opplysningene vil bli behandlet uten navn og fødselsnummer eller andre direkte gjenkjennerende opplysninger. En kode knytter deg til dine opplysninger gjennom en navneliste. Det er kun autorisert personell knyttet til prosjektet som har adgang til navnelisten og som kan finne tilbake til deg. Alle opplysninger vil bli slettet fem år etter at studien er avsluttet.

Det vil ikke være mulig å identifisere deg i resultatene av studien når disse publiseres.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien. Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke ditt samtykke til å delta i studien. Dette vil ikke få konsekvenser for din videre behandling. Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen på siste side og leverer det i en lukket konvolutt til kommunens ansatt. Om du nå sier ja til å delta, kan du senere trekke tilbake ditt samtykke. Dersom du senere ønsker å trekke deg eller har spørsmål til studien, kan du kontakte:

Cathrine Moe, stipendiat, Universitetet i Nordland

Telefon 75517905/ 93039128

e-post: cfm@uin.no

Retten til innsyn og sletting av opplysninger om deg og sletting av prøver

Hvis du sier ja til å delta i studien, har du rett til å få innsyn i hvilke opplysninger som er registrert om deg. Du har videre rett til å få korrigert eventuelle feil i de opplysningene vi har registrert. Dersom du trekker deg fra studien, kan du kreve å få slettet innsamlede opplysninger, med mindre opplysningene allerede er inngått i analyser eller brukt i vitenskapelige publikasjoner.

Økonomi

Studien er finansiert av Fondsregion Nord Norge og Universitetet i Nordland.

Informasjon om utfallet av studien

Dersom du ønsker det vil du få informasjon om resultatet av studien når det foreligger.

Samtykkeerklæring

Hvis du ønsker å delta i denne studien ber jeg om at du leser og underskriver samtykkeerklæringen som ligger vedlagt. Dersom du ikke ønsker å delta vil jeg takke deg for din tid.

Samtykke til deltakelse i studien

Jeg samtykker til å delta i forskningsintervju

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Jeg samtykker til at forsker kan delta som observatør under hjemmetrening

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Jeg samtykker til at forsker kan kontakte en pårørende for å be om intervju

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Navn og adresse på pårørende som kan kontaktes:

Jeg bekrefter å ha gitt informasjon om studien

(Signert, dato)

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

”Å hoppe etter Fredericia- blir resultatet like bra?” (pårørende)

Bakgrunn og hensikt

Dette er et spørsmål til deg om å delta i en forskningsstudie for å utvikle kunnskap om implementering av en ny velferdsmodell ”hverdagsrehabilitering” i [REDACTED] kommune.

Studien gjennomføres av ph.d. kandidat ved Universitetet i Nordland, Cathrine Moe. Veiledere er professor Berit Støre Brinchmann ved Universitetet i Nordland og Universitetet i Stavanger og førsteamanuensis Levi Gårseth-Nesbakk ved Universitetet i Nordland.

Hva innebærer studien?

På bakgrunn av samtykke fra en deltaker i [REDACTED] kommunes prosjekt ”Lengst mulig i eget liv- i eget hjem” vil jeg be om å få intervju deg som pårørende.

Intervjuet vil foregå hjemme hos deg, i kommunens lokaler eller pr telefon etter hva du selv ønsker.

Intervjuet vil vare i omtrent 30 minutter og bli tatt opp på bånd. Jeg vil spørre deg om hvilke erfaringer du har hatt med at en pårørende har deltatt i kommunens prosjekt, og om prosjektet har ført til økt aktivitet og deltakelse for den aktuelle personen.

Mulige fordeler og ulemper

Å dele erfaringer med andre kan være både godt og belastende. Dersom du har behov for kontakt med noen i etterkant av intervjuet kan du eller dine pårørende kontakte meg eller en av kommunens ansatte. Kontaktinformasjon finner du nedenfor.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Informasjon som registreres om deg skal kun brukes slik som beskrevet i hensikten med studien. Alle opplysningene vil bli behandlet uten navn eller andre direkte gjenkjennende opplysninger. En kode knytter deg til dine opplysninger gjennom en navneliste.

Det er kun autorisert personell knyttet til prosjektet som har adgang til navnelisten og som kan finne tilbake til deg. Alle opplysninger vil bli slettet fem år etter at studien er avsluttet.

Det vil ikke være mulig å identifisere deg i resultatene av studien når disse publiseres.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien. Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke ditt samtykke til å delta i studien. Dette vil ikke få konsekvenser for din pårørendes videre behandling. Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen på siste side og sender til meg i ferdig frankert

konvolutt. Om du nå sier ja til å delta, kan du senere trekke tilbake ditt samtykke. Dersom du senere ønsker å trekke deg eller har spørsmål til studien, kan du kontakte:

Cathrine Moe, stipendiat, Universitetet i Nordland

Telefon 75517905/ 93039128

e-post: cfm@uin.no

Retten til innsyn og sletting av opplysninger om deg og sletting av prøver

Hvis du sier ja til å delta i studien, har du rett til å få innsyn i hvilke opplysninger som er registrert om deg. Du har videre rett til å få korrigert eventuelle feil i de opplysningene vi har registrert. Dersom du trekker deg fra studien, kan du kreve å få slettet innsamlede opplysninger, med mindre opplysningene allerede er inngått i analyser eller brukt i vitenskapelige publikasjoner.

Økonomi

Studien er finansiert av Fondsregion Nord Norge og Universitetet i Nordland.

Informasjon om utfallet av studien

Dersom du ønsker det vil du få informasjon om resultatet av studien når det foreligger.

Samtykkeerklæring

Hvis du ønsker å delta i denne studien ber jeg om at du leser og underskriver samtykkeerklæringen som ligger vedlagt. Dersom du ikke ønsker å delta vil jeg takke deg for din tid.

Samtykke til deltakelse i studien

Jeg er villig til å delta i studien

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Jeg bekrefter å ha gitt informasjon om studien

(Signert, dato)

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

”Å hoppe etter Fredericia- blir resultatet like bra?” (økonomi)

Bakgrunn og hensikt

Dette er et spørsmål til deg om å delta i en forskningsstudie for å utvikle kunnskap om implementering av en ny velferdsmodell ”hverdagsrehabilitering” i [REDACTED] kommune.

Studien gjennomføres av ph.d. kandidat ved Universitetet i Nordland Cathrine Moe. Veiledere er professor Berit Støre Brinchmann ved Universitetet i Nordland og Universitetet i Stavanger og førsteamanuensis Levi Gårseth-Nesbakk ved Universitetet i Nordland.

Hva innebærer studien?

Jeg vil be deg om å delta i et forskningsintervju. Intervjuet vil bli gjennomført i kommunens lokaler og vil vare i omtrent 45 minutter. Intervjuet vil bli tatt opp på bånd.

Jeg vil under intervjuet spørre deg om hvilke erfaringer du har hatt med å lage kalkyle for [REDACTED] kommunes prosjekt ”Lengst mulig i eget liv- i eget hjem”. Jeg ønsker å høre om hvilke projekteffekter som er tatt med. Jeg vil også spørre deg om dine vurderinger om hva som er forskjellen mellom dette prosjektet og ordinær hjemmetjeneste, og hva du ser for deg vil skje dersom prosjektet implementeres i ordinær drift i kommunen.

Mulige fordeler og ulemper

Å dele erfaringer med andre kan være både godt og belastende. Dersom du har behov for kontakt med noen i etterkant av intervjuet kan du kontakte meg. Kontaktinformasjon finner du nedenfor.

Hva skjer med informasjonen om deg?

All informasjon som registreres om deg skal kun brukes slik som beskrevet i hensikten med studien. Alle opplysningene vil bli behandlet uten navn og fødselsnummer eller andre direkte gjenkjenne opplysninger.

Det er kun autorisert personell knyttet til studien som har adgang til opplysninger. Alle opplysninger vil bli slettet fem år etter at studien er avsluttet.

Det vil ikke være mulig å identifisere deg i resultatene av studien når disse publiseres.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien. Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke ditt samtykke til å delta i studien. Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen på siste side, og sender samtykket til meg i ferdig frankert konvolutt. Om du nå sier ja til å delta, kan du senere trekke

tilbake ditt samtykke. Dersom du senere ønsker å trekke deg eller har spørsmål til studien, kan du kontakte:

Cathrine Moe, stipendiat, Universitetet i Nordland

Telefon 75517905/ 93039128

e-post: cfm@uin.no

Rett til innsyn og sletting av opplysninger om deg og sletting av prøver

Hvis du sier ja til å delta i studien, har du rett til å få innsyn i hvilke opplysninger som er registrert om deg. Du har videre rett til å få korrigert eventuelle feil i de opplysningene vi har registrert. Dersom du trekker deg fra studien, kan du kreve å få slettet innsamlede opplysninger, med mindre opplysningene allerede er inngått i analyser eller brukt i vitenskapelige publikasjoner.

Økonomi

Studien er finansiert av Fondsregion Nord Norge og Universitetet i Nordland.

Informasjon om utfallet av studien

Dersom du ønsker det vil du få informasjon om resultatet av studien når det foreligger.

Samtykkeerklæring

Hvis du ønsker å delta i denne studien ber jeg om at du leser og underskriver samtykkeerklæringen som ligger vedlagt. Dersom du ikke ønsker å delta vil jeg takke deg for din tid.

Samtykke til deltakelse i studien

Jeg er villig til å delta i studien og samtykker til å delta i forskningsintervju

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Jeg bekrefter å ha gitt informasjon om studien

(Signert, dato)

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

”Å hoppe etter Fredericia- blir resultatet like bra?” (virksomhetsledere+tildeling)

Bakgrunn og hensikt

Dette er et spørsmål til deg om å delta i en forskningsstudie for å utvikle kunnskap om implementering av en ny velferdsmodell ”hverdagsrehabilitering” [REDACTED] kommune.

Studien gjennomføres av ph.d. kandidat ved Universitetet i Nordland, Cathrine Moe. Veiledere er professor Berit Støre Brinchmann ved Universitetet i Nordland og Universitetet i Stavanger og førsteamanuensis Levi Gårseth-Nesbakk ved Universitetet i Nordland.

Hva innebærer studien?

Jeg vil be deg om å delta i ett eller flere fokusgruppeintervju. Intervjuene vil bli gjennomført i kommunens lokaler og vil vare i omtrent en time. Intervjuet vil bli tatt opp på bånd.

Jeg vil under intervjuet spørre deg om hvilke erfaringer du har med [REDACTED] kommunes prosjekt ”Lengst mulig i eget liv- i eget hjem”. Jeg ønsker spesielt å høre om forskjeller mellom prosjektet og ordinær hjemmetjeneste når det gjelder drift, administrasjon og økonomi.

Mulige fordeler og ulemper

Å dele erfaringer med andre kan være både godt og belastende. Dersom du har behov for kontakt med noen i etterkant av intervjuet kan du kontakte meg. Kontaktinformasjon finner du nedenfor.

Hva skjer med informasjonen om deg?

All informasjon som registreres om deg skal kun brukes slik som beskrevet i hensikten med studien. Alle opplysningene vil bli behandlet uten navn og fødselsnummer eller andre direkte gjenkjenne opplysninger.

Det er kun autorisert personell knyttet til studien som har adgang til opplysninger. Alle opplysninger vil bli slettet fem år etter at studien er avsluttet.

Det vil ikke være mulig å identifisere deg i resultatene av studien når disse publiseres.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien. Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke ditt samtykke til å delta i studien. Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen på siste side og sender den til meg i ferdig frankert konvolutt. Om du nå sier ja til å delta, kan du senere trekke tilbake ditt samtykke. Dersom du senere ønsker å trekke deg eller har spørsmål til studien, kan du kontakte:

Cathrine Moe, stipendiat, Universitetet i Nordland

Telefon 75517905/ 93039128

e-post: cfm@uin.no

Rett til innsyn og sletting av opplysninger om deg og sletting av prøver

Hvis du sier ja til å delta i studien, har du rett til å få innsyn i hvilke opplysninger som er registrert om deg. Du har videre rett til å få korrigert eventuelle feil i de opplysningene vi har registrert. Dersom du trekker deg fra studien, kan du kreve å få slettet innsamlede opplysninger, med mindre opplysningene allerede er inngått i analyser eller brukt i vitenskapelige publikasjoner.

Økonomi

Studien er finansiert av Fondsregion Nord Norge og Universitetet i Nordland.

Informasjon om utfallet av studien

Dersom du ønsker det vil du få informasjon om resultatet av studien når det foreligger.

Samtykkeerklæring

Hvis du ønsker å delta i denne studien ber jeg om at du leser og underskriver samtykkeerklæringen som ligger vedlagt. Dersom du ikke ønsker å delta vil jeg takke deg for din tid.

Samtykke til deltakelse i studien

Jeg er villig til å delta i studien og samtykker til å delta i fokusgruppeintervju

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Jeg bekrefter å ha gitt informasjon om studien

(Signert, dato)

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

”Å hoppe etter Fredericia- blir resultatet like bra?” (ledere)

Bakgrunn og hensikt

Dette er et spørsmål til deg om å delta i en forskningsstudie for å utvikle kunnskap om implementering av en ny velferdsmodell ”hverdagsrehabilitering” i [REDACTED] kommune.

Studien gjennomføres av ph.d. kandidat ved Universitetet i Nordland Cathrine Moe. Veiledere er professor Berit Støre Brinchmann ved Universitetet i Nordland og Universitetet i Stavanger og førsteamanuensis Levi Gårseth-Nesbakk ved Universitetet i Nordland.

Hva innebærer studien?

Jeg vil be deg om å delta i et forskningsintervju. Intervjuet vil bli gjennomført i kommunens lokaler og vil vare i omtrent 45 minutter. Intervjuet vil bli tatt opp på bånd.

Jeg vil under intervjuet spørre deg om hvilke erfaringer du har hatt med [REDACTED] kommunes prosjekt ”Lengst mulig i eget liv- i eget hjem”. Jeg ønsker å høre om bakgrunn for prosjektet og hvilke mål og forventninger du har, og hva du kan se for deg vil skje dersom hverdagsrehabilitering blir implementert i ordinær drift.

Mulige fordeler og ulemper

Å dele erfaringer med andre kan være både godt og belastende. Dersom du har behov for kontakt med noen i etterkant av intervjuet kan du kontakte meg. Kontaktinformasjon finner du nedenfor.

Hva skjer med informasjonen om deg?

All informasjon som registreres om deg skal kun brukes slik som beskrevet i hensikten med studien. Alle opplysningene vil bli behandlet uten navn og fødselsnummer eller andre direkte gjenkjenne opplysninger.

Det er kun autorisert personell knyttet til studien som har adgang til opplysninger. Alle opplysninger vil bli slettet fem år etter at studien er avsluttet.

Det vil ikke være mulig å identifisere deg i resultatene av studien når disse publiseres.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien. Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke ditt samtykke til å delta i studien. Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen på siste side og sender den til meg i ferdig frankert konvolutt. Om du nå sier ja til å delta, kan du senere trekke tilbake ditt samtykke. Dersom du senere ønsker å trekke deg eller har spørsmål til studien, kan du kontakte:

Cathrine Moe, stipendiat, Universitetet i Nordland

Telefon 75517905/ 93039128

e-post: cfm@uin.no

Rett til innsyn og sletting av opplysninger om deg og sletting av prøver

Hvis du sier ja til å delta i studien, har du rett til å få innsyn i hvilke opplysninger som er registrert om deg. Du har videre rett til å få korrigert eventuelle feil i de opplysningene vi har registrert. Dersom du trekker deg fra studien, kan du kreve å få slettet innsamlede opplysninger, med mindre opplysningene allerede er inngått i analyser eller brukt i vitenskapelige publikasjoner.

Økonomi

Studien er finansiert av Fondsregion Nord Norge og Universitetet i Nordland.

Informasjon om utfallet av studien

Dersom du ønsker det vil du få informasjon om resultatet av studien når det foreligger.

Samtykkeerklæring

Hvis du ønsker å delta i denne studien ber jeg om at du leser og underskriver samtykkeerklæringen som ligger vedlagt. Dersom du ikke ønsker å delta vil jeg takke deg for din tid.

Samtykke til deltakelse i studien

Jeg er villig til å delta i studien og samtykker til å delta i forskningsintervju

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Jeg bekrefter å ha gitt informasjon om studien

(Signert, dato)

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

”Å hoppe etter Fredericia- blir resultatet like bra?” (ansatte)

Bakgrunn og hensikt

Dette er et spørsmål til deg om å delta i en forskningsstudie for å utvikle kunnskap om implementering av en ny velferdsmodell ”hverdagsrehabilitering” i [REDACTED] kommune.

Studien gjennomføres av ph.d. kandidat ved Universitetet i Nordland, Cathrine Moe. Veiledere er professor Berit Støre Brinchmann ved Universitetet i Nordland og Universitetet i Stavanger og førsteamanuensis Levi Gårseth-Nesbakk ved Universitetet i Nordland.

Hva innebærer studien?

Denne forespørselen omfatter to ulike deler. Du kan velge å samtykke til begge eller bare en.

Fokusgruppeintervju

Jeg vil be deg om å delta i et eller flere fokusgruppeintervju. Intervjuene vil bli gjennomført i kommunens lokaler og vil vare i omtrent en time. Intervjuet vil bli tatt opp på bånd.

Jeg vil under intervjuet spørre deg om hvilke erfaringer du har hatt som ansatt i [REDACTED] kommunes prosjekt ”Lengst mulig i eget liv- i eget hjem”. Jeg ønsker spesielt å høre om prosjektet har hatt betydning for jobbtrivsel, engasjement og faglig kompetanse.

Observasjon

Jeg vil be om tillatelse til å være med som observatør under hjemmetrening/vurdering hos brukere sammen med deg. Dette er for å få et bilde av hvordan treningen/kartleggingen i praksis foregår.

Mulige fordeler og ulemper

Å dele erfaringer med andre kan være både godt og belastende. Dersom du har behov for kontakt med noen i etterkant av intervjuet kan du kontakte meg. Kontaktinformasjon finner du nedenfor.

Hva skjer med informasjonen om deg?

All informasjon som registreres om deg skal kun brukes slik som beskrevet i hensikten med studien. Alle opplysningene vil bli behandlet uten navn og fødselsnummer eller andre direkte gjenkjennende opplysninger.

Det er kun autorisert personell knyttet til studien som har adgang til opplysninger. Alle opplysninger vil bli slettet fem år etter at studien er avsluttet.

