

MASTEROPPGAVE

Utfordringer og muligheter i samarbeidet mellom hverdagsrehabilitering og
hjemmesykepleie

Pavel Reshetov

April, 2020

Masterstudium i tverrfaglig samarbeid i helse- og sosialsektoren

Avdeling for helse og velferd



Sammendrag

Bakgrunn: I dag er det et helsepolitisk mål at eldre skal leve selvstendig i eget hjem så lenge som mulig. Det er et økende antall mottakere av hjemmesykepleie, grunnet færre liggedøgn på sykehuset og kompleksitet av diagnoser. Tankesettet om hverdagsmestring har blitt en viktig satsing i det kommunale helsevesenet som leder til friskere pasienter og stimulerer pasienter til mer aktivitet. I Norge gjennomføres hverdagsmestring på forskjellige måter i samarbeidet med hverdagsrehabilitering, eller som en del av hjemmesykepleien.

Formål: I denne masteroppgave har jeg som et mål å belyse samarbeidet mellom to kommunale tjenester, hjemmesykepleie og hverdagsrehabilitering. Jeg er opptatt av å få frem kunnskap som fremmer og hemmer samarbeidet mellom tjenester på vei mot implementering av hverdagsmestring i en norsk kommune.

Metode: Ved hjelp av semistrukturerte intervjuer ble seks forskjellige ansatte i en norsk kommune intervjuet. Fem av deltagerne jobber i hverdagsrehabilitering i forskjellige roller, fysioterapeut, to hjemmetrenere og to koordinatorene. Hjemmetrenere er ansatt både i hverdagsrehabilitering og i hjemmesykepleiesone. Sjette deltager er leder for en av hjemmesykepleiesoner i kommunen.

Resultater: Jeg har kommet frem til seks hovedtemaer gjennom intervjuene med intervjudeltagere. De seks er *paradigmeskifte, organisasjon i hverdagsrehabilitering og hjemmesykepleie, samarbeid, kommunikasjon og dialog, ressurser og eierskap.*

Konklusjon: Deltagere forteller om at kommunen har kommet langt på vei mot overgang til hverdagsmestring og det er en fellessatsing på hverdagsmestring i kommunen. Intervjudeltagere understreker at utdanning, opplæring og kursing av ansatte i hjemmesykepleie fremdeles er viktig å satse på for å vedlikeholde overgang til hverdagsmestring. Mine funn tyder på at hjemmetrenere synes det er utfordrende å jobbe på to fysisk atskilte steder, de har mer ansvar når det gjelder kommunikasjon grunnet ansettelse i begge tjenester. Tross utfordringer med å jobbe to steder er intervjudeltagere positivt innstilte til slik organisering.

Funn i intervjuene antyder at det fremdeles er mange ansatte i hjemmesykepleien som gjør ting for pasientene, heller enn sammen med dem. I tillegg utgjør personlige holdninger en trussel mot dialog og samarbeid mellom tjenestene.

Nøkkelord: hverdagsrehabilitering, hjemmesykepleie, hverdagsmestring, tverrfaglig samarbeid, paradigmeskifte, holdningsendring.

Abstract

Background: One of the most important and demanding political strategic goals in the healthcare in Norway has become the one to give the elderly population the opportunity to continue independent life in the comfort of their own homes, in the familiar environment. Number of people receiving home-based care has substantially increased, due to limited hospital capacity and complexity of diagnoses.

Create mindset for better coping of activities of daily living (ADL) became an important task in Norwegian municipalities, towards healthier and more active patients. Better coping with activities of daily living (ADL) is being introduced in Norway either in co-operation with reablement-teams or with support of home health care.

Purposes: The first goal is to show cooperation between two municipal services, the one being home health care and the second reablement team in the following thesis. The other goal of the project is to specify the available experience and knowledge, which can both benefit or obstruct interdisciplinary co-operation between two different services.

Methodology: I have contacted six municipal employees for interviewing purposes in order to get better insight. The method was semi-structured interview. Five interviewees are working in reablement team; two are coordinators, two home-trainers, one physiotherapist. Sixth is a manager for one of home health care units in the municipality. Both services have in their employment personal home trainers.

Results: Six key topics were identified during the interviews with participants. Those six are *paradigm shift, organization of reablement and home-based health care, cooperation, communication and dialogue, resources and ownership.*

Conclusion: Participants were able to tell of successful transition towards implementation of active ADL copement. There is a great deal of commitment in municipality when it comes to above-mentioned transition. Education, staff training and classes are emphasized among participants in home health care service – to maintain the focus on ADL transition.

My findings suggest that home trainers find it challenging to work in two physically different locations; they have more responsibility in terms of communication due to employment in both services. Despite the challenges, interview participants are positively attuned to such organization. Findings also suggest that there are still many employers among home health care service doing things for the patients, rather than with them. Additionally personal

negative or neglecting attitudes can pose a threat to dialog and progress in cooperation of two services.

Key words: reablement, interdisciplinary collaboration, home health care, health care in municipalities, activities of daily living coping, paradigm shift.

Forord

Det er nesten fire år siden jeg har begynt med denne studien. Fire år som var fylt med kunnskap, nye bekjentskap og nye erfaringer. Denne masteroppgaven var en utfordring, men ikke en negativ utfordring som jeg er lei meg for å ta. Nei, både studien og denne oppgaven har gitt meg tro på at utfordringer overkommes, uansett hvor vanskelige de er og uansett hvor lite tid jeg tror jeg har. All kunnskap, nye bekjentskap og flinke lærere som har motivert mitt kull og spesielt meg, er jeg utrolig takknemlig for.

Å skrive denne oppgaven har vært utfordrende til tider og jeg er svært takknemlig for støtte jeg har fått. Jeg vil spesielt takke min veileder, Marit Helgesen, som har vært svært flink motivatør, saklig og tålmodig veileder og rett og slett et godt menneske! Dine strukturerte tilbakemeldinger og fantastiske gode råd ville jeg ikke klart meg uten! I tillegg vil jeg takke alle lærere og professorer på min studie, dere er flinke!

Jeg vil takke alle intervjudeltagere og prosjektkoordinator i forskningskommune som har tatt meg imot og hjulpet meg å danne ramme for min masteroppgave. Takk, jeg ville ikke klart meg uten dere.

Jeg vil også takke mine gode kollegaer som alle har hjulpet meg gjennom denne studietiden. Takk rettes til mine kollegaer i hverdagsrehabiliteringsteam i Fredrikstad kommune, Jeanett, Tone, Ellen og Elisabeth. Stor takk rettes til Plusshuset, dagsenteret på Holmen og mine kollegaer på tildelingskontoret. Stor takk rettes til fysioterapeuter, Elise og Ruben for å være gode mennesker som alltid har hatt noe positivt å si, selv de gangene jeg ikke var så positiv.

Min familie, min borg fortjener den største takken av alle. Min kone, Kristina, har gjort alt som var mulig for å tilrettelegge for mitt arbeid med oppgaven – jeg ville ikke klart dette uten deg, kjære Kristina. I tillegg har du passet på vår lille sønn, som jeg også vil takke – du har gitt meg motivasjon til å bli ferdig med denne oppgaven, William Alexander! Stor takk til min mamma, Irina og mine svigerforeldre som har holdt min motivasjon oppe, Valentin og Valentina. Impossible is nothing.

Fredrikstad, april 2020.

Pavel Reshetov

Innhold

1.	Innledning	9
1.1	Avgrensning av oppgaven	10
2.	Bakgrunn.....	11
2.1	Hjemmesykepleie	11
2.2	Rehabilitering	12
2.3	Hverdagsrehabilitering	13
2.4	Modeller innenfor hverdagsrehabilitering.....	13
2.5	Rehabiliteringspyramide.....	14
2.6	Hverdagsmestring.....	16
3.	Tidligere forskning.....	17
4.	Teori	19
4.1	Samarbeid og tverrfaglig samarbeid	19
4.2	Kommunikasjon og dialog.....	19
4.3	Profesjonalisering.....	21
4.4	Arbeid i et team.....	22
4.5	Samarbeid – med eller uten pasienter?	23
4.6	Lederens rolle i samarbeidet.....	24
5.	Metode og forskningsdesign.....	26
5.1	Innledning	26
5.2	Vitenskapsteori.....	26
5.3	Semistrukturerte intervjuer	27
5.4	Intervjuguide	27
5.5	Etiske vurderinger	28
5.6	Intervjudeltagere.....	29
5.7	Bearbeiding av innsamlete data.....	30
5.8	Analyse av data	31
5.9	Rolle og forforståelse.....	33
5.9.1	Min rolle.....	33
5.9.2	Forforståelse	34
5.10	Pålitelighet	35
5.11	Validitet.....	35
6.	Analysekapittel.....	37
6.1	Paradigmeskiftet	37
6.2	Organisasjon i hverdagsrehabilitering, organisasjon i hjemmesykepleie.....	42
6.3	Samarbeid	45

6.4	Eierskap.....	49
6.5	Ressurser.....	51
6.6	Kommunikasjon og dialog.....	54
7.	Diskusjonskapittel	57
7.1	Paradigmeskiftet	57
7.2	Organisasjon, hverdagsrehabilitering og hjemmesykepleie	60
7.3	Samarbeid	64
7.4	Eierskap.....	67
7.5	Ressurser.....	69
7.6	Kommunikasjon og dialog.....	72
8.	Avslutning	75
8.1	Paradigmeskiftet	75
8.2	Organisasjon, hverdagsrehabilitering og hjemmesykepleie	76
8.3	Samarbeid	77
8.4	Eierskap.....	77
8.5	Ressurser.....	78
8.6	Kommunikasjon og dialog.....	79
8.7	Svakheter ved denne studien.....	80
8.8	Konklusjon.....	80
8.9	Forslag til videre forskning.....	81
9	Referanseliste	82
10	Vedlegg	88
	Vedlegg 1.....	88
	Vedlegg 2.....	90
	Vedlegg 3.....	95
	Vedlegg 4.....	99
	Vedlegg 5.....	100
	Vedlegg 6.....	101

1. Innledning

Ønsket for gode, og faglig forsvarlige tjenester som setter pasient/bruker i fokus og tar dem med i beslutningsprosessen, har kommet sterkere på dagsorden den senere tiden. Det er over 200000 mennesker som mottar tjenester fra hjemmesykepleie og/eller har hjemmehjelp i Norge (Otnes, 2015). Dette tallet vil trolig stige de nærmeste årene og samfunnet vil dermed stå ovenfor flere utfordringer i kommende år (Birkeland mfl., 2018). Det er vanskelig og blir enda vanskeligere å kunne tilby den samme oppfølgingen som hjemmetjenesten allerede har gjort i flere tiår. Det er ikke utenkelig at samfunnet ser behov for endring i måten hjemmesykepleie og hjemmetjenester fungerer på. I tillegg beskriver regjeringen en strategi for aktiv aldring med mål om å tilrettelegge samfunnet slik at det blir lettere for eldre å oppnå mer mestring i livet og ha flere muligheter og styrke livskvaliteten deres (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016). Slik strategi vil i større grad lime visse helseprofesjoner og tjenester sammen til samarbeid. Det kan være helsetjenester som ikke samarbeidet tidligere, for eksempel hjemmetjenesten og hverdagsrehabilitering som sammen kan nå skreddersy bedre tilbud til brukere i kommunene. Slikt samarbeid på tvers tenkes i dag å være nødvendig for å møte behovet i befolkningen som følge av den demografiske økningen (Morgendagens omsorg, 2012). Det settes heller ikke av flere ressurser for å ansette mange flere helsefagarbeidere og sykepleiere for å pleie pasientene, altså utøve kompensierende tiltak for dem (Bjørkquist & Fineide, 2019). Heller investeres det ressurser i både de ansatte og det tverrfaglige samarbeidet, for på denne måten å få pasienter så selvstendige som mulig ved å utføre aktiviserende tiltak – altså trene på å utføre tiltak sammen med pasienter, i stedet for å gjøre tiltak for dem.

Eldreomsorgen er annerledes i dag enn for et par generasjoner tilbake da det var gamle- og sykehjem som var institusjoner som tok seg av eldre mennesker. For nærmere 40 år siden ble lov om kommunal helsetjeneste iverksatt, noe som betydde at kommunehelsetjenesten fikk flere og annerledes pasientgrupper. Pasienter ble sykere og diagnoser mer komplekse, også grunnet omlegging av spesialisthelsetjenesten (Fürst & Høverstad, 2014). Hjemmesykepleie som besøker pasienter i dag har stort fokus på å hjelpe mennesker og gjøre tiltak for dem (kompensierende tiltak), for eksempel å hente posten, dusje og stelle, gi medisiner, lage mat osv.

Som nevnt over, investeres det tid og penger i å legge om fra kompensierende tiltak til aktivisering av pasienter. Tanken er trolig at tjenesten hverdagsrehabilitering skal bygge opp under hjemmesykepleie for å aktivisere pasienter. Hverdagsrehabilitering er en tjeneste som

reiser hjem til pasienter som har hatt et funksjonsfall, og rehabiliteringsopplegget gjennomføres av helsefagarbeidere, som får en rolle som hjemmetrenere. Målet med en slik tjeneste er enten å forebygge et funksjonsfall for pasienter som står i faresone (for å utvikle et fall i funksjon), eller å rehabilitere pasienter etter et funksjonsfall. På denne måten kan pasienter leve hjemme lenger (Tuntland & Ness, 2016).

I denne oppgaven skal jeg forske på samarbeidet mellom hjemmesykepleie og hverdagsrehabilitering. Hvilke utfordringer kan tjenestene treffe på ved å jobbe sammen og identifisere faktorer som fremmer samarbeid og eventuelt hva betyr det for pasientene i forskningskommunen? Dette skal jeg se på med utgangspunkt i følgende problemstilling:

Hvilke utfordringer kan observeres i samarbeidet mellom hverdagsrehabiliteringsteam og hjemmesykepleie i en norsk kommune? Hvilke suksessfaktorer fremmer samarbeidet?

1.1 Avgrensning av oppgaven

Det finnes flere forskjellige typer hverdagsrehabilitering, og i denne kommunen er hverdagsrehabilitering organisert etter egen modell som blir beskrevet senere i oppgaven. Pasientgruppen i den valgte kommunen er begrenset til hjemmeboende eldre. I andre kommuner i Norge kan andre pasientgrupper inngå i hverdagsrehabilitering, for eksempel pasienter med psykiatri- og demensdiagnoser. I tillegg kan hverdagsrehabilitering omfatte forskjellige aldersgrupper, barn, unge og unge voksne (Ness mfl., 2012). Tjenesten, hjemmesykepleie, samarbeider med forskjellige tjenester til daglig i den valgte kommunen. Jeg har kun lagt vekt på samarbeidet mellom hjemmesykepleie og hverdagsrehabilitering i denne oppgaven.

2. Bakgrunn

Samfunnet dikterer behovet for endring i omsorgstjenesten, og en av flere endringer begynte i Norge for noen år tilbake. Slik endring er forbundet med overgang til aktiviserende tankesett om å greie seg selv i hverdagen, altså hverdagsmestring. Slikt tankesett er tett forbundet og med den forholdsvis nye kommunale tjenesten, hverdagsrehabilitering. Det er pasienter/brukere, ansatte i hjemmesykepleien og ikke minst pårørende som skal endre sin måte å tenke omkring hjemmetjenester. Hverdagsmestring setter elementer som aktivisering og rehabilitering for brukere av tjenesten i fokus (Birkeland mfl., 2018).

Jeg tenker at hverdagsrehabilitering er en spennende tjeneste og hverdagsmestring er en spennende tankegang som det er interessant å jobbe med. I mitt yrke som fysioterapeut er jeg vant med å jobbe med å finne og bygge opp under pasientens/brukerens ressurser – slik at disse menneskene opplever større grad av mestring på vei mot bedre fysisk og mental funksjon. Selv om tjenesten hverdagsrehabilitering har et noe annerledes utgangspunkt og tankesett enn hjemmesykepleie, er det nå spennende tider da disse tjenestene samarbeider mye rundt om i norske kommuner. I tillegg til at jeg studerer implementering av hverdagsmestring i forskningskommunen, ønsker jeg å finne ut hvilke elementer som kan styrke samarbeid og hvilke elementer som er mindre givende for et effektivt samarbeid.

2.1 Hjemmesykepleie

Siden andre verdenskrig har feltet hjemmesykepleie vært i dynamisk utvikling. I 1984 ble lov om helsetjenesten i kommuner iverksatt. Dette betydde at kommune overtok ansvaret for blant annet eldreomsorgen – pasientgruppene ble større og mer komplekse. Målet med hjemmesykepleie er og har vært «å bidra til at den enkelte skal kunne leve et godt liv i sitt eget liv» (Fjørtoft, 2016: 17). På bakgrunn av Stortingsmeldingen 29 (2012-2013) og regjeringens strategi, *Flere år – flere muligheter* (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016) er tanken å analysere brukerens nåværende situasjon og bidra til at brukeren skal ha det så godt som mulig, med andre ord en helhetlig tilnærming til brukernes situasjon. Og i tillegg å bidra til mestring, livskvalitet og muligheter. Hjemmesykepleiens mål er mange og varierte, tjenesten skal sørge for at brukeren skal få nødvendig helsehjelp, få dekket sine grunnleggende behov, ivarettatt egenomsorg og ha rett til verdig avslutning av livet i eget hjem. I tillegg skal brukere kunne leve hjemme lengst mulig (Fjørtoft, 2016).

Det er en tydelig overgang, sammenlignet med for 30 år tilbake. Det er ingen hemmelighet at mennesker i Norge lever lenger i dag, det er flere som lever med kroniske sykdommer og folk flest lever lengre i sine egne hjem. Trolig vil mange motta hjemmesykepleie. Det er allerede

flere behandlinger enn tidligere som foregår hjemme hos pasienter. I tillegg tilbys det flere tjenester i dag utenfor institusjoner, en forskyvning mot at flere arbeidsoppgaver har gått over til kommunal helsetjeneste fra spesialisthelsetjenesten de siste 30 år (Fjørtoft, 2016).

I denne oppgaven er det lagt vekt på eldre brukere av kommunale tjenester. Tidligere var det gamle- og sykehjem som i større grad stod for eldreomsorgen. I dag, ca. 40 år senere er det også et helsepolitisk mål at eldre skal leve, selvstendig i eget hjem så lenge som mulig (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012; Helse- og omsorgsdepartementet, 2016). I tillegg til reformer og politiske mål knyttet til eldreomsorgen, er det et økende antall mottakere av hjemmesykepleie fordi det er færre liggedøgn på sykehuset. Også utviklingen av velferdsteknologi, tydeligere kvalitetskrav og flere lovfestede rettigheter, samt økonomiske hensyn er medvirkende årsaker til at antallet mottakere av hjemmetjenester øker (Fjørtoft, 2016). Selv om hverdagsmestring og hjelp til selvhjelp er viktig i helsefagarbeider- og sykepleierutdanningene, er det mange brukere/pasienter som mottar kompenserende tiltak (Hartviksen & Sjølie, 2017; Homelien, 2017). Dette kalles «hjelpefeller» og betyr at brukerne får mye (unødvendig) hjelp – og på denne måten kan de bli mer passive og miste flere funksjoner enn nødvendig (Tuntland & Ness, 2016). Et typisk eksempel på dette kan være en bruker med lårhalsbrudd som får vedtak om oventil stell, påkledning og hårvask – dette altså, brukere med to friske hender. Ofte er det velmenende pleiere som synes synd på brukere og ønsker «å hjelpe» til. Når brukeren blir fratatt aktiviteter som de egentlig mestret tidligere og i tillegg får hjelp til andre aktiviteter, mister kroppen og hodet funksjon til å gjøre disse aktivitetene, motivasjon blir lavere og terskelen for å gjennomføre aktiviteter kan bli høyere (Vabø & Vik, 2017).

2.2 Rehabilitering

Rehabilitering er lovpålagt tjeneste og kommer inn under forskriftet om medisinsk habilitering og rehabilitering, paragraf § 3 – 2 (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2012). Formålet er å ivareta brukeren av tjenesten ved å optimalisere prosesser for å gi bistand til å fremme og oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltagelse sosialt og i samfunnet (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2012). Optimaliserte prosesser refererer til prosesser som er forskningsoppdaterte, sammenhengende og koordinerte. Bakgrunnen for dette er å levere tjenester av høyest mulig kvalitet som tilbys lokalt med vekt på samordning, tverrfaglighet og involvering av pasienten og deres pårørende. Hverdagsrehabilitering er en slik tjeneste.

2.3 Hverdagsrehabilitering

Året er 1991 og Östersund kommune i Sverige har allerede hatt gode erfaringer med hverdagsrehabilitering, rehabilitering av mennesker som har gjennomgått funksjonssvikt, i hjemmet og i nærmiljøet. Essensen er hjelp til selvhjelp. Hverdagsrehabilitering, slik vi kjenner den i Norge i dag, stammer trolig fra Fredericia kommune i Danmark. Dette er en kommune som har brukt ressurser siden 2008 for å forsinke igangsettelse av tradisjonell hjemmesykepleie til hjemmeboende personer (Kjellberg mfl., 2011).

Hverdagsrehabilitering er en kommunal tjeneste, ofte organisert som team med forskjellige profesjonsgrupper involvert. Slike profesjoner er ofte (men ikke begrenset til) ergo- og fysioterapeuter, helsefagarbeidere og sykepleiere. Ut ifra satsingsområder i hver enkel kommune vil en finne hverdagsrehabiliteringsteam som jobber blant annet innenfor rus, psykiatri og også demens – dermed kan både vernepleier, sosionomer, psykologer og andre være en del av team.

Konseptet hjelp til selvhjelp i eget hjem, altså hverdagsmestring ble plukket opp av norske kommuner. Avhengig av demografi, økonomi og kommunestørrelser, samt pasient-/brukergrupper kan hverdagsrehabilitering og tilbudet generelt variere, og være noe forskjellig fra en kommune til annen. Trening på dagligdagse aktiviteter i hjemmet og i nærmiljøet, samt mestring og fokus på livskvalitet er (trolig) elementer som er til stedet i alle kommuner (Tuntland & Ness, 2016; Ness, 2012).

2.4 Modeller innenfor hverdagsrehabilitering

Det finnes flere modeller for implementering av hverdagsrehabilitering i norske kommuner. Dette henger trolig sammen med stort antall kommuner, demografi, størrelse og boligmønster med lange avstander, politisk og administrativ forankring, økonomi, samt endringsvilje – og dermed større behov for å møte innbyggernes behov (Tuntland & Ness, 2016; Willumsen & Ødegård, 2016; Morgendagens omsorg, 2012). Det er tre modeller som ifølge Langeland med flere (2016) regnes for å være de mest vanlige, en hjemmetjeneste-integrert modell (42 %), spesialistmodell (36 %) og rehabiliteringstjeneste-integrert modell (22 %). Tallene i parentes viser prosentvis fordeling av modellene brukt i de kommunene som har blitt undersøkt av Langeland og kollegaer (2016). Trolig finnes det flere forskjellige måter å organisere hverdagsrehabilitering på. I tillegg finnes det også innsatsteam som noen ganger kan blir blandet med hverdagsrehabilitering. Under presenterer jeg kort de forskjellige organisasjonstypene knyttet til hverdagsrehabilitering (Langeland mfl., 2016).

Organisasjonstype 1. Hverdagsrehabilitering som en del av hjemmetjenesten med nødvendig tilførsel av nøkkelkompetanse i form ergo- og fysioterapeuter. Stavanger kommune er et eksempel på slik organisering. Hverdagsrehabilitering er organisert som et eget team under hjemmetjenester, men samtidig er rehabilitering organisert med egen avdelingsleder (Tuntland & Ness, 2016). Denne organisasjonstypen benevnes hjemmetjeneste-integrert modell.

Organisasjonstype 2. Hverdagsrehabilitering bestående av ergo- og fysioterapeuter (eventuelt sykepleiere) som har ansvar for kartlegging og initiering av trening. Opplegget som lages følges opp av hjemmetjenesten under veiledning av ergo- og fysioterapeuter. Et eksempel på en slik modell er Vossmodellen, oppkalt etter Voss kommunen. Nome kommune er et annet eksempel på lignende modell (Tuntland & Ness, 2016). Denne organisasjonstypen er eksempel på såkalt rehabiliteringstjeneste-integrert modell.