Det vil ikke være mulig å identifisere deg i resultatene av studien når disse publiseres.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien. Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke ditt samtykke til å delta i studien. Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen på siste side og leverer den til meg. Om du nå sier ja til å delta, kan du senere trekke tilbake ditt samtykke. Dersom du senere ønsker å trekke deg eller har spørsmål til studien, kan du kontakte:

Cathrine Moe, stipendiat, Universitetet i Nordland

Telefon 75517905/ 93039128

e-post: cfm@uin.no

Rett til innsyn og sletting av opplysninger om deg og sletting av prøver

Hvis du sier ja til å delta i studien, har du rett til å få innsyn i hvilke opplysninger som er registrert om deg. Du har videre rett til å få korrigert eventuelle feil i de opplysningene vi har registrert. Dersom du trekker deg fra studien, kan du kreve å få slettet innsamlede opplysninger, med mindre opplysningene allerede er inngått i analyser eller brukt i vitenskapelige publikasjoner.

Økonomi

Studien er finansiert av Fondsregion Nord Norge og Universitetet i Nordland.

Informasjon om utfallet av studien

Dersom du ønsker det vil du få informasjon om resultatet av studien når det foreligger.

Samtykkeerklæring

Hvis du ønsker å delta i denne studien ber jeg om at du leser og underskriver samtykkeerklæringen som ligger vedlagt. Dersom du ikke ønsker å delta vil jeg takke deg for din tid.

Samtykke til deltakelse i studien

Jeg er villig til å delta i studien og samtykker til å delta i fokusgruppeintervju

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Jeg samtykker til at forsker kan delta som observatør under hjemmetrening/ vurdering

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Jeg bekrefter å ha gitt informasjon om studien

(Signert, dato)

INTERVJUGUIDE ØKONOMI

- Kan du fortelle litt om hvilke vurderinger du gjorde for å beregne kostnader i kommunens prosjekt ?
- Hvordan ser kalkylen ut?
- Hva ligger til grunn for denne kalkylen?
- Hvilke vurderinger har du gjort nå i ettertid?
- Hvordan ser du for deg at prosjektet har betydning for kommunens økonomi?
- Hva ser du for deg vil skje dersom prosjektet implementeres i ordinær drift?

INTERVJUGUIDE ØKONOMI

1. Hvilke faktorer har bidratt til at prosjektet ble etablert?
2. Kan du fortelle litt om hvilke vurderinger du gjorde for å beregne kostnader i kommunens prosjekt?
3. Er det definert økonomiske mål tilknyttet prosjektet?
4. Har dere utarbeidet en eller flere økonomiske kalkyler i prosjektet (dvs. økonomisk beregningsgrunnlag over innsparingsmuligheter, ressursbruk etc.)?
5. Har kalkylen(e) blitt endret over tid, i så tilfelle, hvorfor?
6. Hvem var med på å utvikle kalkylen?
7. Hva er formålet med kalkylen/kalkylene?
8. Hva inngår i kalkylen?
9. Hvilke forutsetninger ligger til grunn for kalkylen?
10. Brukernes behov er veldig forskjellige og dermed også behandlingstilbudet som kommunen tilbyr, samt hva slags resultater som kan oppnås. På hvilken måte er dette reflektert i kommunens økonomiske kalkyler mht. innsparing?
11. En kalkyle er ofte en forenkling av virkeligheten: Hva har man sett bort fra (ignoreret) i kalkylen?
12. Hvilke vurderinger har du gjort nå i ettertid?
13. Hvordan ser du for deg at prosjektet har betydning for kommunens økonomi?
14. Hva ser du for deg vil skje dersom prosjektet implementeres i ordinær drift?

INTERVJUGUIDE 23.06.15

1. Kan du fortelle litt om hvilke vurderinger du gjør for å beregne kostnader og nytte av hverdagsrehabilitering?
2. Er det pr tiden definert noen økonomiske mål tilknyttet tjenesten?
3. Har du/dere utarbeidet en eller flere økonomiske kalkyler tilknyttet tjenesten (dvs økonomisk beregningsgrunnlag over innsparingsgrunnlag/ ressursbruk etc)?
4. En kalkyle er ofte en forenkling av virkeligheten. Hva har man sett bort fra (ignorert) i kalkylen?
5. Har dere ignorert noe i kalkylen som du i ettertid har sett burde vært tatt med?
6. Hvilke andre utfordringer har du sett i kostnad- nytte vurderingen?
7. Hvordan har du/ dere valgt å håndtere eventuelle utfordringer?
8. Hvordan ser du for deg at tjenesten har betydning for kommunens økonomi?
9. På et møte for en tid tilbake la [REDACTED] frem resultater fra pilotprosjektet. Hun refererte til deg, og sa at de var vurdert som en kostnadseffektiv tjeneste. Nå har tallene endret seg. Hva tror du er årsaken til dette? Har du tatt inn andre variabler i kalkylene?
10. Hvilke tanker har du gjort deg om hvorvidt disse effektene er varig eller ikke, eller har du noen forståelse av hvorvidt andre har vurdert dette?

Intervjuguide 09.10.15

1. Etter vårt forrige møte har det blitt oppdaget en feil i beregningsmodellen, og dermed feil i det tallmaterialet som vi diskuterte. Kan du forklare feilen, og hvordan det har gitt seg utslag i resultatene?
2. Jeg har fått tilsendt de nye oversiktene, kan du forklare disse for meg?
3. Hvordan blir kostnad-nytte- vurderingen nå?
4. Hva gjorde du da du fikk reaksjoner etter forrige presentasjon av kostnad-nytte?
5. Hvordan ser «fremover-regnestykket» med forventet reduksjon av funksjoner ut?
5. Når det gjelder dine vurderinger, gjør du de på egenhånd eller diskuterer du med andre i kommunen? I så fall hvem?
6. Hadde du noe samarbeid med ██████████ om vurdering av hverdagsrehabilitering før han sluttet?
7. Hva legger grunnlaget for dine vurderinger?
8. Hvordan skaper kontrovers rundt kostnad-nytte analysen vansker for beslutningsprosesser tilknyttet organiseringen av tjenesteleveransen/tilbudet?
9. Hva er premissene partene må være enige om for at den nye tjenesteorganiseringen skal kunne bli permanent (en langvarig løsning)?
10. Hvem anser du som de mest sentrale beslutningstakerne i spørsmålet om organiseringen av hverdagsrehabilitering (og hvorfor disse)?
11. Hva tenker du er viktig for hverdagsrehabilitering fremover?

Vedlegg G: Eksempel på koding av tekst


Transkribert tekst	Åpen koding	Kategori
<p>Det er noe, det er kanskje særlig når vi skal overføre tilbake til hjemmetjenesten. Eller, ja, hva vi forventer av dem eller. Især hvis folk står igjen med og fortsatt har vedtak. Det er litt det her å kommunisere, ja men, selv om han fremdeles har vedtak på dusj, ikke sant, så skal ikke du gå inn å hjelpe han i dusjen lenger. Du skal bare være til stede, eller det er litt det her å kommunisere hvordan vil vi at du skal jobbe med han. Den her brukeren etterpå.</p> <p>OBJ: Og det å nå frem til alle sammen, altså det å, skal man, skal man ringe til avdelingsleder, skal man ringe, eller sende internkommunikasjon til avdelingsleder, skal vi sende en kommunikasjonsjournal til, altså når det allikevel frem til</p>	<p>Overføring til hjemmetjenesten</p> <p>Kommunikasjon med hjemmetjenesten</p> <p>Hvem skal vi ringe til?</p>	<p>Collaboration (samarbeid)</p>
<p>Og det å klare å bruke de ressursene den enkelte har til å gjøre, utfordre litte grann. Den balansegangen å utfordre nok til at du får en utvikling, men ikke utfordre for mye sånn at de opplever ikke mestring, tenker jeg. En av de forskjellene, det at vi kan på en mye større grad gå ut å bruke, prøve å få bruker til å bruke sine ressurser.</p>	<p>Balansegang med å utfordre nok til utvikling, men ikke så mye at de ikke opplever mestring</p>	<p>Developing knowledge (Utvikle kunnskap om HvR)</p>
<p>OBJ: Men vi arbeider jo i lag med de. Altså mot et felles mål. Så vi er jo like mye i det som de er.</p> <p>OBJ: Ja det er sant. Vi står ikke bare og gjør jobben vår.</p> <p>OBJ: Det er helt sant.</p> <p>INT: Så dere deltar i aktiviteten?</p> <p>OBJ-flere: Ja. Ja.</p>	<p>Vi jobber jo i lag med de</p>	<p>Collaboration</p>

<p>OBJ: Vi gjør jo øvelsene i lag med de. Vi er jo ikke noe passive deltagere vi.</p> <p>OBJ: Vi står ikke og ser på.</p> <p>OBJ: Alle øvelsene det gjør vi i lag med de.</p> <p>OBJ: Ja, vi står ikke og ser på at de skal gjøre det. Det gjør vi ikke.</p> <p>OBJ: Nei.</p> <p>OBJ: Skal de sette seg og reise seg så gjør vi og det, og sånne ting. Ja.</p> <p>OBJ: Vi gjør det i lag.</p> <p>OBJ: Ja, og det tror jeg er viktig. Og det er viktig for brukerne. Jeg tenker på at kommer det inn folk og skal liksom stå å se på at det er liksom, det handler om, altså det blir på en, det handler noe med, ja respekt å gjøre. At vi gjør det, og vi drar i lag, vi gjør det her i lag. Og ennå så kan de si, ja du skjønner det at jeg tror jeg klarer å holde meg litt lenger.</p> <p>OBJ: Nei det er, det er helt annen, det er jo et samspill.</p>	<p>Det handler om respekt</p> <p>Det er jo et samspill</p>	
<p>OBJ: Og så er det litt holdninger og selvfølgelig, men det er</p> <p>OBJ: Ja altså men hodet må snues både på oss som jobber og faktisk på de som, som mottar hjelpen. For mange har innstillingen at nå mottar de hjelp og da kan de sleppe hendene ned og så skjer alt.</p>	<p>holdninger må snus både hos ansatte og brukere</p>	<p>Habituating</p>
<p>OBJ: Du kan si at, det som jeg ser jo og på, for at vi har jo en gammel kultur som går på det at, når du blir gammel så skal du nå få sitte i ro og da skal du nå få, ikke sant, da skal vi nå være så, og gi hjelp til å gjøre ting for og da gir vi så mye omsorg. Og det, det er jo situasjoner der det er viktig, men vi ser jo det at vi gjør, har jo gjort folk mye mer hjelpeløse enn man trenger. Man gjør, man gjør jo når ikke folk får brukt muskulatur og gjør de her tingene de klarer å gjøre, så, så blir de jo</p>	<p>kulturendring- fra å sitte i ro til å bruke muskler</p>	<p>Habituating</p>

<p>sittende der og man blir jo mere ensom av det, av den grunn og. For ensom, og ensomhetsproblematikk det er jo en stor del av det her. Ja. Et stort problem i dagens samfunn.</p>	<p>Blir ensom av å sitte i ro</p>	
<p><i>"vi blir noen som skal rydde opp- blir det rett?"</i></p> <p>Det hun mente her tror jeg var at de ble hentet inn for å gjøre denne kartleggingen og vurderingen på om eksisterende tiltak er tilstrekkelig eller om personen i det hele tatt trenger tiltak fra kommunen. Mener at hjemmetjenesten selv burde kunne gjøre dette. Hjemmetjenesten har ikke tid, svarer sykepleieren.</p>	<p><i>"vi blir noen som skal rydde opp- blir det rett?"</i></p>	<p>Filtering</p>

Del II

Artikkel I



Ole Johan Andersen
Levi Gårseth-Nesbakk
og Terese Bondas (red.)

INNOVASJONER I OFFENTLIG TJENESTEYTING

Vågal reise med behov
for allierte



EAGBOKFORLAGET

Copyright © 2015 by
Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS
All Rights Reserved

ISBN: 978-82-450-1552-2

Grafisk produksjon: John Grieg AS, Bergen

Omslagsdesign ved forlaget
Omslagsfoto: © shutterstock / Nejron Photo

Spørsmål om denne boken kan rettes til:
Fagbokforlaget
Kanalveien 51
5068 Bergen
Tlf.: 55 38 88 00 Faks: 55 38 88 01
e-post: fagbokforlaget@fagbokforlaget.no
www.fagbokforlaget.no

Materialet er vernet etter åndsverkloven.
Uten uttrykkelig samtykke er eksemplarframstilling
bare tillatt når det er hjemlet i lov eller avtale med Kopinor.

KAPITTEL 4

HVERDAGSREHABILITERING SOM INNOVASJON - ØKT OPPMERKSOMHET OM AKTØRERS SAMSPILL

CATHRINE FREDRIKSEN MOE OG LEVI GÅRSETH-NESBAKK

SAMMENDRAG

Hverdagsrehabilitering har relativt nylig blitt tatt i bruk i kommunale helse- og omsorgstjenester i Norge, og betraktes i denne studien som en organisatorisk innovasjon. Studien belyser bakgrunnen til at en aktuell kommune har valgt hverdagsrehabilitering som nytt tilbud til eldre, hjemmeboende innbyggere. Datainnsamlingen er basert på intervjuer med ansatte i kommunen, observasjoner av sentrale møter og dokumentgjennomgang. Resultater fra studien viser til sammenfallende faktorer, og er belyst med aktør-nettverksteori. Beskrivelsen framviser betydningen av fire forhold tilknyttet initiering av hverdagsrehabilitering: Bekymring om manglende framtidig økonomisk bæreevne til dagens eksisterende velferdsmodell, en presset økonomisk nåsituasjon, en faglig vurdering av at tjenesten kan og bør organiseres annerledes, samt at objekter spiller en nøkkelrolle i tilknytning til å innovere tjenesteproduksjonen og skape ønskede positive nettverkseffekter. Det er imidlertid usikkerhet forbundet med hvor lenge slike kompliserte nettverk vil forbli stabile.

Nøkkelord: hverdagsrehabilitering, innovasjon, aktør-nettverksteori, kommunesektoren, casestudie

4.1 HVERDAGSREHABILITERING SOM ORGANISATORISK ENDRING

Kommunal organisasjonsendring blir betraktet som en del av moderniseringen av offentlig sektor. Litteratur om organisatorisk endring tilsier at organisasjoner utforsker nye konsepter, stimulert av moderne organisatoriske trender, med utgangspunkt i usikkerhet, tvang eller anbefalinger (DiMaggio og Powell, 1983). Organisatoriske endringer og nyskapning i offentlig sektor kan således ha blitt formet av ulike initieringskrefter og formål. En del av reformene har hatt som siktemål å effektivisere offentlig tjenesteyting (Guthrie, Parker og English, 2003; Hood, 1995). I etterkant har flere forskningsbidrag og praktikere kritisert slike nyskappings- og reforminitiativ i offentlig sektor (blant annet Lapsley, 1999; Newberry, 2004). Sentralt i kritikken står manglende positive effekter og en framvekst av negative effekter av slike omstillingstiltak. Samlet sett har dette skapt større usikkerhet og skepsis om verdien av nyskappings- og omstillingstiltak innenfor offentlig sektor. Det er derfor ikke en selvfølge at stadig nye reformer har sitt utspring i de samme (kritiserte) målsettingene som tidligere reformer. Nyere forskning viser dessuten til sprikende resultater når det gjelder hvorfor kommuner innoverer (Teigen, 2013). Det er derfor behov for flere studier som ser på hva det er som initierer nyskappingsarbeid innenfor offentlig tjenestegjøring.

Denne studien belyser derfor en kommunes innføring av en ny arbeidsmodell, hverdagsrehabilitering, og har følgende forskningsspørsmål: Hva er bakgrunnen for innføring av hverdagsrehabilitering som nytt tilbud til eldre, hjemmeboende innbyggere? Formålet med studien er å skape en forståelse av hva slags aktører og vurderinger som lå til grunn for initiering av hverdagsrehabilitering, med særskilt fokus på forhold som skapte et inntrykk av at den tradisjonelle tjenesteorganiseringen burde endres.

Konseptuelt kan hverdagsrehabilitering omtales som en tilnærming eller filosofi som har til hensikt «å hjelpe personer til å gjøre ting selv, istedenfor å gjøre det for dem» (Glendinning, Jones og Baxter mfl., 2010). I tekster blir hverdagsrehabilitering presentert som en ny arbeidsform (Ness, Laberg og Haneborg mfl., 2012), og ansees i denne studien som en organisatorisk innovasjon ettersom implementering av tjenesten medfører et brudd fra den ordinære organiseringen av kommunens helse- og omsorgstjeneste. På den annen side er det mulig å betrakte hverdagsrehabilitering som «gammel vin på ny flaske». Rehabilitering og hjelp-til-selvhjelp er nemlig ikke

nye fenomener, og blant annet har sykepleieteoretikere lagt vekt på å gjenvinne uavhengighet som sentralt i omsorg (f.eks. Henderson, 1998). En del forhold tyder likevel på at hjemmesykepleie i for stor grad har rettet seg mot å (overdrevent) hjelpe og kompensere (Birkeland, 2014). I tillegg har innføring av nye styringsprinsipper, slik som bestiller–utfører-modellen, medført en standardisering av tjenester som kan stå i motsetningsforhold til rehabiliteringsideologien (Rønning, 2013).

Når det gjelder systematisering av mestringsfokus og organisering av tjenesten, kan man imidlertid argumentere for hverdagsrehabilitering som en innovasjon. Et vesentlig element som skiller seg fra eksisterende organisering, er en tverrfaglig sammensetning av personal. Formålet er å øke kvaliteten ved å utnytte kompetanse maksimalt, og å utvikle et felles kunnskapsgrunnlag på tvers av fagene (Lauvås og Lauvås, 2004). Et annet viktig skille er en tidlig, intensiv innsats som gradvis trappes ned. Hverdagsrehabilitering er en kortvarig tjeneste med varighet på omkring 1–2 måneder (Ness mfl., 2012). Man kan også påpeke et ulikt utgangspunkt for tjenesten der man spør den eldre om hvilke aktiviteter som er viktige for vedkommende. Tradisjonelt har man spurt om hva vedkommende trenger hjelp eller bistand til. På bakgrunn av denne endringen av fokus fra kompensere pleie til rehabilitering blir hverdagsrehabilitering omtalt som et paradigmeskift innenfor hjemmebaserte kommunale tjenester (Kjellberg, Ibsen og Kjellberg, 2011a). Kommunen som er casegrunnlaget for denne studien, var en av de første norske kommunene som innførte hverdagsrehabilitering.