Organisasjonstype 3. Egen spesialisert enhet. Direkte under kommunal sjef eller under koordinerende enhet. Eksempler på slik praksis er Arendal og Bodø kommuner. I Arendal kommune er alle ergo- og fysioterapeuter ansatte i delte stillinger. Stillingene er delt likt mellom hverdagsrehabiliteringsteamet og i ordinære ergo- og fysioterapitjenesten knyttet til sonene i hjemmetjenesten. Trolig vil dette styrke og sikre nært samarbeid mellom hjemme- og rehabiliteringstjenesten (Tuntland & Ness, 2016). Denne organisasjonstype er eksempel på spesialistmodellen.

Innsatsteam er ikke egentlig en del av hverdagsrehabiliteringsmodellene. Består oftest av ergo- og fysioterapeut, samt sykepleier. Noen velger å kalle innsatsteam for hverdagsrehabiliteringsteam, selv om teamet er en del av spesifikk rehabiliteringstjeneste og er forankret i tjenesten kommunal rehabilitering.

2.5 Rehabiliteringspyramide

Selv om oppgaven først og fremst dreier seg om hverdagsrehabilitering er det flere forskjellige former for rehabilitering i kommunene og det er lett å bli forvirret over likheter og forskjeller dem imellom. Benevnelser for ulike trinn i pyramiden kan variere, det kan være både færre og flere trinn. I tillegg kan det være en stor variasjon i arbeidet som blir gjort ved forskjellige rehabiliteringstilbud med tanke på rehabiliteringsvarighet, tilgang til lokaler, personale osv. Likevel har Kristiansand kommune (figur 1.2) presentert ryddig oversikt, som muligens også er representativ for mange andre kommuner i Norge, også for forskningskommunen.

Grovt kan en si at det øverste trinnet representerer den mest spesialiserte rehabiliteringen en finner i kommunen. Dette trinnet er kjennetegnet av forholdsvis få pasienter med behov for rehabilitering og oppfølging fra sykehus etter akutt-skader og/eller akutte innleggelser. Dette er pyramidens spiss og viser til den mest spesialiserte formen for rehabilitering.

Pasienter med videre behov for kompleks rehabilitering som ikke kan foregå hjemme (for eksempel fordi bostedet ikke er tilrettelagt), kun i kommunale institusjoner, foregår eventuelt på trinnet under. Pasienter på dette trinnet har behov for medisinsk oppfølging som bostedet er ikke er tilrettelagt for. Det er fokus på høy rehabiliteringsintensitet. Ofte kan det være behov for individuell plan og koordinator. Også samarbeid på tvers av sektorer / virksomheter og ofte med eksterne samarbeidspartnere vektlegges på dette trinnet og kan være nødvendig (Kristiansand kommune, 2019).

De neste to trinnene viser til rehabilitering i hjemmet. Hjemmerehabilitering tar seg av pasienter utskrevet fra kommunale institusjoner eller fra spesialist helsetjenesten. Innsats team eller ambulerende re-/habiliterings team (Skrolsvik, 2018) er eksempler på hjemmerehabilitering. Pasienter som følges opp av slike rehabiliteringsgrupper har behov for kompleks rehabilitering med varierende grad av lengde og intensitet, samtidig som det tas sikte på langvarige rehabiliteringstiltak. Det er behov for fagspesifikk oppfølging og teamene består oftest av ergo- og fysioterapeuter, samt sykepleiere. Ofte kan det være behov for individuell plan og koordinator. Samarbeid på tvers av sektorer / virksomheter og med eksterne samarbeidspartnere er vektlagt og er ofte nødvendig (Kristiansand kommune, 2019).

Hverdagsrehabilitering gjelder (men ikke begrenset til) for brukere med funksjonsendring og som mottar kommunale tjenester fra før (dette praktiseres også forskjellig i ulike kommuner). Rehabilitering er beskrevet som enkel og har vedtak på ca. fire ukers varighet. Varighet på tiltak er også forskjellig mellom kommuner. Det er motorteamet/kjerneteam og øvrige ansatte i hjemmetjenesten som gjennomfører rehabilitering (Kristiansand kommune, 2019; Birkeland mfl., 2018). Kjerneteam er en fast gruppe ansatte, ergo- og fysioterapeut og hjemmetrener (som regel fagarbeider eller sykepleier). Funksjonen til kjerneteamet er vurdering og utarbeiding av rehabiliteringsplaner til pasienter. Etter at rehabiliteringsplanen er bestemt, er det hjemmetjenesten som følger opp (Birkeland mfl., 2018).

Nederste nivå i pyramidene viser til helsefremming og hverdagsmestring. Alle mennesker som befinner seg på dette trinnet, mottar som regel minst en kommunal tjeneste – alle er med andre ord kommunale tjenestemottakere. Hverdagsmestring er en holdning som forutsetter at

det tenkes med blick på rehabilitering, altså mestring uansett funksjonsnivå. Ingen er ekskludert, hverdagsmestring er aktuelt for alle mennesker som mottar kommunale tjenester. Et slikt tankesett er ingen nyhet innenfor rehabilitering og implementeres i dag i større grad i forskjellige kommunale tjenester, i min oppgave er det lagt vekt på hverdagsmestring i hjemmesykepleie og samarbeid rundt det.

2.6 Hverdagsmestring

I Norge per i dag er det i eldreomsorgen at hverdagsmestring er mest vanlig. Det er personer som brått har opplevd en større funksjonssvikt, enten akutt eller utviklet over tid, som lærer hverdagsmestring, altså aktive tiltak for å greie hverdagslige oppgaver, altså hjelp til selvhjelp. Typiske eksempler kan være Helge på 80 år med lårhalsbrudd eller Anna på 75 år med kraftig lungebetennelse, som ikke har overskudd til å gjøre daglige gjøremål.

Hverdagsmestring er et relativt nytt begrep i norske helsevesen (Tuntland & Ness, 2014), uten at det nødvendigvis representerer noe nytt. I korte trekk handler det om å se brukerens ressurser, ikke begrensninger og bygge opp under dem (Hartviksen & Sjølie, 2016; Tuntland & Ness, 2016; Homelien, 2017). I tillegg stilles det spørsmål om hva og hvilke aktiviteter er viktig for brukeren å mestre i livet. Dette vil involvere brukere til økt deltagelse, som er målet med hverdagsmestring. (Hartviksen, 2014). I Norge gjennomføres hverdagsmestring på forskjellige måter, med hverdagsrehabilitering som en slags veiviser, som er et eksempel på hvordan hverdagsmestring implementeres gjennom samarbeid med, eller som en del av hjemmesykepleien.

Det snakkes også om et paradigmeskifte når fremtiden til norske hjemmetjenester omtales (Birkeland, 2014). Skiftet er fra tradisjonell pleie innenfor hjemmesykepleien, over til en mer aktiv tilnærming, hverdagsmestring.

3. Tidligere forskning

Hverdagsrehabilitering og kommunalt fokus på hverdagsmestring virker å være store satsingsområder i helse- og omsorgstjenester i Norge. Både regjeringens strategi, *Flere år – flere muligheter* (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016) og tidligere stortingsmelding om *Morgensdagens omsorg* (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012) skisserer satsing på overgang mot aktiviserende tankesettet, hverdagsmestring, for essensielt flere leveår i eget hjem med god livskvalitet. Tjenesten hverdagsrehabilitering bygger opp under dette tankesettet ved samarbeid og samhandling med kommunale samarbeidspartnere, slik som hjemmesykepleie. Det er en god del forskning allerede knyttet til hverdagsrehabilitering i Norge siden 2011 (Ness mfl., 2011; Birkeland, 2014; Fürst & Høverstad, 2014; Bendiksen & Løvli, 2015; Førland & Skumnes, 2016; Tuntland & Ness, 2016; Hartviksen mfl., 2017; Homelien, 2017; Birkeland mfl., 2018). I tillegg har jeg kommet over forskning fra Skandinavia, hvor både Sverige og Danmark har begynt med aktiviserende arbeidsmetode og tjenesten hverdagsrehabilitering tidligere (Kjellberg mfl., 2011). Disse tekstkildene er omfattende, mange av de dekker både samarbeid internt i hverdagsrehabiliteringsteam og samarbeid med andre partene, i tillegg til organisering av hverdagsrehabilitering og overgang til hverdagsmestring.

Samarbeidet mellom hverdagsrehabilitering og hjemmesykepleie er veldig sparsommelig beskrevet i litteraturen. Dette kan henge sammen om at hverdagsrehabilitering er en nokså ung tjeneste i det kommunale perspektivet. De kildene som jeg klarte å finne frem er enten i fagbøker (Tuntland & Ness, 2016; Hartviksen & Sjølie, 2017) eller i artikler (Homelien, 2017; Birkeland, 2014). Det er også et par artikler i form av en rapport og oppsummering av kunnskap som tar noe av samarbeidet mellom de to tjenestene (Fürst & Høverstad, 2014; Førland & Skumnes, 2016). Dette i tillegg til kilder som jeg beskrev i avsnittet over. De fleste av dem gir anbefalinger om hva som er gunstig i forhold til endringsarbeid for det optimale samarbeidet mellom tjenestene, rammene rundt tjenestene som kan påvirke samarbeidet eller anbefalinger rundt implementering av hverdagsmestring. Hartviksen og Sjølie (2017) har et kapittel om implementering av hverdagsrehabilitering og hverdagsmestring som er interessant, selv om det er beskrevet for en arealmessig stor kommune med underkant av 2000 innbyggere. De samme forfattere beskriver mye av det samme som også Tuntland og Ness (2016) gjør i sin bok om hverdagsrehabilitering, nemlig behovet for forankring hos prosjektgruppe for en god implementeringsprosess blant ansatte i hjemmesykepleien. I tillegg er det beskrevet andre viktige elementer for å implementere hverdagsmestring i

hjemmesykepleie, i tillegg til tjeneste hverdagsrehabilitering. Blant disse er det hverdagsmestring som overordnet filosofi i hele kommunen og inklusjon av ansatte i hjemmesykepleien og sykehjem i denne nye kommunale filosofien. Kommunikasjon og utveksling av informasjon, i tillegg til tydelige arbeidsrutiner og detaljerte mål for implementering, er også nevnt som faktorer for vellykket overgang til hverdagsmestring og samarbeid.

4. Teori

4.1 Samarbeid og tverrfaglig samarbeid

Samarbeid er et partnerskap, ofte mellom mennesker med forskjellig yrkesfaglig bakgrunn, som jobber sammen for å løse utfordringer eller for å yte service (Reeves mfl., 2010: XII).

Som nevnt over er det et større trykk på samarbeid mellom profesjoner nå enn tidligere, og samarbeid er viktig innenfor hverdagsrehabilitering. Ikke bare fordi én yrkesgruppe ikke kan drive tjenesten alene, men også fordi yrker må samarbeide tett for at pasienter skal nå sine mål (Tuntland & Ness, 2016).

Tradisjonelt har rehabiliteringen vært enten preget av en- eller flerfaglighet. Enfaglighet betyr at rehabilitering foregår ved hjelp av kun en fagprofesjon. Mens ved flerfaglighet er det flere fagprofesjoner som jobber parallelt med hverandre, uten å være i nærheten eller være gjensidig avhengig av hverandre (San Martin-Rodriguez mfl., 2005). Hver fagprofesjon belyser utfordringer fra hvert sitt ståsted (Lauvås & Lauvås, 2004). På denne måten er det ikke behov for å overskride hverandres faggrenser. Profesjoner møtes for å rapportere sin egen progresjon i forhold til jobben (Bendiksen & Løvli, 2015), for eksempel ved sykehus på rapportmøter.

Tverrfaglig samarbeid er tett beslektet med samarbeidsbegrepet, men retter i større grad søkelyset mot felles identitet og understreker at yrkesgruppene er avhengige av hverandre for å levere service eller løse oppgaver (Reeves mfl., 2010: XIV), noe som kan relateres til både implementering av hverdagsmestring og samarbeidet mellom tjenestene ved felles pasientforløp. Samarbeid kan defineres som en felles måte å kommunisere, dvs. snakke sammen på felles språk. Dette er viktige forutsetninger for en tverrfaglig samarbeidsprosess. Det å skape fellesskap, gjensidig tillit og følelse av tilhørighet er viktige forutsetninger for å få samarbeidet til å fungere (Bolman & Deal, 2009; Jacobsen & Thorsvik, 2013). Videre er felles ansvar, integritet, fordeling og definering av klare roller og ikke minst gjensidig avhengighet, forutsetninger for samarbeid på tvers av fagprofesjoner i et team, i tillegg til fysisk nærhet (San Martin-Rodriguez mfl., 2005; Bolman & Deal, 2009; Reeves mfl., 2010;). I boken til Bjørkquist og Fineide (2019) skrives det at tverrfaglige utfordringer ikke kan løses ved en bestemt fagprofesjon og ved å ansette mer av det bestemte personalet.

4.2 Kommunikasjon og dialog

Flere forfattere viser til dialog som kommunikasjonsmiddel og dynamikk mellom involverte faggrupper (Holmesland mfl., 2010; Tuntland & Ness, 2016; Willumsen & Ødegård, 2016; Jacobsen & Thorsvik, 2018). Naturlige arenaer for samarbeid, nye metoder, kommunikasjon

og organisering er alle viktige elementer for å oppnå dette. Tuntland og Ness referer til Lauvås og Lauvås (2004) som også påpeker på at organisering er en viktig katalysator. Noen aspekter skaper spesielt store utfordringer på vei mot et effektivt tverrfaglig samarbeid. For eksempel er likestilling mellom profesjoner, eller ofte mangel på likestilling mellom dem kan skape utfordringer ved kommunikasjon og derfor samarbeid. I kommunikasjon mellom hverdagsrehabilitering og hjemmetjenesten er det forskjellige profesjoner som samarbeider – ergo- og fysioterapeuter har ofte et annet syn på løsninger og arbeidsmetode enn sykepleiere og fagarbeidere. San Martin-Rodriguez med flere (2005) skriver om prosessen, profesjonalisering som er kjennetegnet av områdedominans, autonomi og kontroll. Lauvås & Lauvås (2004) peker på hierarki blant profesjoner der en eller flere profesjoner kan marginalisere andre ved å fremheve sin profesjon tydeligst.

Effektiv kommunikasjon mellom tjenester er en viktig samarbeidsfaktor. Hjemmesykepleie er en stor tjeneste innenfor kommunen og er ofte organisert på en hierarkisk måte. Hierarkisk her betyr at det er ledere som befinner seg på toppen av hierarkiet og gir underordnede ansatte beskjeder og instruksjoner om hva som skal gjøres (Lauvås & Lauvås, 2004). En skiller mellom vertikal og horisontal kommunikasjon. Vertikal kommunikasjon foregår i en hierarkisk struktur, gjerne over flere nivåer, fra leder til ansatte. Problemene knyttet til vertikale kommunikasjon kan være fordreininger og egne fortolkninger av informasjon knyttet til egen arbeidssituasjon (Jacobsen & Thorsvik, 2018). For eksempel manipulering av informasjon og ved å holde deler av informasjon vekk fra mottageren - for å ikke skape ugunstig situasjon eller å unngå å sette leder i dårlig lys, eller svekke arbeidsmoralen til ansatte (Jacobsen & Thorsvik, 2018). Ved informasjon oppover fra ansatte til ledere er det to utfordringer, knyttet til vertikal informasjon. Siden det ofte er flere nivåer, ledere, mellomledere, avdelingsledere osv., tar det lengre tid å motta informasjon sendt oppover, det er også begrenset hvor mye informasjon som når dit det skal, grunnet informasjonsfiltrering. I tillegg sies det også at informasjonen kan bli ufullstendig, da den kan bli underslått for å fremstille mellomledere i gunstig lys. Vertikal kommunikasjon i hierarkisk organisering undertrykker kommunikasjon mellom under- og overordnede (Jacobsen & Thorsvik, 2018: 290-291).

Effektivitet i kommunikasjonen internt i hjemmesykepleien og med samarbeidspartnere er viktig slik at tjenester tilbys og forvaltes innenfor gitte tidsfrister (Lauvås & Lauvås, 2004). Jacobsen og Thorsvik (2018) viser til at det er mer utstrakt kommunikasjon mellom personer i en formell organisasjonsenhet enn i ulike organisasjonsenheter. Slik kommunikasjon foregår i

større grad horisontalt grunnet tre årsaker. Personer som er i felles enhet deler felles oppgaver, har felles interesser og felles erfaringer. Lik kompetanse kan være annen årsak. Selv om utdanninger vil være noe ulike i et tverrfaglig team, har teammedlemmene fremdeles samme språk, symboler og kommunikasjon løper uten misforståelser. Siste årsak er fysisk nærhet til hverandre og dermed tett kontakt, for eksempel gjennom felles kontorer, møter eller ved felles pasientbesøk (San Martin-Rodriguez mfl., 2005; Reeves mfl., 2010; Jacobsen & Thorsvik, 2018). For effektivt samarbeid på tvers av fagprofesjoner er det nødvendig med horisontale fagteam (Bolman & Deal, 2009). Dialog er et verktøy i samhandling internt i team eller mellom tjenester, og er en del av den horisontale kommunikasjonen så lenge ingen av partene har overtak over andre (Willumsen & Ødegård, 2016).

4.3 Profesjonalisering

Abbott skriver om kamp profesjoner imellom (Abbott, 1988). Han beskriver en kamp om arbeidsoppgaver der profesjoner kjemper for å vise at nettopp deres oppfatninger og løsninger er de riktige for å løse problemstillinger. Dette er et tema fordi en profesjon har en tendens til å redusere problemstillingen til sitt profesjonelle ståsted, innenfor fagprofesjonens spesifikke arbeidsområde. Flere ulike samarbeidende profesjoner vil se på problemstillingen fra sitt respektive ståsted, sin utdanning og sine erfaringer. På denne måten blir det lettere å ivareta flere viktige aspekter ved problemstillingen og tilby løsninger som tar vare på helheten, hvis profesjoner er flinke til å samarbeide. Det motsatte vil være å redusere pasienten til hans eller hennes diagnose, noe som ikke nødvendigvis reflekterer hovedproblemstillingen, kun en del av den.

Lingås (2013) skriver at det går en grense for at en profesjon kan trampe over andre profesjoner. Tuntland og Ness (2016) bruker begrepet, profesjonssjåvinisme. Begrepet blir da brukt for å vise til profesjonsgruppe som dominerer og tar for mye plass, for å vise sin overlegenhet, skape gode skussmål eller som forfatterne skriver, skape følelse av uunnværlighet (Tuntland & Ness, 2016). Hverdagsrehabilitering og tankesettet om hverdagsmestring er ikke forbeholdt ergo- og fysioterapeuter, men er veldig påvirket av disse fagprofesjonene. Dette kan skape gnisninger både internt i hverdagsrehabiliteringsteam og med samarbeidspartnere i hjemmesykepleie, der andre helseprofesjoner er representert med andre tilnærminger til pasientarbeid. Som skrevet over, kan gnisninger oppstå hvis ergo- og fysioterapeuter dominerer for mye i tjenesten hverdagsrehabilitering – altså det er fravær av likestilling mellom profesjoner i et team, noe som kan skape samarbeidsutfordringer. Lignende gnisninger kan oppstå mellom tjenester med ulike arbeidsmetoder. Hvis en av

tjenestene tar for mye plass, eller hvis annen tjeneste mener at deres måte å arbeide på er den beste, kan det være vanskelig å oppnå enighet og dermed kan samarbeidsutfordringer oppstå.

4.4 Arbeid i et team

Reeves med flere (2010) har i sin forskning kommet frem til fem nøkkelementer som sammenfatter arbeid i et team. Disse er identitet som deles av hele teamet, klare roller og oppgavefordeling, gjensidig avhengighet, integritet og delt ansvar. Rollene må fordeles slik at hvert gruppe medlem har sine faste ansvarsområder, oppgaver og mål, både individuelt og for teamet i helhet (Bolman & Deal, 2009). Ikke minst å skape tilhørighet til det å arbeide i en gruppe er en viktig forutsetning for arbeid i team. Videre er det viktig å utfylle hverandre, dele ansvar, og ikke minst kunne samarbeide. Til slutt nevner Reeves med flere (2010) at enighet om hvordan jobben skal gjøres må være tilstede. Lauvås og Lauvås skriver også om viktigheten av lojalitet, at teammedlemmer danner lojalitet mot teamet og ikke andre nivåer i organisasjon. Lojalitet effektiviserer teamarbeid (Lauvås & Lauvås, 2004).

Jeg tenker at eierskap er viktig bestanddel for både samarbeid internt i en tjeneste og med samarbeidspartnere. Jeg tenker også at eierskap og lojalitet henger sammen. Har en vært med å opprette en ny tjeneste, eller nye arbeidsrutiner så blir man automatisk knyttet til tjenesten, en får eierskap. Profesjon kan ha mye eierskap og profesjon kan ha lite eierskap. For lite eierskap vil trolig svekke samarbeidet da det er vanskelig å samarbeide når du ikke har forpliktelser (Lauvås & Lauvås, 2004), dessuten er det ingen som kan tvinge noen til å samarbeide, en må ville det selv (San Martin-Rodriguez med flere, 2005). Det kan være vanskelig å samarbeide hvis en av samarbeidspartnere har for lite lojalitet og eierskap, og føre til at samarbeidsvilje vil være lav.

I denne masteroppgaven kan eierskap relateres til alle parter som deltar, ansatte i tjenestene, hverdagsrehabilitering og hjemmesykepleie, deres ledere og selvsagt brukere eller pasientene i disse tjenestene. Å ha ansvar for å lede mennesker, altså som Døving mfl. (2016) skriver: ledermotivasjon er viktig for å motivere de ansatte og hvis ledere ikke har eierskap til noe, blir det vanskelig å lede de andre (Døving mfl., 2016: 280) – noe som kan skape samarbeidsutfordringer. Ledere har sine individuelle mål som skal nås og lav motivasjon vil også påvirke måloppnåelse negativt. Slike mål kan være å danne team som samarbeider eller samarbeide med andre team og tjenester, eller implementere noe nytt i kommunen, for eksempel hverdagsmestring.

Hvis ledere har lav motivasjon, hva vil det bety for de ansatte som lederen har ansvar for? Lauvås og Lauvås (2004) skriver at medlemmer i et team blir mer forpliktet til samarbeid hvis eierskap og lojalitet blir investert i disse medlemmene. I begynnelsen av avsnittet skriver jeg om de elementene som må være tilstede i et team, felles identitet, klare roller og oppgavefordeling, gjensidig avhengighet, integritet og delt ansvar (Reeves mfl., 2010). Det er trolig sammenheng mellom alle disse elementene og høy grad av eierskap. Arbeid i team, uansett om det gjelder internt i hverdagsrehabilitering eller i hjemmesykepleie, eller mellom tjenestene, forutsetter eierskap i arbeidet med pasienter.

Å være ansatt i helse- og omsorgstjenestene betyr å være i kontakt med pasienter store deler av arbeidsdagen. Overgang fra arbeidsmåte der helsearbeidere har vært vant med å gjøre tiltak for pasienter, til å oppnå selvstendighet i dagligdagse aktiviteter ved tilrettelegging og aktive arbeidstiltak kommer brukervedvirkning til gode. (Tuntland & Ness, 2016; Hartviksen & Sjølie, 2017). Det er fokus på stor grad av brukervedvirkning i dagens helse- og omsorgstjenester enn det trolig var tidligere. San Martin-Rodriguez mfl. (2005) viser til klientsentrert arbeid, der klienten settes i fokus. Å tenke på denne måten vil trolig kreve en del fra de ansatte, da overgang fra en arbeidsmåte over til annen kan være utfordrende for mange – fra å gjøre for til å gjøre sammen med. Inkludere pasientene i avgjørelsestaking vil være med å øke deres eierskapet ved å hjelpe dem å formulere aktiviteter som er viktige for dem å trene på (Hartviksen & Sjølie, 2016). Ved å tenke på aktiviteter som er viktige for pasientene, kan oppmerksomheten dreies vekk fra diagnoser og mot egne ressurser, noe som kan være bra for pasientens helse (Hartviksen & Sjølie, 2016; Homelien, 2017).