I vid forstand sees institusjoner på som det motsatte av forandring. Stabilitet, trygghet og treghet er grunnleggende kjennetegn, og offentlig sektors viktigste oppgave er å etablere faste og trygge rammevilkår (Nielsen, 2005; Teigen, 2013). Likevel har kommuner engasjert seg i nyskappingsarbeid helt siden de ble opprettet. Kommunene har fortrinnsvis hatt en praktisk tilnærming til utviklingsarbeid og nyskaping. Dominerende innovasjonstyper er prosessinnovasjon, tjenesteinnovasjon og organisatorisk innovasjon (Teigen, Ringholm og Aarsæther, 2013; Teigen, 2013). En praktisk tilnærming til tjenesteomstilling i offentlig sektor vil da også kunne reflektere problemdefinisjoner frambrakt av andre parter, enten politikere eller organisasjoner man finner det naturlig å sammenligne seg med (se også Røvik, 1998). I så måte kan det være utfordrende i praksis å initiere endring som internt får tilstrekkelig oppmerksomhet og fremdrift.

Derfor blir det sentralt å studere hvilke aktører som bidrar til at kommuner klarer å mobilisere ressurser til å initiere nye aktiviteter. For å få et nærmere innblikk i slike forhold er aktør-nettverksteori (ANT) anvendt som den metodiske tilnærmingen i denne studien. I fortsettelsen presenteres vår tilnærming til å studere initierting av hverdagsrehabilitering. Dette etterfølges av en beskrivelse av opphavet til innføring av hverdagsrehabilitering, hvor selve empirimaterialet og den tilhørende diskusjonen presenteres samlet (i del 3.), i tråd med ANT-tradisjonen (Alcouffe, Berland og Levant, 2008). Kapitlet avsluttes med en konklusjonsdel.

4.2 VÅR TILNÆRMING TIL Å STUDERE INITIERING AV HVERDAGSREHABILITERING

Etter vår mening kan ANT råde bot på de manglene som hefter ved mye teoridanning omkring institusjoner. Det gjelder spesielt problemene med å belyse endring og å gi rom for betydningen av aktørers handlinger i slike prosesser. ANT er i større grad opptatt av hva eller hvem som er involvert, hvordan de forholder seg til hverandre, og hvordan kontroverser i interaksjonen mellom ulike aktører genererer muligheter og barrierer for endring. Dette rammeverket muliggjør i langt større grad en innfallsvinkel hvor komplekse relasjoner kan ansføres, og hvordan ulike ideer og agenter samvirker med institusjoner i genereringen av ulike (nettverks)effekter. ANT, som den metodiske tilnærmingen i denne studien, presenteres i fortsettelsen.

4.2.1 Aktør-nettverksteori

Aktør-nettverksteori søker å framvise det sosiale ved måten det er koblet sammen på, framfor å forutsette eller proklamere tilstedeværelsen av veldefinerte faste sosiale strukturer (Latour, 2005; Law, 1992). Heterogene nettverk står sentralt i ANT og går ut på at nettverk består av ulike elementer fra det sosiale, tekniske, konseptuelle og tekstuelle, på linje med en familie, en organisasjon eller en datamaskin. Det sosiale likestilles med mønsterpregede nettverk som har blitt tilpasset på en slik måte at de fungerer sammen. Det som gjerne kalles samfunn, organisasjoner, aktører og maskiner, er derfor effekter generert i nettverk, sammensatt av diverse (inkludert ikke-menneskelige) materialer. Spørsmålet blir dermed hva det er som karakteriserer heterogene nettverk, og hvordan de endte opp med å

bli mønsterpregede, noe som gjør at de genererer effekter i form av å opp-
tre som organisasjoner, ulikheter og makt (Law, 1992). Riktignok er alle
fenomener en effekt eller et produkt av heterogene nettverk, men i praksis
tenderer folk til å fokusere på det som ikke fungerer. En hovedutfordring
som ANT søker å metodisk håndtere, er derfor hvordan «skjulte» nettverk
kan framvises og bidra til skape en forståelse av det sosiale. Søken etter det
sosiale tar derfor utgangspunkt i aktørene: Hvem er aktørene, og hva gjør
de? Spesielt i situasjoner karakterisert ved store endringer og involvering
av mange enheter må en relativistisk tilnærming inntas for å kunne man-
øvrere mellom de ulike referansepunktene og få anledning til å danne et
korresponderende oversiktsbilde (Latour, 2005). I så måte etterstreber ikke
ANT noe annet enn å forlenge listen, og å modifisere formene og figurene
til de som er samlet sammen som deltakere (i det sosiale). Latour (2005)
beskriver usikkerhetsfaktorer som bør danne utgangspunkt for en ANT-
studie, herunder egenskaper ved grupper, handlinger, objekter og fakta
(jf. nedenfor). Ved å fokusere på disse forholdene blir det lettere å skape
en forståelse av hvordan ulike elementer bidrar til å skape sosiale effekter.

Fokus på gruppedannelser: For å få en oversikt over det sosiale, og der-
med hvordan ulike elementer er sammenkoblet i handlingskjeder, er det
mer formålstjenlig å se på dannelsen av grupper framfor hvordan etablerte
grupper ser ut. Ved gruppedannelser vil det alltid være noen sentrale tals-
personer som er lett gjenkjennelige, og som ofte posisjonerer seg ved å rela-
tere seg til, eller ta avstand fra, andre grupperinger (Latour, 2005).

Handling overskygges: Handlinger er ikke alltid fullt ut bevisste, og vil i
mange tilfeller formes av en rekke sammenhengende forhold. Innsikt i det
sosiale og dets endringsprosesser fordrer derfor at vi avdekker mangfoldet
av aktørskikkelser. Aktørbegrepet står sentralt i ANT, og det brukes gene-
relt om det som skjer når vi handler, fordi det aldri er helt klart hva eller
hvem som er involvert, fordi en aktør aldri er alene om å handle (Latour,
2005). Utfordringen blir derfor å kartlegge ulike aktører for å se hvem de er
og hva de gjør. Etter hvert som antall interaksjoner øker, vil det ofte skape
ny dynamikk og gnisninger, så vel som effekter. Dette bidrar til å kaste lys
over det sosiale.

Objekter har også aktøregenskaper: Et sentralt skille mellom ANT og
mange andre tilnærminger er ANT sitt syn på objekter og deres roller i det
sosiale. I ANT argumenteres det for at type aktører som skal studeres, må
utvides ettersom objekter også agerer som aktører i genereringen av det

sosiale. Det lar seg derfor ikke gjøre å få et fullgodt bilde av det sosiale uten å studere objektenes betydning i sosiale sammenhenger (Latour, 2005).

Faktaantakelser versus bekymringsmeldinger: Folk flest så vel som forskere har en tendens til å tro på såkalte faktaopplysninger med henhold til hvordan ting fungerer. Når folk begynner å stille spørsmål, selv ved fundamentale forhold de tror på, skifter vurderingene fra å være faktaantakelser til å bli grunnlag for bekymringer. Når slike skift inntreer, vil det ofte skape oppstandelse. Dette bidrar til å synliggjøre det sosiale, ikke minst når oppstandelsen leder til nye observerbare handlinger eller meningsutvekslinger. Det er nettopp når noe tilsynelatende ikke fungerer eller stemmer lenger, at vi for alvor blir oppmerksomme på byggesteinene som utgjør det sosiale (Law, 1992).

4.2.2 Datainnsamling

Datainnsamlingen ble gjennomført i perioden januar til april 2014. Studiens viktigste kilder har vært aktører tilhørende den aktuelle casekommunen. Det har blitt gjennomført 3 fokusgruppeintervjuer av til sammen 11 ansatte og 6 individuelle intervjuer med sentrale personer i prosjektet. I tillegg har den ene forfatteren deltatt i ulike fora, lokalt og nasjonalt, der hverdagsrehabilitering har vært tema. Det er også gjennomført feltobservasjoner av prosjektgruppemøter og teammøter (20 timer) i kommunen. Notater etter feltarbeid inngår i datamaterialet (Fangen, 2010) sammen med et bredt utvalg av lokale, nasjonale og internasjonale skriv som omtaler hverdagsrehabilitering og kommunenes utfordringer, muligheter og ansvar. Dette inkluderer avisartikler, kommunale og nasjonale dokumenter og internasjonale rapporter. Alle intervjuer er transkribert ordrett og analysert sammen med øvrig datamateriale ut fra prinsipper i ANT. Studien er godkjent av Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste, og alle deltakere har gitt samtykke til å delta i studien.

4.3 OPPHAVET TIL INNFØRING AV HVERDAGSREHABILITERING

4.3.1 Fakta-antakelser versus bekymringsmeldinger

Forskning, nasjonale skriv og statistiske beregninger gir oss «faktaopplysninger» om hvordan samfunnet fungerer og hvilke utfordringer vi står overfor. Fremtidens omsorgsutfordringer inkluderer en forventet økning av

antall eldre i befolkningen, uten en tilsvarende økning i økonomiske ressurser. Samtidig har den generelle velstandsutviklingen i det norske samfunnet, og en stadig utbygging av den offentlige velferdstjenesten, bidratt til økende forventninger om hvilke tjenester velferdsstaten skal yte (Ringholm, 2013). Nyere statistiske beregninger rokker derfor ved troen på bæreevnen til den tradisjonelle velferdsmodellen som velferdsstaten har blitt bygd opp rundt.

En annen voksende bekymring knytter seg til erkjennelsen av at tradisjonell organisering av offentlige helsetjenester har vært fragmentert og reaktiv. Dette setter press på det offentlige for å utvikle nye løsninger innenfor kommunale helse- og omsorgstjenester, noe som gjenspeiles i sentrale nasjonale dokumenter. «Samhandlingsreformen» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2008–2009) ga eksempelvis en tydelig oversikt over forhold som ikke er tilfredsstillende, og påpekte at helsetjenester i for stor grad har hatt fokus på behandling av sykdom og senkomplikasjoner, i stedet for på forebygging og tidlig intervensjon. Målet med denne reformen var blant annet å styrke samhandlingen mellom kommunale og statlige helsetjenester. St.meld. nr. 25 «Mestring, muligheter og mening» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2005–2006) skisserte nye utfordringer til den kommunale helsetjenesten når det gjaldt kompetanse og forebyggende arbeid. NOU 2011:11 «Innovasjon i omsorg» legger vekt på økt samhandling mellom kommunen og innbyggerne og Meld. St. 29 «Morgendagens omsorg» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012–2013) er ment å være en «mulighetsmelding» for å demme opp for bekymringer omkring økonomiske problemer og demografiske utfordringer. Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester (2011) viser til kommunens ansvar for helsefremmende og forebyggende arbeid, samt aktivitetstiltak for blant annet eldre innbyggere. Alle disse dokumentene har blitt løftet frem under intervjuer som vesentlige forhold (som kan sies å ha aktøregenskaper) og som har støttet opp under ønsket om å innføre hverdagsrehabilitering.

En tredje type bekymring vedrører variasjon i kommunenes eldreomsorg og mangel på en «gullstandard» for omsorgstjenester. Et sentralt spørsmål i folks opplevelse av eldreomsorgen er om det er tilstrekkelig kapasitet i tjenesten. Dette underbygges av medias historier om eldre som ikke får den hjelpen de trenger (Huseby og Paulsen, 2009). Det støtter opp under deltakernes argument om at det må frigis ressurser til de som trenger det mest.

Tilsvarende bekymringer knyttet til organiseringen av pleietjenester og demografiske endringer finnes også i andre land. Som eksempel gjen-

nomførte den danske kommunen Fredericia et større omsorgsprosjekt på bakgrunn av det politiske signalet «Dette kan vi ikke spare oss ut av – dette må vi utvikle oss ut av». Siktemålet var å legge omsorgstjenestene om til «trening i stedet for pleie, selvhjelp i stedet for hjemmehjelp». Dersom man i Fredericia kunne utvikle en kommunal tjeneste som understøtter brukerens egenomsorg så lenge som mulig, så ville den aldersbetingede svekkelsen skje mer langsomt, og man kunne utsette et behov for kompenserende pleie. Dette mente man også ville resultere i økonomiske gevinster. Den kortsiktige økonomiske konsekvensen ble en investering i opplæring, utvikling og organisering. Fredericia gjorde avtale med Dansk Sundhedsinstitut som har dokumentert deres erfaringer (Kjellberg, Ibsen og Kjellberg, 2011b; Kjellberg og Ibsen, 2010). For den norske casekommunen har Fredericia vært en viktig inspirasjonskilde. For øvrig har både Verdens Helseorganisasjon (2002) og EU (2012) vektlagt «aktiv aldring» som en strategi for å sikre høyest mulig helsestandard og trivsel for sine eldre innbyggere. Gjennom norske myndigheters framleggelse av stortingsmeldingen «Morgendagens omsorg» peker aktiv omsorg og hverdagsrehabilitering seg ut som noen av omsorgstjenestenes viktigste utfordringer og muligheter. Det oppfordres til å utvikle tjenester som støtter opp under forebygging, tidlig innsats og rehabilitering. Slike forventninger til fremtiden har også blitt trukket frem som argumenter i tilknytning til hvorfor casekommunen har valgt å etablere hverdagsrehabilitering.

Det har derfor i økende grad blitt klart at norske helse- og omsorgstjenester ikke lenger fungerer isolert eller tilsynelatende bra nok. I stedet har myndighetene i økende grad begynt å se mer på hvordan tjenestene er sammensatt og hvordan de kan tilpasses på nye måter slik at de ulike tjenesteleddene og elementene fungerer godt sammen. Ikke minst er det en økende bevissthet rundt det å unngå sammenbrudd og problemer som oppstår på grunn av manglende tilpasninger på tvers av offentlige sektors nettverk av ulike tjenester. Den tilsynelatende nødvendigheten av å foreta tilpasninger i tjenestene var ikke bare forankret i bekymringer hos sentrale myndigheter, men også blant ansatte innenfor helse- og omsorgstjenesten i den aktuelle casekommunen:

Hvordan skal vi da møte fremtidens utfordringer med at vi blir stadig flere eldre? ... Vi har klart det på et vis, strammet inn og gjort noen tiltak som gjør at vi har brukt mindre enn det som var pro-

gnosen for 2013. Men det er noe med erkjennelsen av at dette ikke vokser inn i himmelen. Det er noen land som har måttet gå foran Norge fordi vi har hatt så god råd. Selv om vi har brukt mer penger, så har vi rett og slett hatt fondsmidler, avsetningsmidler og inntekter fra diverse som har gjort at vi har klart å finansiert merforbruket. Nå er det ikke lenger sånn.

I tillegg til denne typen bekymringer for framtiden har ansatte i kommunen også gradvis erkjent at måten som tjenesteleveransen tradisjonelt har blitt gjort på, ikke nødvendigvis er den mest hensiktsmessige for brukerne.

4.3.2 Tradisjonelle handlinger overskygges

av ønsket om å kunne tilby noe mer meningsfullt

Rehabilitering bygger på verdier som verdighet og deltakelse (Bredland, Linge og Vik, 1996). Deltakerne i studien presenterte en todelt motivasjon for å jobbe med rehabilitering. De ønsket en bedre kvalitet på tjenesten for de eldre, noe som igjen ville føre til en mer motiverende arbeidshverdag for dem selv. Erfaringer med hverdagsrehabilitering viser til at ansatte føler stolthet over de resultatene de eldre får. De erfarer å gi en bedre service, og opplever selv en tverrfaglig kompetanseutvikling og autonomi (Løkke, Jørgensen og Madsen, 2011). Med hverdagsrehabilitering gis det større rom for individuelle vurderinger, og tillit til at de ansatte kan løse oppgavene på en faglig og selvstendig god måte.

Deltakere forteller i intervjuer at de i lengre tid har snakket om at ansatte i den kommunale helse- og omsorgstjenesten burde ha sterkere fokus på forebygging, aktivitet og tidlig intervensjon:

Vi så at dette måtte vi gjøre noe med. Vi var nødt til å få folk til å ta tak i livene sine på en eller annen måte med folkehelse, forebygging og rehabilitering. Folk må ta vare på helsa si gjennom hele livsløpet. Vi vet jo at vi må jobbe annerledes. Vi må forebygge mer enn vi har gjort. Jeg må si at holdninger før har vært at man skulle gå inn når problemet oppstod.

Dette illustrerer hvordan ansatte i større grad ønsket å tilby tjenestemottakere rehabilitering fremfor kompensierende tiltak som de har erfart fører til

økt passivitet og hjelpeløshet hos de eldre. De hadde også et inntrykk av at de i noen tilfeller ga tjenester som tjenestemottakere kunne utført selv, og at dette igjen førte til funksjonsfall:

Og så er det jo noe med den erkjennelsen med at gir man for mange tjenester som fører til passivitet, så fører det til behov for enda mere tjenester. Jo mer du blir sittende, jo svakere blir du i beina. Da blir sjansen større for at du faller.

Hverdagsrehabiliteringsteamet ønsker å være et supplement til et system der de ansatte blir «programmert» til å gjøre det som står på arbeidslista, og heller være en dynamisk tjeneste uten for mange rammer og regler. For det tverrfaglige teamet handler ikke hverdagsrehabilitering nødvendigvis om store endringer, men små hverdagslige gjøremål kan være av stor betydning:

Å innse at det er så mye trening i det daglige. Det å reise seg opp og hente seg vann selv. Det er utrolig mye trening å reise seg opp fra en stol og gå over gulvet. Å stå litt fremoverlent, hente vann, hente koppen din, og snu og gå tilbake igjen. Masse, masse trening.

Det å ha en systematisk oppmerksomhet på slike små ting kan skape en ny praksis, hvorpå tjenesten kan modifiseres slik at den blir mer formålstjenlig og velfungerende ut fra et rehabiliteringsperspektiv. Aktørene i tjenesten har lenge ønsket en slik endring, og opplever også en stor nytteverdi ved å arbeide tverrfaglig:

Det å få til den tverrfagligheten, å få alle synspunktene inn, det er utrolig flott og givende. Altså det å se problemstillinger fra ulike faglige ståsted, og så utfylle hverandre. Jeg har hele tiden visst at det er viktig å se hele personen, men det er først nå at jeg virkelig føler at vi klarer det.

Tverrfagligheten, sammen med de forannevnte «små tingene» bidrar til å skape nye nettverkseffekter i form av hvordan tjenesten kan gjennomføres og hvilken betydning dette får for både tjenestemottakere og ansatte. Det dreier seg om å forstå hvordan ulike elementer henger sammen og sam-

virker. I denne forbindelse ble objektene sentrale, både ved å fungere som en aktør som er med på å skape tro på endring (selv de «små» tingene er viktig), men også i form av hvordan tjenesten kan modifiseres slik at den blir mer formålstjenlig og velfungerende, ut fra et rehabiliteringsperspektiv.