Helt på slutten vil jeg referere til det San Martin-Rodrigues mfl. (2005) og D'Amour mfl. skriver om samarbeid. Selv om alle elementer i et team er tilstede og alt er til rette for samarbeid, både ansvarsområder, oppgaver og mål, er samarbeid en helt frivillig prosess. Når parter har vilje til samarbeid, kan selv de mest kompliserte oppgavene løses ved at profesjonelle snakker sammen, samarbeider og løser kriser på arbeidsplassen. Det blir kalt fleksibel kommunikasjon eller gjensidig tilpasning (Mintzberg og Glouberman, 2001).

4.5 Samarbeid – med eller uten pasienter?

Er målet til profesjonelle å dele kunnskap med sine pasienter/brukere for å gjøre dem mindre avhengige og i større grad gi pasienter hjelpemidler til å løse egne problemer? Lauvås & Lauvås (2004) skriver i sin bok om usikkerhet i forhold til det. Det vises til Lysgaard (1977:121) som tvert imot skriver at profesjonelle ofte er opptatt av å utvikle kunnskap og holde kunnskap for seg selv, framfor å dele den med andre profesjoner og pasienter/brukere.

Dette har mulig sammenheng med at delt kunnskap kan redusere maktposisjonen til de profesjonelle og fagfeltet deres. Samtidig forutsetter hverdagsmestring, som jo er viktig i hverdagsrehabilitering, at de samarbeidende yrkesgruppene jobber tett sammen for å finne og synliggjøre pasientens ressurser. San Martin-Rodriguez mfl. (2005) refererer til klientsentrert arbeid, der pasienten settes i sentrum. Flere forfattere beskriver at denne prosessen begynner allerede med å stille spørsmålet, hva er viktig for deg? Dette er spørsmålet der helsearbeidere tar utgangspunkt i pasientens ønsker og mål, og bruker sine kunnskaper for at pasientene kan oppnå sine mål (Hartviksen & Sjølie, 2016; Tuntland & Ness, 2016; Homelien, 2017).

4.6 Lederens rolle i samarbeidet

Paradigmeskiftet, altså overgangen fra pasifiserende tiltak til aktiviserende tiltak med økt brukermedvirkning, er noe som gjelder for hele Norge. Jacobsen og Thorsvik (2018) skriver om visjon, en ideell situasjon som organisasjoner ønsker å oppnå. Slike visjoner er sjelden tidfestet, men viser hvilken retning organisasjon går i. Bolman og Deal (2009) skriver om strategiske målsetninger for bedrifter. For å realisere visjoner er det nødvendig med målsetninger som tjener som konkretiseringer for å nå visjoner (Jacobsen & Thorsvik, 2018). For eksempel, om hverdagsmestring er ønsket for hele kommunen, i alle dens sektorer, og om det dermed kan være et hovedmål. Å implementere hverdagsmestring i én tjeneste først, er et delmål, for eksempel i tjenesten hverdagsrehabilitering. Det dannes flere delmål, friksjonsfritt samarbeid mellom ulike tjenester på vei mot hverdagsmestring, mellom hverdagsrehabilitering og hjemmesykepleie. Det forsetter slik til alle delmål er oppnådd og hovedmålet er realisert (Jacobsen & Thorsvik, 2018: 38-39). Å ha felles mål for organisasjonen vil være styrkende for samarbeidet, forutsatt at det er godt forankret blant de som bestemmer, dvs. politikere og kommunalledelse. Hverdagsmestring er et politisk mål (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012), og slik jeg forstår det er det opptil hver enkel kommune hvordan målet skal nås.

Samarbeid er viktig for å nå målet om hverdagsmestring, og ledere sees på som de ansvarlige for at samarbeidet skal skje. Ifølge Bolman og Deal (2009) skjer dette ved at ledere fastsetter mål som organisasjonen skal jobbe etter. De setter inn tiltakene og ressursene som er nødvendige for at målet skal nås. Mål er nødvendige for at organisasjonen skal kunne jobbe mot fastsatt strategi. For eksempel kan organisasjonens strategi i denne oppgaven være kommunal fellessatsing på implementering av hverdagsmestring. Som nevnt over er det viktig med ressurser for å oppnå mål på vei mot et nytt tankesett i kommunen. Ressursene kan være forskjellige. Det kan dreie seg om fagpersonalet, økonomi eller tidsbruk for å nå målene. Det

er også lederens ansvar å koordinere de ansatte, som å tilrettelegge og støtte de ansatte på vei mot måloppnåelse (Reeves mfl., 2010). Samtidig er det opp til hver enkel leder å faktisk lede de ansatte, Døving mfl. (2016) skriver om ledermotivasjon og individuelle forskjeller knyttet til slik motivasjon. Ledermotivasjon er leders beslutning om å gå inn i lederrollen, opplæring og ansvar som påvirker innsatsen i aktiviteten å være leder (Døving mfl., 2016: 280). Denne motivasjonen er bestemt av tre komponenter: Like å lede andre, plikt og ansvarsfølelse til å lede andre og ikke vurdere kost-nytte med å være leder. Som nevnt over er ledere en heterogen gruppe og i prinsippet er det opp til hver enkel leder å finne ut hvordan både langsiktige og kortsiktige mål skal oppnås på vei mot fellessatsing og samarbeid.

Samarbeid mellom profesjoner er viktig, og det understrekkes hvor viktig det er, både gjennom media (spesielt før lokale og nasjonale valg); innenfor organisasjonen og på møter mellom profesjonelle. Hverdagsrehabilitering har kommet for å bli, enten som en del av andre (hjemme-) tjenester, som en del av kommunal rehabilitering eller som en frittstående tjeneste. Uansett organisering er det liten tvil om at det tverrprofesjonelle samarbeidet er utfordrende. Samtidig kan ikke hverdagsrehabilitering eller hjemmesykepleie nå politiske mål og i dette tilfellet fellessatsing på hverdagsmestring, uten et velfungerende samarbeid, tjenestene imellom (Bolman & Deal, 2009).

I dette kapittelet har jeg sett på teori knyttet til samarbeid, kommunikasjon, profesjonalisering og lederens rolle. Videre har jeg delt samarbeidstema til delkapitler. Jeg bruker teori og ser på det tverrfaglige samarbeidet og profesjonaliseringsbegrepet. Kommunikasjon og dialog blir også tatt opp i dette kapittelet og er knyttet til arbeidet i et team. I tillegg ser jeg på samarbeidet knyttet opp mot pasientene, brukermedvirkning og hverdagsmestring. På slutten av kapittelet ser jeg på hva slags rolle ledere har i samarbeid.

5. Metode og forskningsdesign

5.1 Innledning

Formålet med denne studien er å få økt innblikk når det gjelder utfordringer og suksesskriterier for samarbeid mellom to tjenester som mer eller mindre er pålagt til å samarbeide med hverandre. Disse tjenestene er hjemmesykepleie og hverdagsrehabilitering. Passiv pleie er i stor grad i ferd med å bli erstattet med en aktiv tilnærming til hjemmetjenestens pasienter. Hverdagsrehabilitering og hjemmesykepleie står begge i sentrum for denne endringen. Derfor er dette et tema det er et interessant å forske på.

Dette kapitlet handler om mine metodiske valg. Jeg har valgt å benytte kvalitativ metode som ikke har røtter i en bestemt tradisjon og som dermed trolig er en miks av flere tilnærminger (Malterud, 2017). Jeg har valgt å gjennomføre kvalitative forskningsintervjuer. Utvalg av intervjudeltagere, intervjuguide, og analysemetodikk er vurdert i henhold til troverdighet og pålitelighet gjennom hele prosessen (Malterud, 2017; Tjora, 2018).

5.2 Vitenskapsteori

Bakgrunn for min oppgave er observasjoner, nærmest iakttagelse, av hvordan det arbeides med hverdagsrehabilitering i kommuner. For at tjenesteenhetene skal fungere og levere tjenester må personalet i de ulike enhetene samarbeide. Jeg sammenligner enhetene og hvordan de legger til rette for dette samarbeidet og jeg gjør det i et pragmatisk perspektiv, i den forstand at jeg forholder meg til fenomener som kan observeres, måles og som ser ut til å fremstå som objektive fakta (Kvale & Brinkman, 2015; Malterud, 2017).

Samtidig er målet i denne masteroppgaven å ta på seg forskerrollen og produsere kunnskap. Å være bevisst på min rolle som forsker har mye å si for kvalitet på kunnskap som legges frem i denne oppgaven. Det forutsettes at jeg som forsker har høy moralsk integritet, er ærlig, har erfaring og empati. Disse egenskap er viktige i samhandling med intervjudeltagere da de både sikrer kunnskapen som hentes ut, men også ivaretar intervjudeltagere (Kvale & Brinkmann, 2015). Kunnskapen jeg henter ut gjennom intervjuene er en muntlig dialog som senere, etter at intervjuene er transkribert, vil bli til en produsert tekst, data, som er en hermeneutisk komponent (Nilssen, 2012). Hermeneutikk er læren om fortolkning av tekst gjennom samtale, med forhåndskunnskap om tema – målet er å oppnå gyldig og allmenn forståelse av hva tekst betyr (Kvale & Brinkmann, 2015: 73-74). Data som ble hentet ut av intervjuene, vil deretter tolkes for å så danne utgangspunkt for å finne frem til noe som gir mening og dermed skaper forståelse (Nilssen, 2012; Malterud, 2017).

5.3 Semistrukturerte intervjuer

Jeg skal bruke semistrukturerte intervjuer. De har felles struktur der noen spørsmål stilles felles til alle informanter. De tar sikte på å gå i dybden på det valgte tema. Tanken bak et slikt design er å belyse tema fra ulike sider (Brottveit, 2018). Malterud (2017) skriver om flertydighet, forskjellige sider av intervjudeltagere der deres personlig innsikt knyttet til studiets problemstilling skal komme fram.

I denne oppgaven har jeg valgt et intervjudesign med hovedspørsmål og underspørsmål som ble stilt til alle informantene i en bestemt rekkefølge. I motsetning til et strukturert intervju har jeg lagt vekt på hver enkelte informantens personlige svar og hatt rom for å stille oppfølgingsspørsmål. På denne måten tenker jeg strukturen på intervjuene gir meg mulighet til å endre på rekkefølgen spørsmålene stilles i. Det må nevnes at underveis ble alle hovedspørsmål stilt, men det har vært skjønnsmessige vurderinger, der det ble vurdert å ikke stille alle underspørsmål til alle informanter.

5.4 Intervjuguide

Utgangspunktet for intervjuguiden er å ha spørsmål eller stikkord med temaer, for å ha flyt og progresjon i intervjuet (Malterud, 2017). Derfor ble spørsmål stilt og tanken var at intervjudeltagerne kunne bruke tid på å svare på spørsmålene. Noen spørsmål ble for vanskelige for noen av deltagerne, eller svarene ble noe utflytende, og der har jeg veiledet med å stille oppfølgingsspørsmål, for å komme tilbake på sporet. Selve guiden består av tolv hovedspørsmål, «*tematiske hovedpunkter*» (Brottveit, 2018: 90) med flere underspørsmål under hvert, for å spisse hovedspørsmålene. Til sammen bestod guiden av rundt 40 spørsmål. De fleste spørsmålene er åpne, og tanken er at deltagerne skal kunne tenke seg om og utdype sine svar i størst mulig grad. Jeg har bevisst unnlatt å bruke ledende spørsmål i intervjuguiden for å få så utfyllende svar som mulig. Ledende spørsmål kan påvirke reliabiliteten (Kvale & Brinkmann, 2015).

Brottveit (2018) skriver om viktigheten av å utvise dømmekraft under intervjuene og sørge for refleksivitet i møte med intervjudeltagerne. Bruk av intervjuguide som kvalitativ metode for få frem deltagerens tanker, motiver, erfaringer og opplevelser er en dynamisk prosess (Malterud, 2017). Prosessen og min rolle var både aktiv og deltagende i samhandling med intervjupersoner (Malterud, 2017). Ved det ene intervjuet ble en av deltagerne meget usikker på et spørsmål og uttrykte dette. Etter å ha prøvd å stille spørsmålet annerledes eller dele spørsmålet opp i enklere underspørsmål, ble deltageren spurt om vedkommende ønsket å avslutte intervjuet. Etter bekreftelse på dette ble vi enige om å avslutte. Denne situasjonen

utfordret min rolle som forsker, og det behovet jeg hadde for respons i ulike intervjusituasjoner. I tillegg oppfattet jeg at det var negativt for dataakkumuleringen og fremdriften med intervjuarbeidet (Nilssen, 2012).

5.5 Etske vurderinger

Prosjektet er meldt til nasjonalt arkiv og senter for forskningsdata, NSD. Målet med det er å gjennomføre konfidensiell behandling av personopplysninger som eventuelt måtte framkomme i arbeidet med intervjuene. 14.10.2019 ble meldeskjema (288698) godkjent av NSD og jeg kunne begynne med å finne intervjudeltagere.

Jeg er interessert i menneskelig erfaring knyttet til arbeidet med hjemmetjenester og rehabiliteringstjenester. Hva de tenker, sier, og kroppsspråket deres er på mange måter grunnlaget for denne oppgaven. Forskning på mennesker krever visse regler, et rammeverk av regler for å beskytte både intervjudeltagere og forskeren fra etiske utfordringer og problemstillinger som kan oppstå i løpet av prosjektperioden (Kvale, 1999). Forskning og forskningsetikk er regulert gjennom forskningsetikkloven (Forskningsetikkloven, 2017) og den nasjonale forskningsetiske komité for samfunnsvitenskap og humaniora (NESH, 2016). Den regulerer at forskningen er god og ansvarlig, og sikrer i tillegg forskerens forpliktelser overfor forskningsdeltagere, den sikrer altså god vitenskapelig- og forskningspraksis (NESH, 2016).

Jeg har sørget for at alle intervjupersonene blir kjent med og underskriver samtykke til å delta i prosjektet. Jeg har gitt opplysninger om dataanonymisering og hvilke konsekvenser som kan være forbundet med prosjektdeltagelse.

Alle intervjudeltagere ga samtykke til deltagelse. Denne ble lest og underskrevet i ro, i forkant av intervjuene. I tillegg har jeg snakket med alle intervjudeltagerne om både gjennomføring av intervjuet, intervjuguide, rammer og taushetsplikt. Prosjektleder valgte også tid og sted for alle intervjuene og disse ble gjennomført i lokaler som deltagerne kjenner godt til. Dette mener jeg er til stor hjelp for både grensesetting og trygghet for deltagerne og for meg som forsker (Malterud, 2017; Brottveit, 2018). Alle deltagerne ble også informert om at de kan trekke sin beslutning om å være med når som helst, uten at det ville ha noen negative konsekvenser for dem. Dette håpet jeg også kunne skape tillit og unngå at deltagerne på noen som helst måte kjente seg tvunget til å delta (Kvale, 1999; Nilssen, 2012; Malterud, 2017).

Alle intervjupersonene kan i prinsippet bli gjenkjent, noe som er langt ifra ønskelig (Malterud, 2017). I tillegg er konfidensialitet et viktig forskningsetisk prinsipp (Nilssen, 2012). Alle

intervjuene ble anonymisert. Dette ble gjort for å fremme deltakernes trygghet med tanke på prosjektdeltagelse, noe som er viktig både i forhold til personvern og anonymitet (Malterud, 2017). Praktisk gjennomføring av anonymisering beskriver jeg noe senere i dette kapittelet.

Studier, slik som min, har konsekvenser for intervjudeltagere. Konsekvenser kan være ulike. Ved gjennomføring av intervju har noen av intervjudeltagere blitt overrasket i forhold til egne svar, for eksempel ved spørsmål om rutiner for videre samarbeid mellom hverdagsrehabilitering og hjemmesykepleie etter et endt rehabiliteringsforløp, svarer en av deltagerne (D-1):

«[...] det er ikke noe sånn oppfølgende samtale. Det kunne vi gjerne hatt, hører jeg nå, når jeg sier det!»

Ved et annet tilfelle var det annen reaksjon når det var vanskelig å svare på spørsmål for en av deltagerne som sa følgende (D-5):

«Oh herregud, nå får jo jeg helt jernteppe. Jeg er så usikker òg, vet du, for jeg er så redd for at jeg skal si feil.»

Disse utsagnene er forskjellige og viser til forskjellige opplevelser intervjupersoner kan ha når de deltar i et intervju. Det første sitatet (D-1) er en oppdagelse for deltager som viser til faglig, og kanskje til og med organisatorisk vekst, som kan ha betydning for hele tjenesten (Kvale, 1999). Mens det andre sitatet (D-5) viser til negativ opplevelse på personnivå. Det må også nevnes at min oppgave som forsker er å skjerme intervjudeltagere for uakseptabel påvirkning (Johannessen mfl., 2011), og jeg har i ettertid snakket med denne deltageren som trolig opplevde denne delen av intervjuet som lite hyggelig. Samtalen, og responsen på samtalen i etterkant, var meget positiv og deltageren fortalte om redsel for å ikke fremstå som nyttig i forhold til sitt bidrag til min oppgave (Malterud, 2017).

Planlegging og gjennomføring av intervjuene og samhandling med intervjudeltagere før, underveis og etter intervjuene, ga meg forståelse for hvor viktig gjensidig tillit mellom forsker og intervjusubjekt er (Nilssen, 2012; Malterud, 2017).

5.6 Intervjudeltagere

Før jeg går videre til presentasjon av intervjudeltagere, er det nødvendig med noe overordnet presentasjon av deltakerne, deres fagprofesjon og hvilken tjeneste de er ansatte i. Dette grunnet at noen intervjudeltagere samtidig er ansatt i forskjellige enheter/tjenester.

Presentasjon av intervjudeltagere kan ses i tabell 1.1.

Prosjektkoordinator for hverdagsrehabilitering og undertegnede er kjente gjennom både ulike fagdager, nettverksmøter og hospitering. Nilssen (2012) skriver at i kvalitativ forskning er nærhet en styrke (Nilssen, 2012: 137). Det ble sendt e-postforespørsel til prosjektkoordinator der jeg forklarte min problemstilling og mitt ønske om informanter som kjenner hverdagsrehabiliteringen og samarbeidsaspektet med hjemmesykepleie, og som kunne prate om tema. Når jeg ser tilbake på måten deltakere ble valgt ut, tenker jeg på snøballutvelgelsen, slik Andrews og Vassenden (2007) beskriver det. Antall deltagere vokste på seg og startet kun med prosjektleder, som selv tok kontakt med deltagere som prosjektkoordinator tenkte var relevante for min studie med tanke på de kvalifikasjonene og/eller egenskapene de besitter (Andrews & Vassenden, 2007). Det ble forespeilet fem kandidater, prosjektansvarlig inkludert. Dette ble avtalt gjennom e-post. Den dagen intervjuene ble gjennomført fikk jeg beskjed om at det var to som opprinnelig skulle være med, som likevel ikke kunne av diverse årsaker. Disse deltagere ble erstattet med andre deltagere med lik fagprofesjon og ansvar i tjenesten.

Til å begynne med tenkte jeg at det vil være interessant å gjennomføre samtaler utelukkende med intervjudeltagere som jobber i tilknytning til hverdagsrehabilitering (og som ansatt i denne tjenesten). Men etter å ha gjennomført fem intervjuer så jeg praktisk nytte av å belyse også den «andre siden av saken» (Malterud, 2017). Jeg kontaktet flere soneledere i hjemmesykepleien og la melding på telefonsvareren deres. En av lederne ringte tilbake med det samme og ønsket å delta, det samme gjorde en annen. Dermed ble det gjennomført totalt seks intervjuer. Fordeling er etter min mening interessant, jeg har intervjuet både ledere og ansatte, i både hverdagsrehabilitering og hjemmesykepleie. I tillegg jobber alle intervjudeltagere enten direkte med pasientene, koordinerer og/eller er ledere.

Det er også verdt å nevne ulikhet blant intervjudeltagere. Noen har lang erfaring og har vært i yrket lenge og flere år i hverdagsrehabilitering. En intervjuperson hadde kortere erfaring fra hverdagsrehabilitering og sa tydelig ifra om sin usikkerhet rundt deltakelsen. Tross dette, tenker at jeg sammensetningen av intervjudeltagere har vært passende for å kunne svare på oppgavens problemstilling.

5.7 Bearbeiding av innsamlete data

Intervjuene ble gjennomført på to forskjellige dager av praktiske hensyn. Alle deltagere signerte skjema for deltagelse i forskningsprosjekt (Vil du delta i forskningsprosjektet), med tillatelse om at data kan brukes i masteroppgave (Brottveit, 2018). Etter gjennomførte intervjuer ble transkribering av intervjuene gjennomført raskt, da det er viktig å få data

tilgjengelig så fort det lar seg gjøres. I tillegg er det sentralt å få oversikt over innsamlet kvalitativ informasjon. Dette er også viktig for å komme videre til analyse av innsamlet materialet (Johannessen mfl., 2011).

Blir ikke denne prosessen adressert tidlig kan i verste fall «*viktig kunnskap og essensiell informasjon gå tapt*» (Brottveit, 2018: 95). Jeg har lagt mye arbeid i å transkribere så nøyaktig som mulig, selv om transkripsjon aldri blir en direkte gjengivelse av virkeligheten, kun en avgrensning. For eksempel har jeg kun ved noen tilfeller beskrevet pauser og emosjoner i transkripsjonsdokumentet, og ikke gjennom hele transkripsjon (Malterud, 2017). Dette er noe jeg også drøfter på slutten av oppgaven.

Lydopptaker på mobiltelefon ble brukt under selve intervjugjennomføringen. Alle intervjuer ble anonymisert og jeg brukte diktafon-app (Nettskjema-diktafon, 2020). Intervjuopptakene ble dermed sendt kryptert fra telefon til Nettskjema på Universitetet i Oslo. Filene ble deretter hentet og lagret på én datamaskin. På denne måten ble ikke opptak lagret på telefon, noe som minimiserer risikoen for at opptak kan komme på avveie. Alle intervjuene ble lagret med kun klokkeslett og dato for ytterligere anonymisering av deltagerens identitet. Datamaskinen som prosjektet ble gjennomført på, har hele tiden hatt passord, og minnepennen som ble brukt har også vært låst inn og gjort utilgjengelig for uvedkommende.

Når jeg holdt på med transkribering av intervjuene, og ellers med arbeid med denne oppgaven, fikk jeg mange forskjellige ideer, stort sett om hvordan jeg kunne effektivisere (den lille) tiden jeg hadde og gjøre oppgaven så ryddig som mulig. På et tidspunkt begynte jeg å notere forskjellige ideer, i form av stikkord, tanker eller ting å gjøre (to do-list). Disse stikkordene og ideene har hjulpet meg på veien og sikret framdriften underveis (Nilssen, 2012). Her er et par eksempler:

- Sjekke ut Nilssen (2012) for etiske overveielser og tillit (side, 148)
- Få inn flere kilder i avsnittet om «Semistrukturerte intervjuer»
- Lese mer om refleksivitet
- Eierskap
- Skrive stikkord fra flere forfattere og sammenligne temaer sammen

5.8 Analyse av data

I denne delen av kapittelet tar jeg for meg analyseredskap jeg har brukt underveis.

Analyseprosessen for meg begynte allerede mens jeg holdt på med intervjuene (Nilssen, 2012). Etter transkriberingen, har jeg gått gjennom råmaterialet med tusj penn for å tenke ut

verdifulle sitater eller temaer jeg kunne tenke å skrive mer om og som kunne utgjøre tema for analysen. Lesing gjennom transkriberte materialet og tusjpenmarkering ble gjort to ganger før jeg gikk videre. Underveis prøvde jeg å notere ting jeg allerede festet mitt forskningsblikk på, interessante utsagn, sitater som kunne brukes, temaer eller måten å svare på som har gått igjen blant flere av intervjudeltagere (Nilssen, 2012).