4.3.3 Objekter har også aktøregenskaper

ANT fokuserer på samhandlingen mellom menneskelige aktører og objekter, og at de samlet sett inngår i et nettverk som handlende aktører. Objekter inkluderer eksempelvis dokumenter, modeller og tall – i tillegg til en rekke tradisjonelle objekter i de eldres boliger (som beskrevet nedenfor og til dels ovenfor). Innenfor ANT er det også tradisjon for å betrakte en person som et heterogent nettverk – sammensatt av mange delkomponenter (Law, 1992). Beskrivelsen nedenfor viser blant annet hvordan ulike muskelgrupper i menneskekroppen illustrerer dette.

Dokumentasjon, modeller og tallenes klare tale gir tro på nytenkning og omorganisering: I likhet med flere norske kommuner har også casekommunen en presset økonomi. Ledere i helse- og omsorgstjenestene møter stadige krav om innsparinger. Flere av deltakerne i studien henviser til at utsikter til økonomisk gevinst «sparket prosjektet i gang». Ansatte i casekommunen har tidligere opplevd det som vanskelig å endre praksis på bakgrunn av faglige argumenter. Likevel, da de fikk høre om Fredericias' arbeidsmodell og resultater, ble det et konkret eksempel på hvordan man kan implementere dette tenkesettet i praksis:

Men det å klare å snu de her tingene har vært for vanskelig. Det er vel egentlig først nå vi kan argumentere for en slik arbeidsmodell. Fredericia kommune i Danmark har god dokumentasjon på at det lykkes. De lyktes med at folk blir mer selvhjulpne og får et mindre hjelpebehov. De har dokumentert den effekten.

Inntrykket dannes derfor av at man i Fredericia klarte å oversette og modifisere nettverkselementene på en slik måte at de fungerer bra sammen. Dermed oppsto inntrykket av suksess. Fredericias prosjekt startet som et pilotprosjekt i 2008 og viser til gode resultater både for tjenestemottakerne og for kommuneøkonomien. En rapport basert på resultater før og etter oppstart av hverdagsrehabilitering slår fast at av de inn-

byggerne som deltok i prosjektet, har 45 % blitt helt selvhjulpne, mens 40 % har betydelig reduserte behov for hjelp. De viser også til høy tilfredshet med prosjektet. Økonomiske vurderinger viser til årlige potensielle besparelser på omkring 13 millioner dersom man bare fokuserer på lønn i forbindelse med utførelse av besøk (Kjellberg og Ibsen, 2010; Kjellberg mfl., 2011a).

Mer generelt omtales hverdagsrehabilitering i det offentlige i stor grad som noe positivt. Rapporter og avisartikler viser til solskinnshistorier der tjenestemottakere har «fått livet sitt tilbake» gjennom hverdagsrehabilitering, og enkelte har gått fra å motta flere timer hjemmetjeneste i uka til å bli nesten selvhjulpne (Avisa Nordland, 2012; Kjellberg mfl., 2011a). Beretninger og rapporter om andres suksess kan dermed mobilisere flere personer og organisasjonsenheter til å initiere endringsprosesser.

Mobilisering av objekter i de eldres boliger: Hjelpemidler og velferdsteknologi kan være andre objekter med endringskraft. Prosjektgruppen hadde som utgangspunkt en forventning om økt bruk av hjelpemidler, og hadde etablert nye kommunikasjonslinjer med hjelpemiddelsentralen. Det viser seg imidlertid at bruk av nye hjelpemidler (fra hjelpemiddelsentralen) har gått ned etter oppstart av hverdagsrehabilitering. En rekke (eksisterende) objekter har i stedet inntatt nye roller i rehabiliteringsarbeidet. Ansatte i hverdagsrehabiliteringen bruker aktiviteter rundt objekter aktivt, og unngår dermed at de eldre pasifiseres. For eksempel kan det å hente posten eller gå ut med avfall være en viktig aktivitet. Da må den eldre skifte sko, ta på yttertøy og gå ut. Dette er trening for styrke i armer og bein, bevegelse og balanse. Samtidig kan det være at man treffer en nabo eller andre kjente som gir verdifull sosial kontakt og kognitiv stimulans. Derfor vektlegges det å skape en praksis (basert på faglig skjønn) der hjelperne ikke tar med posten inn når de kommer, ei heller tar de med avfall ut når de går. De eldre får også opplæring i bruk av eksisterende objekter, eksempelvis mikrobølgeovn, som gjør dem i stand til å varme mat selv uten å være avhengige av tidsplanen til hjemmetjenesten. Dusjsituasjoner kan også være et eksempel. Fremfor å konkludere med at den eldre trenger hjelp til dusj, vil man her undre seg over hva konkret det er som vanskeliggjør handlingen. Ved hverdagsrehabilitering har man sett at andre dusjløsninger eller rutiner kan gjøre den eldre selvhjulpne med å dusje.

Bevisstgjøring av menneskekroppen som et heterogent nettverk: Ideen om rehabilitering dreier seg i ANT-termer om å se nærmere på hvordan diverse

aktører kan samhandle for å skape en nettverkseffekt som vi kan kalle en meningsfylt og verdig hverdagsituasjon for de eldre. Datamaterialet illustrerer hvordan hverdagsrehabilitering representerer en diametralt forskjellig måte å betrakte de Eldres behov på og hvordan disse kan ivaretas på en best mulig måte. En respondent forklarte hvilket fokus de hadde tidligere, på følgende måte: «Vi var, med skam å melde, opptatt av å skaffe mer penger til sektoren, ikke av hva vi kunne gjøre annerledes.»

Et viktig prinsipp innenfor hverdagsrehabilitering er å ta utgangspunkt i hvilke aktiviteter som er viktige for hver enkelt tjenestemottaker. For mange dreier det seg om å mestre hverdagsaktiviteter som å stelle seg selv, lage mat, gå til butikken eller gå på kafé. Derfor gjøres det en kartlegging av hva som skal til for at disse aktivitetene kan gjennomføres. Ofte er det svakheter i muskler, bevegelighet, utholdenhet eller balanse som er hemmende. Noen ganger blir det satt opp treningsprogrammer med spesifikke øvelser, men de kan i første omgang fungere som en «boost» for å få i gang aktiviteter. Det viktigste er målrettet trening i mestring av aktiviteter. Et eksempel på dette kan være trappetrening for å kunne gå trygt i trapper. Da kartlegges blant annet muskelstyrke, balanse og utholdenhet. Treningen fremover blir spesifikt rettet mot å gå i trappen: hvordan går du tryggest, hvilken fot skal du trå med først, hvilken hånd er best å holde med, hvilket skotøy egner seg, osv. Det er ved å tenke helhetlig på menneskekroppen som et heterogent nettverk (sammen med andre tilhørende objekter) at man klarer å skape ønskede effekter. Det blir for så vidt tydelig når noe ikke lenger fungerer (Latour, 2005), men også holdningen og målene til de ansatte har endret seg. Med rehabiliteringsfokuset blir det med en gang satt fokus på hvilke muskelgrupper i kroppen som er svake, og hvordan disse musklene kan hemme eller fremme de Eldres selvstendighet i hverdagen.

4.3.4 Nye gruppedannelser og relasjoner

belyser utfordringer ved tradisjonell organisering

Kommunesektorens organisasjon (KS) sto sentralt i den tidlige gruppedannelsen i casekommunen som en støttende aktør. I tillegg til å arrangere temadager i København har KS deltatt i et samarbeid med ulike fagforbund om et prosjekt «Hverdagsrehabilitering i Norge» (Ness mfl., 2012), og har utarbeidet en beregningsmodell for hverdagsrehabilitering som er under utprøving i flere kommuner. KS signaliserer med dette en støtte til de kom-

munene som ønsker å etablere hverdagsrehabilitering, og begrunner sitt engasjement med økt livskvalitet for innbyggere (KS, 2013). Tillitsvalgte og en brukerrepresentant har også gitt tilslutning til prosjektet og slik vært viktige alliansepartnere. Midler til oppstart har casekommunen fått innvilget fra Fylkesmannen og Husbanken, samt via egeninnsats.

En sentral hendelse knytter seg imidlertid til casekommunens deltakelse i et nordisk samarbeid, i perioden 2004–2011. Samarbeidet hadde til hensikt å utvikle nye og mer effektive ideer og arbeidsmodeller, skape bedre kvalitet på tjenester og en bedre samhandling som kan møte fremtidens behov og utfordringer. I denne perioden kommer også stortingsmeldingene «Mestring, muligheter og mening» og «Samhandlingsreformen», som underbygget dette arbeidet.

På bussturen hjem etter å ha avsluttet det nordiske samarbeidsprosjektet i mai 2011 leser en av ergoterapeutene i kommunen en artikkel om Fredericia som fatter hennes interesse. Hun gir artikkelen videre til sin leder. I samme tidsperiode reiser kommunaldirektør og stabspersonell til København for å delta på temadager, «Dansk samhandling i praksis», i regi av KS. Deltakerne blir her presentert for resultater fra Fredericia, noe en sentral respondent i ettertid beskrev som vesentlig for kommunens initiering av hverdagsrehabilitering:

Så vi reiste til København, og jeg ... så lyset omtrent. Ja, jeg vil si det så sterkt ... det var en utrolig aha-opplevelse å få presentert den forskningsbaserte kunnskapen om Fredericia. Den forskeren som la frem sine resultater, jeg tente virkelig på det. ... det er sjelden jeg blir frelst, men da kjente jeg virkelig at det her er noe som vi må ta med oss hjem. Vi må skaffe oss enda mer kunnskap om det, og finne ut hvordan vi kan gå i gang for å få det til også i vår kommune. Så det var utgangspunktet.

Tilbake i Norge blir det besluttet å lage et forprosjekt til en pilot for å etablere denne arbeidsmodellen i kommunen. Da pilotprosjektet var et faktum, reiste noen representanter fra prosjektgruppen på studietur til Fredericia og fikk konkrete råd om hvordan de best kunne komme i gang. Disse anbefalingene har blitt fulgt nøye, og for prosjektlederen har det vært viktig å henvise til dem i etableringsfasen. Viktige faktorer har vært en sikker politisk og administrativ forankring, og tilstrekkelige økonomiske ressurser til å etablere

oppsøkende team. En ansatt ved kommunens økonomi- og finansavdeling har også figurert som en viktig aktør i initieringsfasen. Vedkommende presenterte hverdagsrehabilitering ved en konferanse, og satte seg derfor godt inn i arbeidsmodellen. Vedkommendes tilslutning til prosjektet fra økonomiavdelingen beskrives som vesentlig. Forprosjektet og pilotprosjektet førte til gruppedannelse på tvers av eksisterende organisasjonsstrukturer (hjemmetjeneste, rehabiliteringssenter, administrasjon og økonomi), jf. beskrivelsen nedenfor.

Behovet for en alternativ organisering av aktivitetene: Det eksisterer i dag flere modeller for hvordan man organiserer hverdagsrehabilitering. Denne casekommunen opprettet en egen enhet som er skilt ut fra den ordinære hjemmetjenesten og fra spesialisert rehabilitering. Som en (nettverks) effekt ønsker de hverdagsmestring som et gjennomgående tenkesett i hele helse- og omsorgstjenesten.

Målgruppen for hverdagsrehabilitering er eldre innbyggere som henvender seg til kommunen for første gang, eller tjenestemottakere av hjemmetjenester som vurderes å ha et rehabiliteringspotensial. Det er en egen forvaltningsenhet i kommunen som tar imot søknader om kommunale tjenester, vurderer og fatter vedtak. Dersom innbyggere er aktuelle for hverdagsrehabilitering, blir det videreformidlet til et tverrfaglig «hverdagsrehabiliteringsteam», bestående av ergoterapeuter, fysioterapeuter og sykepleiere. Det er i tillegg åpnet for henvisninger direkte fra andre kommunale tjenester. På bakgrunn av henvendelsen gjør teamet en grundig kartlegging av innbyggernes målsettinger og funksjoner. Dette blir utgangspunktet for et individuelt tilpasset treningsprogram. Programmet følges opp av egne hjemmetrenere som er hjelpepleiere og omsorgsarbeidere med opplæring i hverdagsrehabilitering.

På denne måten fyller dette nye tilbudet et «hull» i kommunens tjenestetilbud og bygger en bro mellom spesialisert rehabilitering og den ordinære hjemmetjenesten. Hverdagsrehabilitering erstatter ikke noen tjenester, men fungerer som et supplement. Det vil heller ikke være slik at denne tjenesten passer for alle. Kartleggingen skal gi grunnlag for tildeling av hverdagsrehabilitering, eventuelt henviser videre til spesialisert rehabilitering eller ordinær hjemmetjeneste. På bakgrunn av erfaringer fra Fredericia vurderes det at hverdagsrehabilitering vil være velegnet for cirka 25 % av tjenestemottakerne i kommunen, og regnes dermed ikke som en universell resept for alle.

Ved å samle ulike fagpersoner ville det formodentlig bli enklere å sette sammen tjenestetilbudet til de eldre på en mer relevant og formålstjenlig

måte. Dette kan betraktes som en erkjennelse av at den gamle modellen og organiseringen ikke fungerte (optimalt). Den nye løsningen ble derfor å gjøre nettverket langt mer komplekst (ved å legge til nye elementer og aktører i nettverket) – i den tro at det ville gjøre det lettere å nå rehabiliteringsmålene, for på den måten å stabilisere nettverket. Den valgte tilnærmingen om å stabilisere nettverket ved å øke kompleksiteten representerer et paradoksalt funn.

4.4 KONKLUSJON

Studien belyser en kommunes innføring av hverdagsrehabilitering, via følgende forskningsspørsmål: Hva er bakgrunnen for en innføring av hverdagsrehabilitering som nytt tilbud til eldre hjemmeboende innbyggere? Ved hjelp av ANT har vi vist hvordan fire sammenfallende forhold bidro til at kommunen valgte å satse på hverdagsrehabilitering som en ny arbeidsmodell.

De to forholdene som prosjektdeltakerne selv særskilt trekker fram, er kombinasjonen av faglige interesser (via en faglig rehabiliteringsideologi) og utsikter til økonomisk gevinst. Temadagene i København som KS arrangerte, og koblingen til Fredericia som en tilsynelatende forbilledlig kommune, omtales så sterkt fordi deltakerne der ble presentert for en arbeidsmodell som kunne forene disse interessene. Nettopp de sammenfallende forholdene skapte entusiasme både hos ledere og fagutøvere. For ledere var dette en ny måte å tenke kommuneøkonomi på. For fagutøvere av tjenesten var økonomiske innsparinger vesentlig for å få gehør hos ledere. Det fremsto derfor som nødvendig at flere forhold/aktører samvirket for å oppnå en nettverkseffekt hvor hele organisasjonen trakk i samme retning. Det er samtidig tydeliggjort – via vår beskrivelse – at økende bekymringer for framtiden var viktig, i tillegg til en presset økonomisk nåsituasjon i casekommunen. Bekymringene for framtiden er bredt forankret nasjonalt og internasjonalt. Dette har bidratt til å mobilisere vilje blant flere aktører til å tenke innovativt med hensyn til hvordan kommunale tjenester alternativt kan håndteres. Ulike objekter har spilt en nøkkelrolle ved å modifisere tjenesteproduksjonen og dermed oversette de eldres behov og hverdags-situasjon til muligheter framfor problemer. Håndtering av hverdagslige gjøremål som avfallshåndtering, henting av post, dusjing og middagslagging illustrerer tydelig objektens sentrale rolle i tjenesteinnovasjon og

nettverksstabilisering. Et annet eksempel er behovet for å vurdere hvordan ulike kroppsdeler og funksjoner skal trenes opp og må samvirke med hverandre for at rehabiliteringen skal bli vellykket.

Dette representerer et komplisert nettverk av menneskelige aktører og objekter. Rehabiliteringen er avhengig av et tett og velfungerende samspill mellom alle disse aktørene. Ulike egenskaper så vel som engasjement har betydning i denne prosessen, samt hvordan nye gruppedannelser har blitt skapt på tvers av etablerte strukturer. ANT bidrar derfor til å skape en ny forståelse av hvordan ulike aktører spiller forskjellige roller, og hvordan mangfoldet av aktører og interesser kan forenes i gitte situasjoner. Når dette skjer, genereres nettverkseffekter, eksempelvis i form av vellykkede rehabiliterte eldre; det skaper optimisme og begeistring blant aktørene og et inntrykk av en vellykket innovasjon innenfor offentlig tjenesteyting. Studien utvider derfor forståelsen av hvorfor slike innovasjoner oppstår. Det er imidlertid usikkerhet forbundet med hvor lenge slike nettverk kan forbli stabile. I tilknytning til dette trengs det mer forskning innenfor hverdagsrehabilitering. Slik forskning bør også se nærmere på forhold som eventuelt kan bidra til å destabilisere slike aktørnettverk. Det vil også være behov for videre forskning om innovasjonsbegrepet i velferdsforskningen.

REFERANSER

- Alcouffe, S., Berland, N. og Levant, Y. (2008). Actor-Networks and the Diffusion of Management Accounting Innovations: A Comparative Study. *Management Accounting Research*, 19, 1–17.
- Avisa Nordland (2012, 22. okt.). *Før hadde hun 11,5 timer hjemmesykepleie i uka. Nå har hun ti minutter i måneden*. Hentet fra <http://www.an.no/nyheter/article6300732.ece?service=print>, 03.04.14.
- Birkeland, A. (2014). Aktiv mestring i hjemmesykepleien. *Sykepleien*, 102(3), 44–47.
- Bredland, E., Linge, O. og Vik, K. (1996). *Det handler om verdighet: Ideologi og praksis i rehabiliteringsarbeid*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- DiMaggio, P.J. og Powell W.W. (1983). The Iron Cage Revisited: Institutional Isomorphism and Collective Rationality in Organizational Fields. *American Sociological Review*, 48(April), 147–160.
- EU. (2012). European Year for Active Ageing and Solidarity between Generations. Hentet fra <http://europa.eu/ey2012/ey2012.jsp?langId=en> 21.03.14.
- Fangen, K. (2010). *Deltagende observasjon*. (Vol. 2). Bergen: Fagbokforlaget.