I denne oppgaven bruker jeg stegvis deduktiv induktiv metode, SDI som beskrevet av Tjora (2018). Modellen har seks steg og begynner med datagenering, deretter analyse og ender med utvikling av teori (Tjora, 2018). Forfatteren skriver at utgangspunktet for modellen er forskerens nysgjerrighet på interessante spørsmål, temaer og utvikling av konsepter. Kodene som blir utviklet av meg er enten direkte ord eller sitater fra intervjudeltagere (Johannessen mfl., 2018; Tjora, 2018). I tillegg har modellen *generaliserbar forståelse* som mål (Tjora, 2018).

Metoden kan sammenlignes med en stige, der en må gå alle trinn for å komme seg til toppen, induksjon - fra rådata som er det første, grunnleggende trinnet. Og opp til utvikling av teori som er toppen av stigen. Tjora (2018) introduserer også «tester», sikring av fremdriften i analysen, og kaller dem for deduktive tilbakekoblinger som gjør det mulig å gå stigen ned igjen, fra teori til empiri. Slike tester gjøres, ifølge Tjora (2018), for å kvalitetssikre fremdriften av analysen. I motsetning til forskningsprosessen er modellen lineær og for å komme til mål med analysen og teori har jeg gått gjennom alle stegene. Disse stegene og testene kan sees i figur 1.1 (Tjora, 2017).

De første steg av prosessen, nemlig generering av empiriske data og deres bearbeiding, har jeg beskrevet over. Det samme gjelder bearbeiding av rådata. Deretter har jeg samlet alle intervjuene i ett dokument og gått gjennom intervjuene og notert viktige stikkord og sitater med markeringspenn. Dette er et slags forarbeid til koding, der jeg har fremhevet noe som senere ble til empiriske merkelapper. Videre har jeg lest alle intervjuene igjen og gjort det samme enda engang, markert interessante og viktige sitater og stikkord, for å sikre at jeg ikke har gått glipp av noe den første gangen. Et eksempel på transkribering gis under. Det er første deltager, D-1 som har svart på spørsmål fem, *Hvordan involveres de forskjellige faggrupper til samarbeid rundt pasienter?:*

«Altså der har vi jo tavlemøte. Du tenker i hverdagsrehabiliteringsteam? Vi har tavlemøter hver mandagsmorgen og hver onsdagsmorgen. Hele faggruppen er representert, så godt det lar seg gjøre. Det er jo bare de fra hjemmetjenesten som har den

hverdagsrehabiliteringsdagen, som har de dagene. Og det er ikke noe fast rull på dem, fordi det får de ikke til i forhold til turnus og sånn. Så det er de her som er den dagen som er med på møtene. Av oss, fysio og ergo er alltid med. Da blir de brukere, pasienter, diskutert på kryss og tvers. Jeg synes faktisk vi kunne ha gjort mer. Det blir jo mye fordelingsmøter, jeg hadde håpet på mer dialog og diskusjon og sånt på bordet, men det blir ikke så mye av.»

Etter at intervjuene var samlet i et felles dokument og stikkordene var markerte og viktige sitater funnet, arbeidet jeg videre med reduksjon av materialet. Jeg satte da empiriske merkelapper til intervjuer og markerte viktige sitater. Dette ble gjort i et nytt dokument. Data ble dermed mer oversiktlig. På denne måten ble to av tre mål med å benytte SDI-metoden nådd, rådatavolumet ble redusert og det ble lagt til rette for idégenerering ved å gruppere koder på basis av detaljer i empirien (Tjora, 2018). Denne prosessen blir av Nilssen (2012) omtalt som filtrering, valg av tekstdeler som har potensiell kunnskapskraft (Nilssen, 2012: 84). Jeg fortsetter å bruke det tidligere eksemplet fra intervjudeltager en (D-1). Koder som ble valgt ut fra sitatet over er:

- *Tavlemøter – hele faggruppen så godt som det lar seg gjøres.*
- *Kunne ha gjort mer.*
- *Håpet på mer dialog og diskusjon og sånt på bordet, men det blir ikke så mye.*

Å samle kodene i grupper er neste steg i prosessen. Dette skaper ikke bare større oversikt i oppgaven, men hjelper til å identifisere hovedtemaer for analysene som skal gjennomføres (Tjora, 2018). Det ble også generert flere koder som ikke blir tatt med i oppgaven, disse kalles restkoder. Årsaker til at det skapes restkoder vil være omfang av oppgaven, tema som er valgt for problemstillingen eller at koder er mindre relevante for temaene jeg ønsker å forske på. Kodegrupper jeg har valgt i prosessen mot tidligere eksemplet er:

- *Organisasjon i hverdagsrehabilitering og hjemmetjeneste*
- *Samarbeid*
- *Kommunikasjon og dialog*

5.9 Rolle og forforståelse

5.9.1 Min rolle

Jeg har jobbet som fysioterapeut siden 2012. I tillegg til fysioterapi har jeg tilleggsutdanning i som trener, i gruppetrening og jeg har kurs i rehabilitering. I januar, 2018 begynte jeg å jobbe i et hverdagsrehabiliteringsteam som fysioterapeut. Min rolle i teamet er delt mellom å drive direkte og systematisk opptrening av pasienter, samhandling i hverdagsrehabiliteringsteamet

og med aktuelle samarbeidspartnere, hovedsakelig hjemmesykepleie og tildelingskontoret. I tillegg jobber vårt team med implementering av hverdagsmestring i kommunen som helhet, med å arrangere og gjennomføre fagdager for hjemmesykepleie og andre, samt at vi presenterer hverdagsrehabilitering og hverdagsmestring for samarbeidspartnere (hjemmesykepleiedistrikter, sykehus, kortidssenter og andre). I tillegg har vi samarbeidsmøter med leger og primærkontakter i hjemmesykepleie.

Det finnes flere måter å organisere hverdagsrehabilitering på, og per dags dato er det tre hovedmodeller som brukes i norske kommuner. De forskjellige modellene har jeg beskrevet tidligere i teorikapittelet. Teamet jeg jobber i benytter en annerledes modell enn hverdagsrehabilitering i forskningskommunen. Modellen i forskningskommunen er delvis hjemmetjenesteintegret og rehabiliteringsintegret. Dette fordi at hjemmetrenere er ansatt både i hverdagsrehabilitering og hjemmetjenester. Det samme gjelder ergo- og fysioterapeuter som både er ansatt i hverdagsrehabilitering og på rehabiliteringsavdeling (eller tar hjemmebesøk/jobber på kortidssentre). Deres organisering medførte at jeg reflekterte over om jeg kunne hente ut kunnskap fra en annen kommune og som kunne implementeres i min kommune? Jeg reflekterte også over hvordan vi i min kommune kan unngå fallgruver når det gjelder samarbeid mellom involverte tjenester. Hvordan kan vi oppnå et bedre samarbeid? De svarene jeg ga meg selv på disse spørsmålene var aktive pådrivere for meg i arbeidet med masteroppgaven.

5.9.2 Forforståelse

Min personlige profesjonelle og teoretiske ryggsekk knyttet til tema i problemstillingen, er så å si umulig å ikke trekke inn i arbeidet med den. Som påpekt over jobber jeg i hverdagsrehabilitering og samarbeider ukentlig, om ikke daglig, med hjemmesykepleien. Dermed ser jeg noen muligheter i mitt forskningsprosjekt. I verste fall får jeg bekreftet min forhåndsforestilling og i beste fall lærer jeg noe nytt. Når det gjelder arbeidet med oppgaven har målet mitt vært å starte med blanke ark og ikke tenke så mye på hvordan min kommune eller jeg har vært vant med å gjøre ting «hos oss» (Nilssen, 2012). Selv om det beskrives som vanskelig, kanskje umulig, fordi vi alltid bærer vår empiriske og teoretiske ryggsekker med oss uansett hvor vi går (Malterud, 2017).

Grunnlaget for min tolkning av data kommer også som følge av ryggsekken jeg bærer. Selv om jeg bevisst prøver å legge min bakgrunn, kunnskap og tidligere erfaring til side, vil det være umulig å legge det helt til side og det vil trolig påvirke hva slags kunnskap jeg får ut av mine data (Nilssen, 2012). For å ha mulighet til å legge min ryggsekk til side har jeg derfor

lest tidligere forskning om hverdagsrehabilitering og samarbeid, samt at jeg har lest teori om samarbeid og samhandling. På denne måten har jeg endret min forforståelse knyttet til disse temaene (Tjora, 2018). Datas troverdighet er avhengig av at forskeren på denne måten bevisst endrer sin forforståelse.

5.10 Pålitelighet

For at jeg skal kunne betrakte data i mitt forskningsprosjekt som pålitelig, må kunnskapen den framskaffer anses som nyttig og troverdig. (Kvale & Brinkmann, 2015). I denne oppgaven bruker jeg stegvis deduktiv induksjon (SDI) for å utvikle pålitelige data – fra empiri i form av intervju, til utvikling av teori (Tjora, 2018). Innholdet underbygges med tydelige kriterier og kvalitetssikres ved kontrollspørsmål, som må besvares for å komme videre til neste trinn i modellen (Tjora, 2018). Kontrollspørsmål er en test som eksisterer for hvert trinn, og som skal sikre kvalitet på hvert trinn og dermed framdriften i analysen (Tjora, 2017). Eksempel på kontrollspørsmål for utvikling av empiriske koder kan være:

Kunne koden lages før kodingen? Hvis svaret er at koden ikke kunne lages før, går en til neste spørsmål, om hva forteller koden? Kode skal gjenspeile konkret innhold i intervjuene, hvis den ikke gjør det, må det utvikles ny kode (Tjora, 2018: 45-46). Eksempel fra min koding:

«Tavlemøter – hele faggruppen så godt som det lar seg gjøres» - Kunne denne koden lages før kodingsarbeidet? Nei. Kan koden gjenspeile konkret innhold i intervju? Ja, koden viser til tavlemøter og at hele faggruppen er med i den grad det er mulig.

Intervjuguiden ble brukt under alle intervjuene, samtidig var det flere ganger jeg måtte improvisere og endre å følge opp spørsmålene mine, og – altså jeg kunne ikke følge intervjuguiden slavisk. Det er i tråd med Kvale og Brinkmann (2015) som understreker at altfor høyt fokus på reliabilitet vil gå utover variasjon og kreativ tenkning (Kvale & Brinkmann, 2015: 276).

5.11 Validitet

Overordnet tar validitet (gyldighet) for seg om studien undersøker det den er ment å undersøke (Kvale & Brinkmann, 2015: 137). Tjora (2018) skriver om gyldighet, om det er logisk sammenheng mellom prosjektets utforming og spørsmål som stilles (Tjora, 2018: 79). Validitet er også avhengig av hvor data er hentet fra. I mitt tilfelle samler jeg inn data fra intervjupersoner som enten arbeider i eller samarbeider med hverdagsrehabilitering (Malterud, 2017). Hva min problemstilling svarer på er også viktig. Det er da sentralt om valgt metode og materiale, samt om funn er overførbare til andre steder i landet som også har

etablert og arbeider med hverdagsrehabilitering, og som samarbeider med hjemmesykepleien (Malterud, 2017). Verktøy jeg bruker i oppgaven, det er spørsmål i intervjuguiden, utvalget av intervjudeltagere og begreper bør være relevante og bli forstått likt av alle som blir intervjuet (Malterud, 2017). For eksempel mente flere av deltagerne at spørsmål om koordinering var utfordrende og flere forstod spørsmålet ulikt. Dette kan ha påvirket gyldigheten av resultatene. Tjora (2018) skriver også at gyldighet handler om den valgte tilnærmingen, og om den er den mest relevante for forskningsspørsmålet (Tjora, 2018: 79).

Jeg har intervjuet representanter for forskjellige yrkesgrupper og disse har forskjellige oppgaver i sine respektive tjenester, samt at de er ansatt i forskjellige tjenester. I tillegg representerer de en miks av både ledere/koordinatorer og profesjonsutøvere som jobber «på gulvet». Derfor mener jeg at gyldigheten av data er god. Utvalget er reproduserbart og identifiserbart mot hverdagsrehabilitering og hjemmesykepleie i andre kommuner.