- Glendinning, C., Jones, K., Baxter, K., Rabiee, P., Curtis, L.A., Wilde, A., Arksey, H. og Forder, J.E. (2010). *Home Care Re-ablement Services: Investigating the Longer-Term Impacts (Prospective Longitudinal Study)*. Working Paper No. DHR 2438. Social Policy Research Unit. University of York.
- Guthrie, J., Parker, L. og English, L.M. (2003). A Review of New Public Financial Management Change in Australia. *Australian Accounting Review*, 13(2), 3–9.
- Helse- og Omsorgsdepartementet. (2005–2006). St.meld. nr. 25. Mestring, muligheter og mening: Framtidas omsorgsutfordringer. Oslo.
- Helse- og Omsorgsdepartementet. (2008–2009). St.meld. nr. 47. Samhandlingsreformen: Rett behandling – på rett sted – til rett tid. Oslo.
- Helse- og Omsorgsdepartementet (2012–2013). Meld. St. 29. Morgendagens omsorg. Oslo.
- Helse- og omsorgstjenesteloven (2011). Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven). Hentet fra http://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30?q=lov+om+kommunale+helsetjenester* (15.09.14).
- Henderson, V.A. (1998). *Sykepleiens natur: en definisjon og dens konsekvenser for praksis, forskning og utdanning: Refleksjoner etter 25 år*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Hood, C. (1995). The «New Public Management» in the 1980s: Variations on a Theme. *Accounting, Organizations and Society*, 20(2/3), 93–109.
- Huseby, B.M. og Paulsen, B. (2009). *Eldreomsorgen i Norge: Helt utilstrekkelig – eller best i verden*. SINTEF A11522. Oslo: SINTEF Helsetjenesteforskning.
- Kjellberg, J. og Ibsen, R. (2010). *Økonomisk evaluering af Længst Muligt i Eget Liv i Fredericia Kommune*. København: Dansk Sundhedsinstitut.
- Kjellberg, P.K., Ibsen, R. og Kjellberg, J. (2011a). *Fra pleje og omsorg til rehabilitering: Viden og anbefalinger*. København: Dansk Sundhedsinstitut.
- Kjellberg, P.K., Ibsen, R. og Kjellberg, J. (2011b). *Fra pleje og omsorg til rehabilitering: Erfaringer fra Fredericia Kommune*. København: Dansk Sundhedsinstitut.
- Kommunesektorens organisasjon (KS) (2013). Hverdagsrehabilitering – for økt livskvalitet. Hentet fra <http://www.ks.no/tema/Helse-og-velferd/Helse-og-omsorg/Omsorgstjenester/Hverdagsrehabilitering--for-okt-livskvalitet/> (30.03.14).
- Lapsley, I. (1999). Accounting and the New Public Management: Instruments of Substantive Efficiency or a Rationalising Modernity? *Financial Accountability and Management*, 15(3 og 4), 201–207.
- Latour, B. (2005). *Reassembling the Social – an Introduction to Actor-Network-Theory*. New York: Oxford University Press Inc.

- Lauvås, K. og Lauvås, P. (2004). *Tverrfaglig samarbeid: perspektiv og strategi*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Law, J. (1992). Notes on the Theory of the Actor-Network: Ordering, Strategy, and Heterogeneity. *Systems Practice*, 5, 379–93.
- Løkke, A.-K., Jørgensen, F. og Madsen, H. (2011). *Hverdagsrehabilitering: Effektivisering av plejen, men også øget medarbeidertrivsel?* Århus: Det Danske Ledelsesakademi.
- Ness, N.E., Laberg, T., Haneborg, M., Granbo, R., Færevaa, L. og Butli, H. (2012). *Hverdagsmestring og hverdagsrehabilitering*. Prosjektgruppe «Hverdagsrehabilitering i Norge». Samarbeid mellom Norsk Ergoterapeutforbund, Norsk Fysioterapeutforbund og Norsk Sykepleierforbund.
- Newberry, S. (2004). Freedom or Coercion? NPM Incentives in New Zealand Central Government Departments. *Management Accounting Research*, 15, 247–266.
- Nielsen, K. (2005). Institusjonel forandring. I: Nielsen K. (red.). *Institusjonel teori: En tverrfaglig introduktion*. Frederiksberg C: Roskilde Universitetsforlag.
- NOU (2011:11). *Innovasjon i omsorg*. Oslo.
- Ringholm, T. (2013). Innovasjon for kommunesektorens utfordringer. I: Ringholm, T., Teigen, H. og Aarsæther, N. (red.). *Innovative kommuner* (Vol. 1). Oslo: Cappelen Damm AS.
- Rønning, R., (2013). Gamle tanker som innovasjon i omsorgssektoren. I: Ringholm, T., Teigen, H. og Aarsæther, N. (red.). *Innovative kommuner* (Vol. 1). Oslo: Cappelen Damm AS.
- Røvik, K.A. (1998). Identitetsutvikling i moderne organisasjoner. *Magma*, 1, 41–51.
- Teigen, H. (2013). Kommunane som innovatører. I T. Ringholm, H. Teigen, og N. Aarsæther (red.), *Innovative kommuner* (Vol. 1). Oslo: Cappelen Damm AS.
- Teigen, H., Ringholm, T. og Aarsæther, N. (2013). Innovatør frå alders tid. I T. Ringholm, H. Teigen og N. Aarsæther (red.), *Innovative kommuner* (Vol. 1). Oslo: Cappelen Damm AS.
- WHO (2002). *Active Aging: A Policy Framework*. Genève: Verdens helseorganisasjon.

Artikel II

Tailoring reablement: a grounded theory study of establishing reablement in a community setting in Norway

Cathrine Moe ^{1*}, Berit Støre Brinchmann ^{1,2}

¹ Faculty of Nursing and Health Sciences, Nord University, 8049 Bodø, Norway

² Nordland Hospital Trust, 8092 Bodø, Norway

* Corresponding author

Email addresses:

CM: cathrine.f.moe@nord.no

BSB: berit.s.brinchmann@nord.no

Acknowledgements

The research project is funded by the Northern Norway research fund, grant number 220754.

The authors would like to acknowledge all study participants for openly sharing their experiences and knowledge.

What is known about the topic?

- Reablement is a priority area in many Western municipalities
- The evidence base of reablement is increasing
- Little is known about the process of establishing reablement

What this paper adds?

- Establishing reablement in a complex health care setting takes time
- Reablement must be tailored to the existing services, and the geographic and demographic conditions
- Phases in the tailoring process are replicating, adapting and establishing

Abstract

Reablement is an interprofessional, home-based rehabilitation service that aims to enable senior residents to cope with everyday life and to prevent functional impairments. However, systematic accounts of what practitioners actually do when establishing reablement are lacking. This study aims to generate a grounded theory of practitioners' patterns of action when establishing reablement. The study is located in Norway, and grounded theory is the methodological approach. Data were collected from January 2014 to August 2016 through participant observations, focus group interviews and individual interviews. Informants are municipal healthcare employees in different organisational areas associated with the process of establishing reablement services (managers of conventional home care and representatives from the administration and service-provider offices). Altogether, 17 individuals are interviewed. The empirical data are analysed several times using open, selective and theoretical coding. The grounded theory, 'tailoring reablement', includes three phases – replicating, adapting and establishing – and the strategies of collaborating, developing knowledge, habituating and filtering. The theory of tailoring reablement also includes the impact of the contextual factors. The study seeks to bridge the gap between research and practice. The theory of tailoring reablement emerges from an inductive approach and theorises participants' actions. The theory focuses on the phases from innovation to implementation. Establishing a new service model in a complex welfare setting requires a wide range of actors and agencies. Tailoring reablement also requires flexibility and professional autonomy. It is important to create terms and conditions for this within a stringent health and care service. The insights of this study have implications for practice development of reablement and can fit other public sector fields.

Keywords: Grounded theory, Implementation, Public health, Qualitative research, Reablement

Introduction

Reablement (also known as restorative care) is an interprofessional, home-based rehabilitation service that aims to enable senior residents to cope with everyday life and to prevent functional impairments. The method consists of using physical training and adaptive equipment to strengthen actions the individual defines as important (Ryburn, Wells & Foreman, 2009; Tuntland, Aaslund, Espehaug, Førland & Kjekken, 2015; Winkel, Langberg & Wæhrens, 2014). Reablement is increasingly offered to those who meet local eligibility criteria for home-care services. Nevertheless, ageing persons (65+) are the most common recipients of reablement services.

Reablement supposedly represents a shift away from reactive home care to a preventative and proactive model based on early intervention and active engagement (Legg, Gladman, Drummond & Davidson, 2015). In the context of an ageing population, the proportion of dependent older people is likely to increase. The anticipated shortage of health and care personnel and the increase in financial pressures have led to concerns about the sustainability of existing services. A collaborative research project on reforms in European home care for older and disabled people, LIVINDHOME, presents reablement as a key strategy for facing future care challenges (Rostgard et al., 2011) and has emerged as a key aspect of government reforms (Aspinal, Glasby, Rostgaard, Tuntland & Westendorp, 2016).

Reablement is a priority area in many Nordic municipalities (Hjelle, Tuntland, Førland & Alvsvåg, 2016; Randstrom, Wengler, Asplund, & Svedlund, 2012). The Norwegian government also encourages municipalities to establish reablement in their health services (The Norwegian Ministry of Health and Care services, 2014-2015). Despite massive governmental encouragement to establish reablement, there is little knowledge available on the process of establishing such initiatives for seniors in Norway. However, there is material available from the United Kingdom on the implementation of reablement. Pilkington (2008) has identified a

number of essential elements for those aiming to implement such a service. These include thorough pre-planning, including which type of service to provide and the eligibility criteria, a capacity to accommodate the new role, and a phased implementation (i.e., by running a pilot and then rolling it out). The usual challenges with establishing new services from other settings are mismatches between the characteristics of the new population, the local community and the original program. Particular objectives, approaches or activities may be too politically charged or controversial for the new local community or they may be irrelevant in the new setting. It is also possible that an agency may lack the funding, staffing, expertise or other resources needed to implement the program as it was originally designed (Card, Solomon & Cunningham, 2011). Different countries and different municipalities within the same country implement reablement in different ways, including both policy and practice (Aspinal et al., 2016). Practitioners need to balance maintaining the treatment fidelity of the original programme and maximising the fit with the new population and context (Metzelthin et al., 2017). Systematic accounts of what practitioners actually do when establishing reablement remain lacking (Francis, Fisher & Rutter, 2011).

Because of the complexity of ageing people's health situation, the improvement of services requires the consideration of many components of care (Oliver, Foot & Humphries, 2014). This study seeks to embrace the complexity of establishing reablement as a new service model. To identify the process of establishing such a complex intervention, this study implemented a long and intimate follow-up time. The process includes multiple components and personnel, and the study seeks to explore the professional practitioners' process of establishing reablement. The aim of the study is to generate a grounded theory. The following research questions guided the study: what is the participants' main concern, and how do they resolve it?

Methodological approach

A grounded theory approach was considered suitable for exploring the actors' patterns of action with the aim of generating theory (Charmaz, 2006, Glaser, 1978, Glaser & Strauss, 1967).

Grounded theory focuses on human action and interaction and seeks to discover patterns that emerge in the data and to formulate theories that are grounded in the world of the participants (Glaser, 1978; Walsh et al., 2015). We therefore use the data to discover the participants' main concerns and the social processes that explain how the participants resolve them. Grounded theory is a constructive process in what Glaser and Strauss (1967) called the "constant comparative approach".

Study context and participants

The present study is part of a Norwegian project investigating various perspectives on reablement (reablement as an innovation and the perspective of service recipients) (Authors; Author & NN). The study took place in a Norwegian municipality consisting of both urban and rural areas. The reablement success of a Danish municipality, Fredericia, has inspired the municipality under study. Reports from the Danish Institute for Health Services Research suggest that the Fredericia reablement programme has the potential to reduce the need for public help and simultaneously reduce healthcare costs (Kjellberg and Ibsen, 2010). In the municipality in question, the policy makers and professionals agreed in 2012 to establish a reablement service inspired by the Fredericia model.

The new reablement team comprises a nurse, two occupational therapists, three physiotherapists and four nurse assistants. The initial study participants were the reablement team and the pilot project manager because they have knowledge about the subject area (Glaser

& Strauss, 1967). Participants were then recruited based on a need for additional information and because the emerging theory required more diverse perspectives. Informants were municipal healthcare employees in different organisational areas associated with the process of establishing reablement services (managers of conventional home care and representatives from the administration and service-provider offices). The composition of practitioners in the interdisciplinary team changed during the research period.

Data collection

Data were collected using a variety of methods. The main source of empirical data was participant observations of selected meetings and home trainings beginning in January 2014. The participant observations were conducted by the first author and were on-going until the autumn of 2016. Meetings about organisational matters, service-user evaluations and everyday practice development were considered relevant. Altogether, 180 hours of participant observation were conducted. Participants in these meetings included primarily the reablement practitioners. Expanded meetings also included health service managers, representatives from the service-provider office, the pilot project manager, and representatives from a union and the Council for the Elderly. Notes were handwritten during the observations and comprise 200 pages. The objective was to capture discussions and statements related to the scope of the study. Informal conversations occurred before and after meetings. These are included in the empirical data.

Interviews were conducted based on fieldwork observations. Three focus group interviews were planned and conducted in accordance with the practices outlined by Hernandez (2012). Group one consisted of three therapists and one nurse. Group two consisted of four home trainers, and group three consisted of three home care managers. Six individual interviews were conducted with key individuals related to the process of establishing reablement services.

The interviews included people who participated in selected meetings. In accordance with grounded theory, we did not use an interview guide. We prepared keywords for each interview based on the on-going analysis. Still, all participants were encouraged to speak openly about their actions and experiences related to reablement. The interviews took place at each interviewee's workplace and lasted between 45 and 90 minutes. All interviews were audio-recorded and transcribed verbatim. Detailed notes and memos about incidents and ideas about concepts and the emerging theory were recorded throughout the data collection and analysis. Altogether, 17 individuals were interviewed. For a detailed overview of interviewees, see Appendix A.

Data analysis

In accordance with grounded theory methodology (Charmaz, 2006; Glaser, 1978; Glaser & Strauss, 1967) analysis and data collection were carried out simultaneously. The transcripts were read line-by-line and analysed several times using open, selective and theoretical coding (Glaser, 1978). The open coding focused on coding incidents in the data. Codes were sorted into categories, examples of which are shown in Table 1.

Insert table 1 here.

As part of the constant comparative method, memo writing focused on the relationships between codes and categories. Memos were hand sorted as part of the process of searching for participants' main concern. A set of questions was applied to the data during the coding process: What is this a study of? Which category does this incident indicate? What is the participants' main concern? After the participants' main concern was identified, a core category was conceptualised. Categories related to the core category were identified (selective

sampling) and sorted into four main strategies (subcategories). The strategies were sorted in phases, and new data were collected to saturate the emerging concepts. By writing memos on memos, we developed the theoretical codes further: “In the beginning, the participants were rigid and rule-governed. Now, they do discretionary assessments, involving the individual life situation and available resources” (memo 06.03.15).

As each category became saturated and integrated into the theory, theoretical sampling was closed for that category. In the final phase of the analysis, we constructed table 2 for an overview of codes, strategies and phases, and the theory of ‘tailoring reablement’ was formulated.

Insert table 2 here

Research ethics

The study conforms to the principles outlined in the Declaration of Helsinki. The Norwegian Data Inspectorate (reference 36770) and the Municipal Director of Health and Care Services in the studied municipality approved the study. All participants who were interviewed received written and verbal information about the study and gave informed consent. Participants in the meetings in which participant observation was conducted were informed about the study and consented to the researchers’ presence. All data have been treated confidentially.

The theory of tailoring reablement

The participants’ actions are motivated and caused by their main concern, which is perceived in this study to be ‘how to integrate reablement in the existing health service’. Despite listening to advice about how to establish reablement, the participants experienced several barriers:

habitual ways of offering health services and a lack of professional and societal knowledge about the rehabilitation potential of seniors and the benefits of being active in late age. The participants also experienced organisational barriers. The theory of tailoring reablement explains the process of how the study participants act to resolve their main concern. Tailoring is an evolving process, meaning that it develops gradually. It is a subtle process in which participants move from replicating a ‘full-package reablement programme’ to an adapting phase and, finally, to an established reablement service model tailored to local conditions. The tailoring process therefore undergoes the three phases of replicating, adapting and establishing.

The phases and their strategies are described in greater detail in the next sections. The strategies continue throughout the process, and the theory shows that the establishing phase is time-limited. The public sector is influenced by economic constraints, limited access to qualified practitioners and other factors that lead to the services being assessed and changed regularly. Public sector innovation is also a focus area in many countries, which leads to new ideas. Figure 1 shows that the process of replicating, adapting and establishing begins again when new ideas appear.

Insert Figure 1 here.

The timeline of this process varies based on the complexity of the new initiative. For reablement, this period has lasted for years.

The replicating phase

Replicating is the initial phase and explains how reablement services appear as a replication of the Danish Fredericia model. Replicating means to copy the Fredericia organisational model,

the philosophy and everyday routines. The participants visit the Fredericia team for training and focus on offering a similar service to the senior residents in their municipality. This phase is characterised by enthusiasm and optimism and by the strategies of collaborating and developing knowledge about how to rehabilitate the seniors.

The participants find the process to be relatively straightforward. In this phase, collaborating deals with collaborating with service users and collaborating within the team. The collaboration between the service user and reablement practitioners is a cornerstone of reablement and aims to ensure the participation and motivation of the seniors and a more person-centred service.

“I have never worked like this before. We ask the service user, ‘what is important for you’? It is fantastic. We collaborate with the service users and build the intervention on their resources” (Nurse).

The collaboration within the team is about the interdisciplinary work and tailoring the team to the task at hand, involving distributing responsibilities and everyday practice routines based on the Fredericia recommendations. The most dedicated and enthusiastic professionals are chosen to establish the reablement service, which might be why they do not experience collaboration challenges within the team early in the process. The interdisciplinary organisation of the team involves several benefits: “we see a person in different ways, so now we see more than we used to on our own” (Occ. Therapist 2).

Developing knowledge about how to rehabilitate seniors explains how practitioners build their competence. Reablement depends on a complexity of factors that influence the individual’s ability to use their resources. These factors include the service user’s motivation, pain, nutritional state, mental state and cognitive function. The

development of knowledge includes merging each professional's competence: "We explain to each other. This intervention is because of this... and I made that observation. In that way, we take part in each other's knowledge" (Occ. therapist 2).

The adapting phase

The adapting phase is the second phase. This phase means that presenting the positive outcomes from Fredericia, team collaboration and rehabilitation efforts are insufficient. To integrate reablement into the broader health service, tailoring the collaboration within a broad network is required. The reablement team depends on others to recruit service users and follow up on reablement. Adapting explains both adapting the reablement service to local conditions and adapting the community to this new way of offering and receiving public health services. The adapting phase is characterised by participants facing a complex reality and being both frustrated and creative. Expanded collaborating and habituating are identified as the main strategies.

Expanded collaborating explains how other actors are included in the reablement process, such as carers, other municipal and governmental care providers, voluntary associations and private care providers. Carers are necessary team players, and information and relational work with carers provide security and support: "Some carers are sceptical and believe this is a money-saving initiative. Carers need information about the ideology, and information about the risks of a senior being passive. When people realise what this is about, they find reablement reasonable" (Physiotherapist 1 and Occ. Therapist 1). The expanded collaborating includes establishing new communication lines and new service-user pathways. Barriers to collaboration include complex electronic medical records and communication systems.

Tailoring reablement to an established health care system includes cultural and methodological change. The habituating strategy relates to the municipality's aim of changing the public view of how public health services are offered, meaning that residents are expected to be active participants and aware of their personal accountability: "everyone has to take responsibility for his or her life throughout the lifecycle" (Pilot project manager). Habituating is also about changing from reactive home care to one focused on coping and prevention. Habituating involves all actors and involves questioning old practices, habits and routines. The participants experience adversity, as illustrated by others not referring candidates to the service, not continuing on-going reablement initiatives or displaying attitudes in opposition to the reablement philosophy. Therefore, dialogue, information and support are conditions needed to change habits and patterns of action:

We have a culture of saying that when you get old, you are supposed to sit still and we will take care of you. Of course, in many situations, that is the right thing to do. However, we also see that we have made people more helpless than necessary.

(Manager 6).

Therefore, habituating is performed by clarifying the expectations that senior residents can have from the welfare state and the expectations the care providers can have from service users. A general impression is that proper elder care compensates for frailty. Therefore, no one tells seniors that they can become stronger and healthier. Habituating also includes a changed view of community planning. The physical design of the community has a great impact on the seniors' ability to be active. Walking paths, benches, curbs, snow removal and icy roads are significant components. Therefore, habitual changes include several municipal agencies. The adapting phase is essential to tailoring reablement. The service cannot be integrated into the

general health service without a focus on the municipality as a whole. Adapting leads to a gradual change of attitudes and habits related to the municipal care of senior residents. There remains a need for this process to continue:

There is still a great need for cultural change. People are not aware of the benefits of being active in their late age. They benefit in several ways. It is good for the muscles, internal organs, digestion, appetite, sleep and cognitive function. Still, so many people become inactive due to ageing (Home trainer 2).

Due to the knowledge development strategy, it now becomes clear that rehabilitating others involves discretionary assessments and tailoring the service to each person's situation. Flexibility and professional autonomy are properties of reablement. Reablement also involves an ethical awareness of keeping the service users' own goals in mind. The service users' goals are sometimes contrary to the municipal pressure to reduce the hours of care provided, and the practitioners are required to balance several needs.

“We all have a cross-pressure between quality and budgets. We must try to balance and to maintain quality” (Occ. Therapist 2).

The establishing phase

Establishing is the final phase and explains how the reablement service integrates into the municipal health service, into the health care providers' work practices and into the community. Establishing is considered a consequence of the adapting phase. The establishing phase includes 'filtering' as a significant strategy.

“First now, the participants have time to systemise the filtering. They do not agree about the responsibilities of home carers. They [the reablement team] believe reablement is the responsibility of the home care too, but the home care does not agree. They say they do not have the time. I believe that allocating responsibilities is part of filtering.” (memo 12.02.16)

Filtering is to filter those who can make use of the reablement service from those who cannot. Filtering also involves filtering public responsibility from each individual’s personal responsibility and allocating responsibilities between services. Gaining knowledge about and awareness of filtering is part of the process of tailoring reablement. Filtering depends on the workload of the reablement practitioners. The assessments change depending on the pressures the team is under. When they have waiting lists, reablement practitioners use more stringent criteria. The number of referred candidates is therefore a condition that influences the framework for the filtering process. Filtering evolves from a rigid and rule-based strategy, towards a flexible strategy important to the tailoring of a sustainable reablement service. The consequence of filtering is that municipal residents receive the right help at the right time and that public resources are used more appropriately.

Not everyone needs reablement, but everyone should have a proper screening to get the help that they need. We screen several people that do not fit the reablement service who we redirect to other services. Sometimes service users even increase allocated care hours from the conventional home care after we are finished. We discover new functional impairments (Nurse and Occ. therapist 2).

In addition to the filtering strategy, the other strategies continue throughout this phase. In the establishing phase, collaborating leads to a more appropriate service organisation, increased referrals and a better discharge or hand-over to other services. Developing rehabilitation knowledge leads to self-supporting residents and new professional practical knowledge. The habituating strategy leads to changed attitudes and new habits.

The establishing phase is the last phase of tailoring reablement. This phase is characterised by a frail stability because the health service is part of a constant process of change, and several components are continuously being questioned. In summer 2016, health managers in the municipality decided to change the organisational model for reablement. They search for inspiration from other municipalities and plan to visit a specific municipality to learn how to organise the service. Thus, the process of tailoring reablement begins all over again (see figure 1).

Discussion

The theory of tailoring reablement explains how study participants act to integrate reablement into health and care services. The theory describes a process consisting of three identified phases: replicating, adapting and establishing. Despite massive governmental and municipal administrative support for the programme, the participants experience several barriers to the integration of reablement. They realise that the establishment of reablement is a complex process that takes place both within the reablement service and at the organisational and societal levels. From the employee perspective, establishing reablement is more than simply replicating a 'full-package service model' and mechanically learning new methods. It develops old practices into new practices and requires a service tailored to local conditions. Tailoring is making the new service fit the local resources and the demographic and geographic conditions.

In contrast, a new technical device with clear instructions does not involve external factors to the same degree. This study contributes to the existing theory of and research on reablement, an area that has not yet been fully analysed. In this section, we situate the findings from this study in the existing reablement literature and discuss our contribution. We also discuss practical implications and directions for future research.

A key challenge faced by the global health community is how to implement proven interventions or new practices within a real-world setting (Nilsen, 2015). (There are debates about whether reablement is a proven intervention (i.e., Cochrane et al., 2016)). Internationally, billions are spent on health innovations but little is spent on how they are actually employed (Peters, Tran & Adam, 2013). Human services are complex, and the practitioners are fully exposed to the variations of life. Therefore, to bridge the gap between research and practice, we need to be as empirically rigorous in choosing our implementation strategies as we are in choosing our interventions (Fixsen, Blase, Naoom & Wallace, 2009). The findings of the present study raise awareness about the complexity of this human service intervention and the impact of the contextual factors. Practitioners' strategies are empirically chosen based on the actual local barriers.

The strategies for tailoring reablement are identified as collaborating, developing knowledge, habituating and filtering. Collaboration has become an important issue in the development of the modern welfare state. Welfare services are specialised and include not only public services but also services provided by private actors, volunteers and service-user networks, which creates a growing need for the integration of welfare services overall (Ahrgrén & Axelsson, 2005; Axelsson & Axelsson, 2006). The strategy of developing knowledge evolves during the research period and emerges as a significant tailoring strategy. From a rigid and rule-based starting point, participants find that rehabilitating others requires an awareness of several components. The practitioners develop knowledge of how to assess these components. Manuals

and procedures are not sufficient. Reablement is tailored when practitioners have the awareness to make individual and situational assessments, as also found by Hjelle et al. (2016). Habituating involves all stakeholders in juxtaposed positions. Tailoring reablement is therefore more than implementing research-based interventions in practice. It is about changing habits, attitudes and mind-sets. Practitioners face barriers grounded in habitual ways of doing things. Existing practices are embodied in the practitioners' everyday routines and habits in their familiar daily practices (Wackerhausen, 2009). Reablement practitioners gradually aim to change habits of a large number of municipal actors by informing, participating in meetings and teaching new methods and approaches. Filtering service users has two dimensions. The first dimension is to gain knowledge about who is most suitable for reablement services. Research shows that reablement works best with people who have recently experienced a disabling accident or illness but who previously had a high level of independence and are determined to regain it (Newton, 2012; Rabiee & Glendinning, 2011). As in the present study, a British study shows movement towards an inclusive approach despite practitioners having gained greater knowledge of which users benefit the most from reablement services (Glendinning et al., 2010). The other dimension of filtering is to clarify the responsibilities of the public services and of the individual. The professionals in the welfare state have taken over several tasks that previously were the relatives' responsibility. Still, it has not been clarified how the public service responsibilities should be limited in relation to the relatives' responsibilities (Hernes, 1987). The establishing of reablement services is a consequence of tailoring several components that are integrated into the emergent grounded theory.

Strengths and limitations of the study and credibility

The strengths of our study are the researchers' closeness to the reablement team's establishing process and the long-term follow-up. The participant observations continued for over two years.

The variety of data collection methods provides rich empirical data, thereby facilitating a more complete understanding of the process. The tailoring of reablement involves a change for the actors involved. A methodological approach such as grounded theory is well suited to studying people's responses and actions related to change, as the focus is on human action. To ensure the credibility of the study, we used the constant comparative method (Glaser & Strauss, 1967), which involves always comparing new data with the existing data, helping us validate our preliminary findings during the research process. The constant comparative method also requires the researchers to keep on track and makes the research process rigorous. To assess the quality of the grounded theory, we used the criteria of fit, work, relevance and modifiability (Glaser, 1978). The categories must fit the data. The concepts were constantly modified as new data emerged, and all concepts and strategies can be tracked to the empirical data. By work, we mean that we need to ensure that the theory explains what is going on in the substantive area. Our theory evolved as data and concepts emerged, and these were constantly crosschecked with the existing analysis. The constant reanalysis gave us confidence that the theory explained what is going on. The theory is relevant to the participants because it evolves directly from the data. We believe the theory works for those involved in establishing reablement and for other municipalities planning to establish a new service in a complex empirical setting. Because there is great enthusiasm and growing interest in reablement, the theory has relevance for practice development. The theory will also be relevant to other areas of public sector implementation of human services. It shows how establishing a new service takes time and includes a variety of actors and agencies. Our findings show that barriers to implementation are traditional patterns of action, individual and social attitudes towards activating senior residents, technological communication systems and rigidity stemming from ideas from new public management. Modifiability means that the theory changes during the research process, as the collection of new data requires modifications of what came before. Furthermore, it means that the generated

theory is always modifiable. New data that may be collected from other areas can be used to modify the theory in future studies (Glaser, 1978).

Conclusions and implications

This study contributes to the existing reablement literature by exploring the process of establishing reablement services and by focusing on what professional practitioners actually do. The theory of tailoring reablement focuses on the phases from innovation to implementation. Implementation studies normally apply theories borrowed from disciplines such as psychology, sociology and organisational theory (Nilsen, 2015). The current theory emerges from an inductive approach that theorises participants' actions. Our findings show the importance of having practitioners be wholeheartedly committed to reablement. However, being an engaged and motivated professional practitioner is not enough. The reablement service cannot be established in isolation. Establishing a new service model in a complex welfare setting requires a wide range of actors and agencies. Tailoring reablement requires flexibility and professional autonomy. It is crucial to create terms and conditions for this within a stringent health and care service. Even though establishing is presented as the last phase and integrates the service in existing systems, there is still much work to be done. The significant strategies are on-going processes. There are also areas identified as having potential for improvement, such as the use of carers as a reablement resource, the collaboration with home care services and the accommodation of a flexible service within a stringent system. Reablement is relatively new in Western countries, and there is a lack of research-based knowledge about the establishing process. Therefore, the insights of this study have implications for practice development. A collaborative approach, developing knowledge, changing habits and filtering are central. The theory of tailoring reablement also includes the impact of contextual factors.

Declarations**Competing interests**

The authors declare that they have no competing interests.

Authors' contributions

Both authors contributed to the research design. The first author collected data from interviews, participatory observations and document reviews, performed the data analysis and drafted the manuscript. The second author was a moderator of two focus group interviews, participated in data analysis and provided comments on the manuscript. Both authors read and approved the final version of the manuscript.

References

- Ahrgren, B. & Axelsson, R. (2005). Evaluating integrated health care: a model for measurement. *International Journal of Integrated Care*, 5, 1-9.
- Aspinal, F., Glasby, J., Rostgaard, T., Tuntland, H. & Westendorp, R. G. J. (2016). New horizons: Reablement –supporting older people towards independence. *Age and Ageing*, 45, 574-578.
- Authors;
- Author & NN
- Axelsson, R. & Axelsson, S. B. (2006). Integration and collaboration in public health- a conceptual framework. *International Journal of health planning and management*, 21, 75-88.
- Card, J. J., Solomon, J. & Cunningham, S. D. (2011). How to adapt effective programs for use in new contexts. *Health Promotion Practice*, 12, 25-35.
- Charmaz, K. (2006). *Constructing Grounded Theory: A practical guide through qualitative analysis*, London, Sage.
- Cochrane, A., Furlong, M., McGilloway, S., Molloy, D. W., Stevenson, M., & Donnelly, M. (2016). Time-limited home-care reablement services for maintaining and improving the functional independence of older adults. *The Cochrane Library*. Doi: 10.1002/14651858.CD010825.pub2
- Fixsen, D. L., Blase, K. A., Naoom, S. F. & Wallace, F. (2009). Core Implementation Components. *Research on Social Work Practice*, 19, 531-540.
- Francis, J., Fisher, M. & Rutter, D. (2011). Reablement: a cost-effective route to better outcomes. London: Social Care Institute for Excellence
- Glaser, B. (1978). *Theoretical Sensitivity: Advances in the Methodology of Grounded Theory*, Mill Valley, CA, The Sociology Press.

- Glaser, B. & Strauss, A. (1967). *The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research*, New Brunswick, Aldine Transaction.
- Glendinning, C., Jones, K., Baxter, K., Rabiee, P., Curtis, L. A., Wilde, A., Arksey, H. & Forder, J. E. (2010). *Home care re-ablement services: Investigating the longer-term impacts (prospective longitudinal study)*, University of York.
- Hernandez, C. (2012). Developing grounded theory using focus groups. In: Martin, V. B. & Gynnild, A. (eds.) *Grounded Theory: The Philosophy, Method, and Work of Berney Glaser*. Boca Raton: BrownWalker Press.
- Hernes, H. M. (1987). *Welfare State and Woman Power: Essays in State Feminism*, Oslo, Norwegian University Press.
- Hjelle, K. M., Tuntland, H., Førland, O. & Alvsvåg, H. (2016). Driving forces for home-based reablement; a qualitative study of older adults' experiences. *Health and Social Care in the Community.*, 1-9.
- Kjellberg, J. & Ibsen, R. (2010). Economic evaluation of Life Long Living in Fredericia municipality. Copenhagen: Danish Hospital Foundation. [In Danish]
Økonomisk evaluering af Længst Muligt i Eget Liv I Fredericia Kommune. Dansk Sunhedsinstitut.
- Legg, L., Gladman, J., Drummond, A. & Davidson, A. (2015). A systematic review of the evidence on home care reablement services. *Clinical Rehabilitation*, 30 (8), 741-749.
- Metzelthin, S. F., Zijlstra, G. A., van Rossum, E., de Man-van Ginkel, J. M., Resnick, B., Lewin, G., Parsons, M. & Kempen, G. I. (2017). "Doing with..." rather than "doing for..." older adults: rationale and content of the "Stay Active at Home" programme. *Clinical Rehabilitation*, 1-12.
- Newton, C. (2012). Personalising reablement: inserting the missing link. *Working with older people*, 16, 117-121.

- Nilsen, P. (2015). Making sense of implementation theories, models and frameworks. *Implementation Science*, 10, 1-13.
- Oliver, D., Foot, C. & Humphries, R. (2014). Making our health and care systems fit for an ageing population. London: The King's Fund.
- Peters, D.H., Tran, N.T. & Adam, T. (2013). Implementation research in health. A practical guide. Alliance for Health Policy and Systems Research, World Health Organization.
- Pilkington, G. (2008). Homecare re-ablement: Why and how providers and commissioners can implement a service. *Journal of Care Services Management*, 2, 354-367.
- Rabiee, P. & Glendinning, C. (2011). Organisation and delivery of home care re-ablement: what makes a difference? *Health and Social Care in the Community*, 19, 495-503.
- Randstrom, K. B., Wengler, Y., Asplund, K. & Svedlund, M. (2012). Working with "hands-off" support: a qualitative study of multididiplinary teams`experiences of home rehabilitation for older people. *Internationa Journal of older people Nursing*, 9, 25-33.
- Rostgard, T., Bauer, G., Doyle, M., O'Dwyer, C., Glendinning, C., Gori, C., Hampel, S., Kröger, T., Leinonen, A., Mansfeld, T., Österle, A., Szebehely, M., Trydegård, G.-B., Theobald, H., Timonen, V., Vabø, M. & Wilde, A. (2011). LIVINDHOME: Living independently at home. Reforms in home care in 9 European countries. Copenhagen: The Danish National Centre for Social Research.
- Ryburn, B., Wells, Y. & Foreman, P. (2009). Enabling independence: restorative approaches to home care provosion for frail older adults. *Health and Social Care in the Community*, 17, 225- 234.
- The Norwegian Ministry of Health and Care services (2014-2015). Report to the Storting 26. The Future primary health care- closeness and wholeness (White paper). Oslo [In Norwegian].

- Helse- og Omsorgsdepartementet. Meld. St. 26. Fremtidens primærhelsetjenestenerhet og helhet. Oslo.
- Tuntland, H., Aaslund, M. K., Espehaug, B., Førland, O. & Kjeken, I. (2015). Reablement in community-dwelling older adults: a randomised controlled trial. *BMC Geriatrics*, 15.
- Wackerhausen, S. (2009). Collaboration, professional identity and reflections across boundaries. *Journal of Interprofessional care*, 23, 455-473.
- Walsh, I., Holton, J. A., Bailyn, L., Fernandez, W., Levina, N. & Glaser, B. (2015). What Grounded Theory Is.... A Critically Reflective Conversation Among Scholars. *Organizational Research Methods*, 1-19.
- Winkel, A., Langberg, H. & Wæhrens, E. E. (2014). Reablement in a community setting. *Disability and Rehabilitation*, 37(15), 1347-1352.

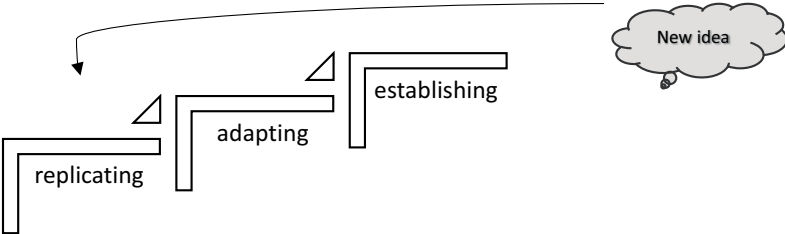
Table 1 Examples of codes and categories

Transcribed text	Selected open codes	Category
It is something about attitudes. Yes, the attitudes must change. Both our attitudes and the attitudes of the recipients.	Change of attitude	Habituating
We need to balance between challenging enough to make a development, but not so much that they do not experience coping. Then they rather need support.	Balancing challenge and support	Developing knowledge
Especially when it is hand- over to the home care, we need to communicate. We explain; you shall help him showering, but you are supposed to stay outside to make him feel safe. You are not supposed to wash his back or help shampooing.	Hand-over to home care Communication	Collaboration

Table 2: An overview of codes, strategies and phases

The theory of tailoring reablement	Strategies Phases	Collaboration	Developing knowledge	Habituating	Filtering
	Replication	Within the team With the service users	Merging of inter-professional knowledge		Rigid and rule-based
	Adaption	Others: Carers Health services Volunteers Private actors	Discretionary assessments Ethical awareness Balancing	Adversity Meeting in the middle New way of community planning	
	Establishing (consequences)	Appropriate service organisation Increased referrals Better discharge or hand-over	Self-supporting residents New practical knowledge	Changed attitudes New habits New practise	Flexible Creative Individual assessments Residents having the right help at the right time Appropriate use of public resources

Figure 1: The process of tailoring reablement



Artikkel IV

Optimising Capacity – A Service User and Caregiver Perspective on Reablement

Cathrine Moe, Nord University, Norway

Berit Støre Brinchmann, Nord University, Norway

Abstract

Reablement focuses on offering individuals the opportunity to regain independence and thus stay longer in their homes. Few studies have looked at service users and caregivers' perspectives on reablement. There is also a lack of theories grounded in this relatively new field of practise. This study aims to generate a grounded theory of service users' and their caregivers' experiences of reablement. The empirical data are based on interviews with 17 service users and 10 caregivers and observations of reablement provision. For seniors to manage as well as possible in their own homes emerged as the main concern. The core category is optimising capacity. The grounded theory builds on the core category, integrating identified strategies and concepts of health and coping. The conditions of reablement are grounded in the social and cultural life of the recipient. We conclude, therefore, that including the individual's life history and existing coping strategies is essential to the success of reablement.

Keywords: grounded theory, reablement, service user, caregiver, optimising capacities, open concept of health, coping.

Background

Reablement (also known as restorative care) is an approach focused on offering individuals the opportunity to regain independence and thus stay in their own homes longer. The goal of reablement is for service users to re-learn skills and find new ways to perform daily activities, be active, socialise, and participate in society. The method consists of using physical training and adaptive equipment to strengthen actions the individual defines as important (Tuntland, Espehaug, Forland, Hole, Kjerstad, & Kjekken, 2014.; Winkel, Langberg, & Wæhrens, 2014). Reablement is time-limited, person-centred, and typically delivered by an integrated team consisting of various health professionals such as nurses, occupational therapists, physiotherapists, and nurse assistants (Kjerstad & Tuntland, 2016; Wilde & Glendinning, 2012). Reablement services are increasingly offered to everyone who meets local eligibility criteria for home-care services. Still, aging persons (65+) are the most common recipients of reablement. The targeted populations are individuals with diverse mortality and morbidity risks, multimorbidity, and diverse

prognostic outcomes, symptoms and disabilities. Exclusion criteria are typically advanced cognitive impairments and end-of-life care (Legg, Gladman, Drummond, & Davidson, 2016; Wilde & Glendinning, 2012). Reablement is supposed to represent a shift from reactive home care services to preventative and proactive models based on early intervention and active engagement (Legg et al., 2016).

The evidence for reablement is growing, but the ill-defined intervention towards a heterogeneous service user group means that it is complicated to get an overview of the state of knowledge (Legg et al., 2016). Reablement is found to improve the ability of aging persons receiving reablement services to engage in daily activities (Lewin & Vandermeulen, 2009; Winkel et al., 2014) and to have positive impacts on their health-related quality of life and social care outcomes (Glendinning et al., 2010). Reablement is often presented as a solution to future health service challenges. However, there is still very little knowledge about what recipients of this service view as important. Few studies have looked at service users and caregivers' perspective on reablement. It is not clear who benefits most from reablement and which barriers to independence arise (Glendinning et al., 2010; Ryburn, Wells, & Foreman, 2009; Wilde & Glendinning, 2012). Barriers may be compounded when service users live alone or have few social contacts, or when they have a limited understanding of the purpose of reablement. It is unclear how reablement affects relatives and whether their involvement influences the outcomes (Glendinning et al., 2010; Wilde & Glendinning, 2012). Insights into service users' and relatives' experiences provide important feedback about the delivery and content of the reablement services (Wilde & Glendinning, 2012). A Norwegian study of older adults' experiences of reablement concluded that the support must be adapted to the older adults' resources and health and that municipal healthcare services need to consider individualised programmes of follow-up after reablement (Hjelle, Tuntland, Førland, & Alvsvåg, 2015). Another Norwegian study found it important to look beyond how activities are performed when examining participant satisfaction with homecare services (Witsø, Eide, & Vik, 2012).

The present study seeks to explore how service users experience reablement services. The study also includes the informal caregivers in order to build knowledge about their involvement and experiences. The goal of the study is to generate a grounded theory of service users' and their caregivers' experiences of reablement services. The following research question guided the study: What is the participants' main concern and how do they resolve it?

Methodological Approach

A grounded theory approach was considered suitable for exploring reablement from a service user and carer perspective with the aim of generating theory (Glaser, 1978; Glaser & Strauss, 1967). We use the data to discover the participants' main concern and the social processes to explain how the participants resolve it. Grounded theory focuses on human action and interaction. The aim of grounded theory is to discover patterns emerging in the data, and to formulate theories that are grounded in the world of the participants (Glaser, 1978; Walsh et al., 2015). Grounded theory is a constructive process in what Glaser and Strauss (1967) called the constant comparative approach. The approach involves a building process from descriptions to theory.

Study Context and Participants

The present study is a part of a Norwegian project investigating various perspectives on reablement (Moe & Gårseth-Nesbakk, 2015). The study was initiated by the municipality in order to evaluate its reablement service. The study took place in a Norwegian municipality located in the Arctic region. The reablement service has been established relatively recently and includes participants from rural and urban areas. The reablement practitioners recruited participants for the study. We asked for variations in age and gender and for participants from rural and urban areas. We also asked the reablement practitioners not to be selective. All service users receiving reablement were potential participants in the study. The target group for the reablement service was home-dwelling residents requesting municipal health care. They could also be existing service users receiving conventional home-care who were assessed to have rehabilitation potential. The exclusion criteria were significant cognitive impairment, mental health problems, or substance dependence, all of which hamper the reablement process. The reablement practitioners assessed the service users' competence to give consent before asking them to participate in the study. They gave the participants written and verbal information about the study. Participants consented to participate in research interviews, to the researcher observing the provision of reablement services in their home, and for the researcher to contact a care giver (a carer). An information letter was sent to caregivers, and they replied to the researcher by post. Altogether, 17 service users and 10 caregivers participated in the study. All service users had received reablement for at least three weeks before the interview (the average time spent in reablement was 6 weeks).

Data Collection

Data collection took place in 2014 and 2015; the data consist of individual interviews and field observations of reablement service provision in participants' homes. Six service users had completed the reablement service before participating in the study. The other 11 consented to the researcher being present while they received reablement services at home. Field observations of reablement service provision were undertaken to gain knowledge of "what is going on" in a reablement situation and to observe the service users' spontaneous responses and utterances. Notes were taken during and after the observations. Interviews were conducted in service users' homes. Each interview was prepared based on ongoing analysis, but all participants were encouraged to speak openly about their experiences and conditions related to the reablement process. Interviews were audio recorded and notes were taken after each interview. Caregivers were interviewed by telephone. The researcher took notes during the conversations. A six-month follow-up interview was conducted with service users in order to gain knowledge of the period after reablement and its process from a more distanced point of view. Follow-up interviews were scheduled after the first interview, and took place by telephone or in interviewees' homes.

Data Analysis

In accordance with grounded theory (Glaser, 1978; Glaser & Strauss, 1967), analysis and data collection were carried out simultaneously. The first 10 interviews were transcribed verbatim. The transcripts were read line-by-line and analysed several times using a system of open, selective, and theoretical coding (Glaser, 1978). The open coding focused on coding incidents in the data. QSR International's NVivo 10 software (QSR International Pty Ltd., 2012) was used to store data properly and as a coding tool. Codes were printed, sorted, and examined on a whiteboard. Field notes were coded and added to the whiteboard. Codes were sorted in categories and memo writing focused on the relationships between codes and categories. Memos were hand sorted as a part of the process of searching for participants' patterns of behaviour. Patterns are what the participants do to resolve their main concerns (Walsh et al., 2015). After identifying the participants' main concern, a core category was conceptualised. Categories related to the core category were identified (selective sampling) and sorted into subcategories. After the first 10 interviews, the main concern and the core category emerged. We conducted seven more interviews in the theoretical sampling phase until we reached saturation, meaning the new data fitted the concepts and properties. By writing memos on memos, we developed the theoretical codes further.

Research Ethics

The study conforms to the principles outlined in the Declaration of Helsinki. The Norwegian Data Inspectorate approved the study (reference 36770). The study was presented to the Regional Committee for Medical and Health Research Ethics in Norway. The committee found approval to be unnecessary (2013/2145/REK Nord). All participants received written and verbal information about the study and gave informed consent. All data has been treated confidentially.

The Theory of Optimising Capacity

The main concern of seniors receiving reablement and their caregivers consists of experiences of a challenging everyday life. The challenging life of seniors is composed of functional impairments, frailty, several health professionals, assistive technology, loneliness, medication, and environmental barriers. The life as caregivers consists of responsibility, practical tasks, support, multiple health agencies, and negotiating. For the seniors to manage as well as possible in their own homes emerged as the main concern. Even though the seniors and the caregivers are heterogeneous and diverse groups, they share this main concern. Seniors have the need for public health services because of functional impairments. However, there is a significant range in age, functional states, and goals for the reablement process. The main concern is congruent with the municipal goal for the reablement service, though the municipality's focus on independence is stronger. To manage as well as possible means not to aim for total independence or to find help from others as a defeat. It involves managing important, daily activities such as maintaining personal hygiene, preparing meals, and manoeuvring safely inside. Managing daily life is also about doing meaningful activities outside the home. To manage as well

as possible involves an acceptance of the life situation and a wish for a qualitatively good life within available capacities.

The theory of optimising capacity builds on the core category and summarises the process of how study participants act to resolve their main concern. Optimising capacities means making the best out of each person's resources, despite functional impairments. Optimising capacities by such strategies as appreciating a push, physical strengthening, adapting the environment, and building confidence explains how the seniors become able to live in their own homes. Appreciating a push is accepting the motivational work of reablement professionals. The strategy relates to the core category by being the first step in the reablement process. It is also a prerequisite for the other strategies. Physical strengthening relates to the core category by being a significant factor in optimising service recipients' physical capacities. By training muscular strength and flexing joints, the capacities of the body increase. Adapting the environment highlights the role played by the external surroundings. The home situation can become manageable if adaptations and changes are made. The last strategy, building confidence, is a process that goes on in parallel with the other strategies. Building confidence takes time and is based on repetitions of exercises and activities, increased knowledge, and support from others. All together, these strategies lead to an optimising of capacities during the reablement process, making the seniors able to live as well as possible in their own homes. The strategies are presented in the following sections.

Appreciating a push

Appreciating a push means accepting the motivational work done by the reablement practitioners. Seniors residents, like most others, sometimes need motivation and a helping hand to start and sustain physical activity. The push is mentioned as "a kick in the butt". The appreciation of a push is the start of the reablement process. The strategy includes trusting the practitioners, experience meaning, being viewed as a capable person and valuing the social dimension of having someone coming to your home every day. The strategy does also include perceiving there is no choice and filling the expectations of citizenship.

Trusting the practitioners means finding them to be qualified, and the knowledge concerning the rehabilitation potentially valuable in advanced age, and the benefits of being active understandable. Experience meaning involves that the goals and methods of the reablement service are meaningful. If they are not, the reablement service will be a hassle. The idea of experience meaning depends on what the individual finds important. Seniors are being viewed as capable persons when the practitioners point out their resources and rehabilitation potential. The fact that someone outside the family view you as a capable person is emphasised as important. Valuing the social dimension is a significant property of appreciating a push. The intensive training of reablement includes home visits every day. Valuing the social is appreciating the aspect of doing activities with someone.

I believe this is good. It might also be because I enjoy the company. The fact that they are coming every day is a big motivational factor. It is so much easier to do exercises together with someone. Everyone needs a "kick in the butt". I needed someone to get me started (Woman, age 78).

The idea of perceiving there is no choice is about feeling obliged to accept the reablement service. It is about experiencing the message of "this is what is being offered to you", which does not involve a possibility to choose. In that way, appreciating a push

also includes the external aspect of being a recipient of public services. Filling the expectations of citizenship consists of predetermined roles as being a part of society. Media and other societal discourses build on the impression of how hard it is to receive proper elderly care. This leads to a resident gratitude for everything being offered.

Appreciating a push leads to a new glow, better mood, and an increased spark of life. Even though the appreciation of a push is based on external factors rather than inner motivation, the result is accepting the reablement service. Therefore, this strategy lays the foundation for the other strategies.

Physical strengthening

Physical strengthening is performed by doing strengthening exercises and activities of daily life at home and in the neighbourhood. As reablement is activity-based, physical strengthening is a core aspect of optimising the physical capacities. Exercises and other therapeutic activities are based on a detailed screening that identifies activity goals and functional impairments. The screening also reveals other factors contributing to functional losses such as pain, malnutrition, and medication use.

The physical strengthening primarily involves remedying muscular weakness evoked through long-time passivity or immobility after disease and surgery. The muscular weakness causes walking difficulties, unsteadiness, and pain. Walking difficulties and unsteadiness cause fear of falling and immobility. Even though physical strengthening is a well-known strategy in the society, the idea of being active to counteract frailty of old age is new. A 93-year-old woman stated:

This is completely different from home-care. I have exercises. I can feel it in my back, my thighs and my legs. This is good. I walk without my rollator. I have not dared to do that before. I am so happy I rejoice at every step forward.

Surgery, injury, or years of immobility, lead to insecurity of burdening injured body parts, for instance a broken hip. Having professionals facilitate the process with repetitive practice of activities gives security. Security is therefore a condition and a result of physical strengthening. Another condition is the knowledge of the benefits of being active in late age. Even though physical activity not necessarily increases the quality of health, it is good for building muscles, digestion, appetite, sleep, and cognitive function. The physical strengthening does also condition on a clarified health situation as a promotor of regularity and harm avoidance. A clarified health situation means that the health situation is assessed, illness is treated, and the functional situation is relatively stable and predictable. Advanced age causes risks of getting sick or having new functional impairments, which cause a fragile stability of the health situation. Still, the physical strengthening process helps prevent new problems.

The physical strengthening leads to a strengthen body and thereby an optimising of the physical capacities. The strategy also influences the stamina to manage even more activities. Feelings of being too old or too frail are reduced and replaced by increased self-confidence in managing. The latter creates a concern about the seniors' ability to assess the intensity of training. The stamina to manage even more activities can lead to overload and repetitive strain injuries.

Adapting the environment

Adapting the environment means adjusting to external conditions. In order to optimise the capacities, the environmental conditions must be right. Adapting the environment involves modifying the homes and the outdoor facilities.

Adapting the home means making it suitable for aging residents. A benefit of receiving reablement service at home is that the exercises relate to everyday life and well-known surroundings. Adapting involves reorganising furniture, removing objects, and using welfare technology and assistive devices.

Reorganising furniture means modifying their placement to reduce barriers. For example, a crowded bathroom may be tidied up to give place for a rollator, or a more appropriate chair can be placed by the dining table. Removing objects means getting rid of carpets, doorsteps, or others barriers for safer movement inside. By testing various models of assistive devices and welfare technology, the care given can find a functional solution to deal with the barriers in managing everyday life. Such devices can be a safety alarm, a rollator, a chair in the shower, or handles. By receiving reablement in their own homes, seniors value the practitioners for seeing new solutions. Reorganising also involves removing existing assistive devices being improperly used. Adapting environment therefore leads to a change in habits and patterns of action. Instead of organising the home in such a way that things can be reached without moving, reorganising aims to make it safe and easier to manoeuvre inside. The indoor adaptations depend on the willingness of the senior to make changes and his or her ability to learn how to use new devices.

Adapting the outdoor facilities means to reduce barriers for outside activities. The weather has a significant impact on the lives of seniors living in the Arctic. Especially in winter, the conditions (snow banks and icy roads) can be inhibiting. A condition for adapting the environment is whether municipal agencies can handle the winter environment to make the outside conditions optimal, or whether private agencies (such as family members or volunteers) can shovel snow and sand stairs. Handles and proper placements of the mailbox and trash also make outdoor adaptations. Adapting the outdoor environment involves safe walking paths, benches to rest, and easily accessible supermarkets and pharmacies.

Several assistive devices are funded by the welfare agencies but the individuals' economic capability does sometimes influence the ability to adapt the environment. The consequences of adapting the environment is the opportunity to live longer at home.

Building confidence

Building confidence means to trust the own ability to manage everyday tasks. Confidence increases as a result of physical strengthening and adapting the environment, and as a result of social support, knowledge, and safety. The loss of confidence emerges from several aspects. After a long life of hard work and economic scarcity, some seniors feel tired. The traditional view of aging is for many residents to rest and withdraw from activities, which leads to an understanding of "this is as it should be". A grief from a loss of function contributes to a lack of confidence. Building confidence is therefore a way of thinking, involves an acceptance of the reablement practitioners' encouragement, and are repetitive experiences of managing. Accepting the practitioners' encouragement

involves doing things—even if you do not believe that you will succeed. One woman (age 73) says:

I feel valuable and they see me. They can see it is hard to age. When you break your femoral neck and get a setback, it does something with your mind. The reablement practitioners make me believe in myself again.

Repetitive experiences of managing means experiencing and managing exercises and activities. By doing activities repeatedly, facilitated by the reablement practitioners, confidence builds. Despite the fact that reablement practitioners focus solely on physical activities, confidence increases during the reablement period. The strategy of building confidence does not represent a dualistic view of the human body, but emphasises the reablement role of optimising the mental capacities: "Reablement has helped me in two ways. I have gained the courage to do things that I have not been able to do earlier. I can also feel that my body has become stronger" (Woman, 71 years old). Confidence building is conditioned by social support. Social support explains how the social network encourages and keeps the faith in managing. The support is provided by pushing, challenging, and encouraging. The entire social network—reablement practitioners, family members, a partner, friends, other health personnel, or volunteers—offers support. The consequence of building confidence is safe and empowers seniors to be able to take control over their own lives.

Discussion

The theory of optimising capacity explains how participants act when and after receiving reablement. The main concern is perceived to be "for the seniors to manage as well as possible in their own homes". It became clear that the participants did not long for big, unattainable goals. They want to make the best out of their situation. In this way, the theory represents a relatively optimistic view of elderly care and might provoke service users, caregivers, and health personnel who have different and difficult experiences of elderly care. The authors are aware that many seniors are not included in the reablement service. The study therefore does not include those excluded from reablement or those who say no to reablement. This limitation makes the study an investigation of the patterns of action of a small segment of the senior help-seeking population and of senior residents with sufficient capacity to act.

Four subcategories conceptualise actions for optimising capacity, which is how the participants solve their main concern. By optimising their capacity, seniors and their caregivers utilise the available possibilities. The theory explains what is identified as the most important pattern of behaviour and does not cover all the actions of the participants. The subcategories explain the theory and the integration of these concepts in our theory contribute to a greater understanding of what is going on when seniors receive reablement services.

The integration of extant literature

We conducted a literature review after the emergence of the theory and this review revealed a lack of theories exploring the experiences of reablement service users and their caregivers. Our theory contributes to explanations of the social patterns of the reablement service from the seniors and their caregivers' point of view. The theory of

optimising capacity emerged through careful analysis. During the theoretical coding process, we became aware of the open concept of health and the idea of coping; we found our theory to be closely related to these concepts.

Wackerhausen (1994) introduced the open concept of health as a humanistic alternative to the existing concepts of health. According to Wackerhausen, health is “the individual’s capacity to act” (p. 43) within the framework of the individual’s goals and values, conditions of life and their physiological and psychological abilities to act. The individual’s goal is made visible through dialogue; it is not set by the health practitioner as an objective expert. The reablement service is directed to the senior’s own goals for reablement. The focus is on re-learning skills and finding new ways to perform daily activities, being active, socialising, and participating in society. The service users increase their capacity to act through physical training and adaptive equipment, as described in previous studies (Tuntland et al., 2014; Winkel, Langberg, & Wæhrens, 2014). This study relies on Wackerhausen (1994) to expand the understanding of the reablement processes by integrating the conditions of life and personal factors. The personal factors that constitute the abilities to act include motivation and personal resources. Through the open concept of health, the focus changes from health as a bodily or mental state to the relationship between the goals, conditions of life, and ability to act.

Western cultures generally define a healthy person as someone who is active and dynamic (Wackerhausen, 1994). This cultural expectation has also reached seniors. The World Health Organization (2002) and the European Parliament (2010) promote active aging as a strategy for social and economic sustainability (Walker, 2008). Our study shows the importance of allowing seniors to define their reablement goals themselves rather than having the reablement team define service goals. The expectations of being active might be overwhelming. The motivation and will to carry out the reablement process depend on the participation of the service users. The participants value the time the reablement service provides. This appreciation enables the practitioners to ask participants about their life situation, their life history, where they worked, and how they solved important issues earlier in their lives. Optimising capacity emphasises the importance of continuing existing coping strategies. Still, adapting the environment and physical training might introduce new strategies of actions. This adaptation requires a great awareness of seniors’ motivation and ability to integrate new patterns of actions in their daily life. The focus on adapting the environment is in line with Michael, Green and Farquhar’s (2006) conclusion that environmental adaptations influence activity among older adults.

The relationship between goals, life conditions, and ability to act makes participants aware that they cannot reach the same activity goals throughout the year. Their ability to move outside in winter depends on how other agents remedy the conditions and their own ability to buy adequate clothing. Sometimes the outside activity goal is temporarily on hold because the senior realises it will be too challenging to go outside. To sustain the reablement process, it is important that seniors experience a relationship between inside and outside activity goals. They can maintain strength and balance by doing activities inside to maintain their ability to go outside later.

The capacity to act relates to psychological and physiological factors, including motivation and personal resources. Anxiety and depression are recurring phenomena for some seniors. This study reveals that reablement has an impact on participants’ mental health (on building confidence) and we may consider this a secondary benefit. Mental

health improves, even as there is less focus on it. The improvement of the mental health, still depends on the degree of mental illness. Reablement, as a short-term intervention, fails to support individuals in need of longer-term support. Through physical training, reablement participants strengthen their body and their ability to do activities that matter to them. They become able to walk longer distances than before, to do kitchen chores, to walk safely up and down stairs, or other important daily activities. Being able to engage in activities can also lead to new activity goals. Managing one's own in a specific area might thus transfer to other areas. Building confidence can make a person believe there are developmental possibilities even in old age and can also make him or her motivated to carry on after reablement. The latter is considered the most precarious part of the reablement service. A majority of the senior participants expressed a great enthusiasm for reablement during the first interview. The follow-up interview, on the other hand, revealed a greater diversity of views on the period after reablement. Identifying the conditions for the theory of optimising capacities will have implications for the reablement practice. These implications will be elaborated in the following section.

Implications for Practice

The theory of optimising capacity explains how a successful reablement process leads to increased senior health. The focus is not on health as a bodily or mental state, but as a relationship between the goals, conditions of life, and ability to act. The achieved health is not static, but changes in accordance with new goals, conditions of life, or abilities to act. To sustain the reablement process, it is therefore necessary to have flexibility and stability. This study names the identified conditions for the grounded theory "stability agents", necessary for the reablement process to promote positive health outcomes. We will elaborate on the implications of these conditions for practice. First, it is important that the professionals focus on the seniors' own goals. The professionals involved must have a high level of ethical awareness. They must be sensitive to each individual's life history in order to find each individual's goals and strategies. This is supported by the open concept of health: the goal must be free of coercion (Wackerhausen, 1994), and the Hjelle, et al. (2016) study concluding that the support must be adapted to the older adults' resources and health. Otherwise, the aging person will find the reablement activities to be a hassle and the intervention to be paternalistic. It is also important that the seniors participate in the design of the reablement plan. The principle of respect for autonomy is foundational to the open concept of health and a condition for a successful reablement process.

The second condition is an understanding of the goals and methods of reablement. It is essential for service users' motivation and participation that they understand the goals and methods of reablement and find them meaningful. This is closely related to Antonovsky's (1996) concept of "Sense of Coherence" where the crucial component is meaningfulness. Individuals who experience a high level of coherence despite a difficult situation can still experience good health. The salutogenic model supports the emerging theory of viewing reablement as a health promotion service optimising the participants' capacity—if the seniors experience sense of coherence. Salutogenesis is defined "as the process of movement toward the health end of a health ease/disease continuum" (Antonovsky, 1993, para. 9). It is crucial that service users and caregivers see the connections between interventions, activities, and the defined goals.

The third condition is having knowledge of the advantages of being physically active in old age. Knowledge also promotes confidence. Information and repetitive practice build confidence for the seniors that is necessary for their ability to act. The reablement process depends on seniors' ability to make an effort for themselves. Frailty and discouragement are barriers to the ability to act. Finally, the present study shows the importance of social support. Support from significant others can make a big difference in the outcome and maintenance of the reablement process. The theory of optimising capacity shows that the family situation and social support are important. Several seniors live alone and their nearest family members are most likely to support them through the reablement process. It is therefore important that there is a dialogue between the service users, the caregivers, and the reablement practitioners. The reablement process might lead to a change of lifestyle, and it is essential that the family culture is supportive.

The theory of optimising capacity integrates elements of the open concept of health by emphasising the relationship between the individual goal, the ability to act, and life conditions. This relationship supports the study findings that a holistic approach is a key to success. The participants highlight the importance of focusing on the entire life situation, not only a specific functional loss. Service users and caregivers emphasised the importance of the reablement team's focus beyond the physical achievements. The focus on nutrition, medication, social needs, and support were highlighted as significant factors. The theory of optimising capacity therefore embraces the individuals' physical, mental, environmental and social life conditions in a holistic reablement service.

Study Limitations and credibility

The authors are aware that there are different levels of theoretical abstraction within grounded theory. Grounded theory is based on a third-level conceptual perspective analysis. Most published grounded theory research uses the third level of analysis, representing an overall integration of data into a theory through data sorting. The fourth level is a more general conceptual level that relies on constantly comparing substantive theory articles (Artinian, 2009; Glaser, 1998). The grounded theory in this article relies on the third level. We have made this choice to stay closely related to the practice field. In this way, we aim to create a theory applicable to practice.

To ensure the credibility of the study, we used the constant comparative method (Glaser & Strauss, 1967). This involves always comparing new data with the existing data, which helps us validate our preliminary findings during the research process. The constant comparative method also requires the researchers to keep on track and makes the research process rigorous. Ongoing analyses have been presented to the municipal Council for the Elderly for feedback and external checks on the research process. A representative from the Council for the Elderly also participated in the early stages of the study to ensure peer/service user participation.

To assess the quality of the grounded theory, we used the criteria of fit, work, relevance, and modifiability (Glaser, 1978). The categories must fit the data. The concepts were constantly modified as new data emerged and all concepts and properties can be tracked to the empirical data. By "work", we mean that we need to ensure that the theory explains what is going on in the substantive area. Our theory evolved as data and concepts emerged and was constantly crosschecked to the existing analysis. The

constant reanalysis gave us confidence that the theory worked as an explanation for what is going on in the reablement situation. The theory is relevant to the participants as it evolves directly from the data and is found in nearly all the participants' patterns of action. Modifiability means that the theory changes during the research process, as the collection of new data requires modifications of what came before. Furthermore, it means that the generated theory is always modifiable. New data that may be collected from other areas may modify the theory in further studies.

Implications

The reablement process is dynamic and the open concept of health is a relationship between dynamic factors. The study helps visualize patterns of action and conditions that allows a reablement service to optimise capacity. The study will contribute to the evaluation and development of such a service, and will be beneficial for service users, caregivers, reablement practitioners, and policy makers. There is still a need for more in-depth knowledge about how service users and caregivers experience reablement services. More theories that are applicable to practice should also be developed.

Conclusion

With this study, we aim to contribute to existing knowledge about reablement. We believe there is a need for theory development in this area, as it is a relatively new field of practise. Reablement is to large extent a part of the innovation strategy in the public health sector in Norway and the other Nordic countries. The feedback from the service users and their careers is an important factor when evaluating such a service. The purpose of the study was to explore the service users' experiences of the reablement service and reflect upon these experiences. To optimise capacity was identified as a core category and a main strategy allowing the senior participants to live in their own homes. The results of this study revealed four strategies connected to the core category. The participants highlight the focus on the goals of each individual, the practitioners' motivational work, the holistic approach, and the social as conditions of a successful reablement. We believe these elements are grounded in the social and cultural life of each individual. Including the individual's life history and existing coping strategies are therefore essential to a reablement service. The grounded theory of optimising capacity integrates the empirical data and the concepts of coping and health.

However, active aging cannot be the only solution in future elderly care. It is important that seniors do not get the impression that being healthy is only a matter of choice. Reablement can contribute to health promotion, but there are still many seniors living with complex health issues. They are in need of a longer-term follow up by the municipal health service.

Acknowledgements

We are grateful to all study participants for openly sharing their experiences. We would also like to thank the reablement team for recruiting informants and for allowing the researcher to participate during reablement sessions in participants' homes. The Regional Research Funds Northern Norway (grant number 220754) funds the study.

Declaration of conflicting interests

The authors declare that there is no conflict of interests.

Authors' contributions

Both authors contributed to the research design. The first author collected data from interviews and participatory observations, performed the data analyses, and drafted the manuscript. The second author participated in data analyses and provided comments on the manuscript. Both authors read and approved the final version of the manuscript.

References

- Antonovsky, A. (1993). The salutogenic approach to aging. Lecture held in Berkley, 21. January. Retrieved from <http://www.angelfire.com/ok/soc/a-berkeley.html>
- Antonovsky, A. (1996). The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health promotion international*, 11(1), 11-18.
- Artinian, B. M. (2009). An overview of Glaserian grounded theory. In B. M. Artinian, T. Giske & P. H. Cone (Eds.). *Glaserian grounded theory in nursing research: Trusting emergence*. New York, NY: Springer publishing company.
- European Parliament. (2010). 2012: European year for active ageing . . . and solidarity between generations. Retrieved from <http://www.europarl.europa.eu/news/en/news-room/20110314IPR15479/html/2012-European-Year-for-Active-Ageing-â€¦-and-Solidarity-between-Generations>
- Glaser, B. (1978). *Theoretical sensitivity: Advances in the methodology of grounded theory*. Mill Valley, CA: The Sociology Press.
- Glaser, B. (1998). *Doing grounded theory: Issues and discussions*. Mill Valley, CA: Sociology Press.

- Glaser, B., & Strauss, A. (1967). *The discovery of grounded theory: Strategies for qualitative research*. New Brunswick, NJ: Aldine Transaction.
- Glendinning, C., Jones, K., Baxter, K., Rabiee, P., Curtis, L. A., Wilde, A., . . . Forder, J. E. (2010). *Home care re-ablement services: Investigating the longer-term impacts (prospective longitudinal study)*. Working Paper No. DHR 2438. York, UK: Social Policy Research Unit (SPRU)/Personal Social Service Research Unit (PSSRU). University of York.
- Hjelle, K. M., Tuntland, H., Førland, O., & Alvsvåg, H. (2015). Driving forces for home-based reablement; a qualitative study of older adults' experiences. *Health and social care in the community*, 1-9. doi:10.1111/hsc.12324
- Kjerstad, E., & Tuntland, H. K. (2016). Reablement in community-dwelling older adults: A cost-effectiveness analysis alongside a randomized controlled trial. *Health economics review*, 6(15), 1-10.
- 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.
- Lewin, G., & Vandermeulen, S. (2009). A non-randomised controlled trial of the Hime Independence Program (HIP): An Australian restorative programme for older home-care clients. *Health and social care in the community*, 18(1), 91-99.
- Michael, Y. L., Green, M. K., & Farquhar, S. A. (2006). Neighbourhood design and active aging. *Health & place*, 12, 734-740.
- Moe, C. & Gårseth-Nesbakk, L. (2015). Reablement as an innovation- increased attention towards actors' interacting. In Andersen, O.J., Nesbakk- Gårseth, L., Bondas, T., (Eds.), *Innovation in public services: A daring travel with need for allies*. Bergen, Norway: Fagbokforlaget [In Norwegian] [Hverdagsrehabilitering som innovasjon- økt oppmerksomhet om aktørers samspill. In O. J. Andersen, L. Gårseth- Nesbakk & T. Bondas (Eds.), *Innovasjoner i offentlig tjenesteyting: Vågal reise med behov for allierte*. (pp. 87-105). Bergen, Norge: Fagbokforlaget.]
- QSR International Pty Ltd. (2012) (Version Version 10): QSR International Pty Ltd.
- Ryburn, B., Wells, Y., & Foreman, P. (2009). Enabling independence: Restorative approaches to home care provision for frail older adults. *Health and social care in the community*, 17, 225- 234.
- Tuntland, H., Espehaug, B., Forland, O., Hole, A., Kjerstad, E., & Kjekken, I. (2014). Reablement in community-dwelling adults: Study protocol for a randomised controlled trial. *BMC Geriatric*, 14, 139-148. <http://dx.doi.org/10.1186%2F1471-2318-14-139>
- Wackerhausen, S. (1994). An open concept of health- between fundamentalism and relativism. In U. J. Jensen & P. F. Andersen (Eds.), *Concepts of health philosophy and practice*. (Vol. 1, pp. 43-73). Århus, DK: Philosophia. [In Danish] [Et åbent sundhedsbegreb- mellem fundamentalisme og relativisme. In U. J. Jensen & P. F.

Andersen (Eds.), *Sundhedsbegreper: filosofi og praksis* (Vol. 1, pp. 43-73). Århus, Danmark: Philosophia.]

Walker, A. (2008). Commentary: The emergence and application of active aging in Europe. *Journal of aging & social policy*, 21(1), 75-93.

Walsh, I., Holton, J. A., Bailyn, L., Fernandez, W., Levina, N., & Glaser, B. (2015). What grounded theory is A critically reflective conversation among scholars. *Organizational research methods*, 18(4), 620-628.

Wilde, A., & Glendinning, C. (2012). "If they're helping me then how can I be independent?" The perceptions and experience of users of home-care re-ablement services. *Health and social care in the community*, 20(6), 583-590.

Winkel, A., Langberg, H., & Wæhrens, E. E. (2014). Reablement in a community setting. *Disability and rehabilitation*, 37(15), 1347-1352.

Witsø, A. E., Eide, A. H., & Vik, K. (2012). Older homecare service recipients' satisfaction with participation in daily life activities. *Physical & occupational therapy in geriatrics*, 30(2), 85-101.

World health organization. (2002). Active ageing: A policy framework. Geneva: World health organization.

Avhandlingen presenterer en praksisnær studie og viser hva som skjer når en norsk kommune innfører hverdagsrehabilitering. Studiens metodologiske tilnærminger er aktør-nettverksteori og grounded theory. Metoder for datainnsamling er deltakende observasjon, intervjuer og dokumentstudier. Deltakere i studien er profesjonsutøvere i hverdagsrehabilitering samt andre ansatte i kommunen som har vært sentrale i initiering, etablering og vurdering av hverdagsrehabilitering. Deltakere i studien er også mottakere av hverdagsrehabilitering og deres pårørende.

Avhandlingen består av fire uavhengige studier og en sammenbinding. De ulike studiene belyser hverdagsrehabilitering fra ulike perspektiver og gir ulike teoretiske bidrag. Disse ulike perspektivene er «hverdagsrehabilitering som innovasjon», «etablering av hverdagsrehabilitering», «kostnad-nyttevurdering av hverdagsrehabilitering» og «mottaker-perspektivet på hverdagsrehabilitering». Hensikten er å få frem ulike dimensjoner av hverdagsrehabilitering i praksis. Studien viser at det ligger ulike interesser til grunn for hverdagsrehabilitering. Mest fremtredende er et ønske om å tilby en bedre tjeneste til de eldre innbyggerne i kommunen og et ønske om å skape en bedre kommuneøkonomi. Hverdagsrehabilitering blir sett på som en mulighet til å forene disse interessene. Studien avdekker hverdagsrehabiliteringens kompleksitet, og ved å studere denne kompleksiteten har studien vist hvordan de ulike interessene forårsaker spenninger i praksis. Disse spenningene gir grunnlag for videre refleksjon, og blir belyst med teori om profesjonsmoral i avhandlingens sammenbinding. Avhandlingen gir et kunnskapsbidrag til forskningslitteraturen om hva som foregår i en hverdagsrehabiliteringspraksis, og gir et bidrag tilbake til praksisfeltet med etiske refleksjoner rundt spenninger i praksis.