6. Analysekapittel

I dette kapittelet presenterer jeg resultater fra analysen av datamaterialet. Som tidligere nevnt har jeg brukt stegvis deduktiv induksjon som analysestrategi (Tjora, 2018). Rådata ble transkribert, og transkriberte intervjuer ble deretter redusert til empiriske merkelapper som senere ble til koder. Kodene ble organisert i grupper og på bakgrunn av dem har jeg kommet frem til seks hovedgrupper, eller hovedtemaer som presenteres i dette kapittelet. Hovedgruppene er paradigmeskiftet; organisasjon i hverdagsrehabilitering og hjemmetjeneste; samarbeid; eierskap; ressurser; kommunikasjon og dialog. Sitater er markert, eksempelvis (D-1) og så videre.

6.1 Paradigmeskiftet

Det jeg har kalt paradigmeskiftet er overgangen fra holdningen der helsearbeideren gjør ting for pasienten eller brukeren, med typiske spørsmål, «hva kan jeg gjøre for deg?», til en aktiv holdning til pasienten, der det stilles spørsmål om hva som er viktig for pasienten. Paradigmeskiftet innebærer dermed en overgang til større grad av aktivisering. Paradigmeskiftet er en viktig forutsetning i tjenesten hverdagsrehabilitering og et ønsket mål i hjemmetjenesten, der fokuset dreies vekk fra passiv pleie til aktiv tilnærming i møte med pasienter (Tuntland & Ness, 2016; Hartviksen & Sjølie, 2017). Når det gjelder paradigmeskiftet, eller holdningsendring, sier denne intervjudeltager følgende (D-2):

«... det er veldig personavhengig. Når man jobber med rehabilitering og de målene til pasienten, det å avlære arbeidsrutiner. Og jeg tenker spesielt på de som har jobbet lenge i hjemmetjenesten, [de] har sine vaner, og respekt, de gjør en fantastisk jobb. Men det er ikke like lett å få smitta inn den nye holdningsendringen i forhold til, hva er viktig for deg? De er mer ute og utfører. Så det også å treffe dem, ser en stor forskjell på dem kontra de nyutdannet, for eksempel.

Deltager fortsetter etter oppfølgingsspørsmål med følgende utsagn:

«... det er som man merker at det er et annet tankesett da, blant de yngre, ja. Men det er noe vi bare må jobbe med, så det handler om å veilede dem, så klart og henvise til tiltaksplaner og hvorfor vi gjør den jobben.»

Annen intervjudeltager (D-3) sier også at ikke bare er satsingen i kommunen på hverdagsmestring er viktig, men at den også er løftet fram av både politikere, kommune- og helsesjef, i tillegg forventes det av nye ansatte å ha hverdagsmestring som grunnleggende tankesett:

«[...] gjennom kommunesjef og helsesjef som har vært tydelige på at dette skal satses på og politikere har, [...] som har sagt at dette er en viktig satsningen for det store paradigmeskiftet. Gjennom det har man på en måte fått det med på ledersamlinger i helse og omsorg [...].

[...] så når du blir ansatt i [...] kommune, så skal du kjenne til at dette forventes at du skal ha som et grunnleggende tankesett [tankesett om hverdagsmestring].»

Den siste delen av sitatet om forventning om at nye ansatte forventes å ha hverdagsmestring som grunnleggende tankegang, tenker jeg er interessant og i mine øyne viser det noe om hvor langt en har (kanskje) kommet i prosessen med implementering av hverdagsmestring. Flere av deltagerne nevner også opplæring, undervisning, sosiale medier, samt andre praktiske tiltak på vei mot implementering av hverdagsmestring. For eksempel, sier deltager (D-3):

«Da tenker jeg, gjennom de opplærings- og undervisningsbolkene, det blir løftet fram og det synes jeg kommune har vært god på [...].»

«[...] gjennom informasjon ut i media, videosnutter og ikke minst disse undervisningsbolkene for alle ansatte i sonene, for den største biten ligger jo der. Det er liksom der man starter [...].»

Ordet, undervisning, kommer igjen gjennom flere av intervjuene. Intervjudeltager fra det andre intervjuet (D-2) sier:

«[...] og var på med å dele informasjonen og hadde undervisning for alle hjemmetjenestesonene, og så har hatt flere runder med det. Så, det tenker jeg er veldig bra.»

Fjerde intervjudeltager (D-4) sier også at hverdagsrehabilitering har hatt undervisningsrolle og sier følgende:

«Jeg synes at hverdagsrehabilitering har vært veldig flinke med den undervisning de har hatt da og er jo veldig på da, og er åpne og de er veldig på tilbudssiden da.»

Femte intervjudeltager (D-5) blir også spurt om paradigmeskiftet og hvordan kommunen jobber for å øke synligheten av hverdagsmestring. Denne deltageren sier følgende:

«... kommune har vært flinke til å lage filmer som de har delt på YouTube og hjemmesiden i kommunen har jo delt mye. Og jeg ser jo at, vi som jobber i helsevesenet er også veldig flinke til å dele på Facebook da, enkelte ting. Sosiale medier [...].»

Et praktisk tiltak jeg synes er veldig interessant og som jeg ikke har vært bort i, er noe en av intervjudeltager kaller for «hverdagsmestringstavle». I denne kommunen er det en fysisk tavle i hjemmesykepleiesoner, der brukeren blir spurt om mål de ønsker å jobbe med. Disse målene og måloppnåelsen står på denne tavlen, samt evaluering av tiltak. I tillegg er det også noe som kalles «suksesshjørnet» der ansatte fra hjemmesykepleiesonen skriver opp navnet til pasientene som har nådd sine mål. Dette blir gjort for å holde motivasjon oppe blant ansatte i hjemmesykepleiesonen. Dette sier intervjudeltageren om slik tavle (D-6):

«De har jo, hva er viktig for deg - skjema, som vi spør pasientene om og hvilke målsettinger også pasientene [har], det er jo viktig å få med seg. Hvilke mål pasientene har. Og så jobber vi ut fra den målsettingen, og lager tiltaksplan som står på tavlen og lager det inn i tiltaksplanen i Gericada, i tiltaksplanen deres. ... ADL hjelpemidler som vi har til utlån som vi prøver ut, for at de skal greie seg selv. Så det står også på tavlen, hvis de har lånt noe. Og så skriver vi også opp evalueringsdato for når vi skal evaluere videre tiltak. ... Og så har vi sånn, suksesshjørnet nedi der, så når vi føler at målet er nådd og pasientene også er fornøyde og at egentlig ikke trenger oss mer, så får de navnet sitt nedi i det fine hjørnet. For å se at vi gjør faktisk, at vi ikke glemmer at vi gjør noe bra.»

Intervjudeltager med sitatet over er leder for en av hjemmesykepleiesonene, men er ikke alene om å mene at slike tavler er flotte å bruke i overgangen mot hverdagsmestring.

Intervjudeltager (D-2) trekker frem «mestringstavler» som en måte å synliggjøre hverdagsmestring og dermed de hverdagsmestringstiltak i kommunen, som skjer underveis og etter endt forløp med hverdagsrehabilitering:

«De har tavler på alle soner som de også har mestringstiltak og de pasientene vi mener er verdt å satse på og de kan også ha mestringstiltak, så klart, underveis i hverdagsrehabiliteringsforløpet da. Så anser vi oss som ferdig med hverdagsrehabiliteringsforløpet så er det utrolig mange som havner på disse mestringstavlene i sonene, ja.»

Hva er viktig for deg? – Det er et spørsmål som nasjonalt trolig er synonymt med hverdagsmestring og dreining mot hverdagsmestring, fra «passiv mottaker til aktiv deltager» (Fûrst og Høverstad, 2014). Dette spørsmål og det svaret medfører, betyr ofte overgang fra passivitet til økt deltagelse og i denne kommunen virker det som at det har blitt satset mye på, noe som gir resultater (D-4):

«Ja, vi har jo «Hva er viktig for deg?» - spørsmålet da, som går jo igjen ... Dette skulle jeg si tidligere, men det går mye igjen nå og det er jo bra. Vi ser det liksom, vi har det igjen på bilene, litt sånn.»

Intervjudeltager (D-6) forteller også at det har blitt utarbeidet verktøy, et skjema med dette spørsmålet som har gitt gode resultater for hverdagsmestringsarbeidet:

«... enhetsledere eller virksomhetsledere også har vært involvert i implementeringen og hatt fokus på det og vi har løftet da ansatte ut for å jobbe videre med skjemaer, «hva er viktig for deg?» - skjema, som vi har brukt mye i starten og som kanskje har dabbet av etter hvert, men når det var fokus på det, så hadde vi veldig fokus, i starten. Og vi har vel også nytt godt av dette videre, tenker jeg.»

Det jeg synes er interessant i samtale med deltagere er at det nevnes at dreiningen mot hverdagsmestring stort sett har vært suksess i kommunen, og det nevnes spesielt med tanke på prøveprosjektet hvor de har gjort meget verdifulle erfaringer i forkant av implementeringen av hverdagsmestring. Samtidig nevner en av intervjudeltagere (D-2) utfordringer knyttet til hjemmesykepleiesoner, altså forskjellige geografiske områder av ulik størrelse:

«De startet med piloten, ikke sant, prøveprosjektet, og gjorde seg mye erfaringer der og det at de hadde på en måte fått ut at nå skjer det paradigmeskiftet i kommunene [...]».

Jeg er jo på to samarbeidsmøter i uken med hjemmetjenesten, det at man på en måte treffer for store grupper i en hjemmetjenestesone, hvor det sitter førti mennesker rundt et bord er det vanskelig for hver enkelt å slippe til. Ja, så jeg tenker å bryte ned og ha færre tilstede i de ulike hjemmetjenestesonene så man kan sitte og sparre og drøfte litt. Det er noe jeg kunne tenke meg kunne vært gjort litt annerledes. Fungerer veldig bra i noen soner, men noen soner er veldig store.»

Utsagnet over tenker jeg, i tillegg til paradigmeskiftet, også har rot i hvordan dette er organisert og hvordan samarbeidet forløper. Det omtales senere i kapittelet. Likevel, valgte jeg å ta med sitatet da det viser at store grupper mennesker med (trolig forskjellige) meninger ikke gjør det lettere med tanke på holdningsendring, kanskje er det utfordrende for noen å dele informasjon og være med i diskusjoner når det er store grupper?

Tidligere har spesialister definert hvordan pasientens plan for rehabiliteringen skal legges opp (Hartviksen & Sjølie, 2017). Med hverdagsrehabiliteringen er dette annerledes, både fordi at pasienter/brukere får større mulighet å velge metode for å gå fram, og at ansatte i

hjemmetjenester, hjemmetrenere også får større ansvar mot hjemmesykepleie når det gjelder å fremme hverdagsmestring. Også fordi at tjenesten og endringen mot en aktiviserende holdning foregår i pasientens/brukerens hjem. Denne intervjudeltager sier (D-4):

«Og så har jo hjemmetrenere en rolle, en ganske stor rolle i hjemmetjenesten, for å på en måte fremme hverdagsmestring og den biten mot hjemmesykepleien.»

Fordi det også betyr større ansvar for hjemmetrener, vil behovet være stor om å møttes og diskutere hvordan oppgavene i overgang til hverdagsmestring gjøres nå og kan gjøres i fremtiden. Denne intervjudeltageren forteller om hjemmetrenermøter som denne kommunen prøver å få til fast (D-4):

«Ja, det prøver vi å få til hver tredje måned, tror jeg. En time eller to, hvor vi på en måte samler alle hjemmetrenere og teamledere i hverdagsrehabilitering. Ja, drøfter litt hvordan det går, er det noen oppgaver som de burde gjort ferdig eller er det noe vi bør gjøre annerledes? Ja, det er en sånn oppsummering hvordan det går rett og slett [...]»

Hjemmetrenere har fått en betydelig rolle når det gjelder implementering om hverdagsmestring. De jobber aktivt mellom tjenestene hverdagsrehabilitering og hjemmesykepleie, og fungerer som et slags budbringer i mange tilfeller, noe som kan komme paradigmeskiftet til gode. Den samme intervjudeltager (D-4) sier følgende:

«Ja, da er det litt hjemmetrener ansvaret igjen, at man liksom tar med seg ting tilbake til sin sone, og andre veien, og vi er et mellomledd på en måte.»

Paradigmeskiftet og arbeid med hverdagsmestring, er på god vei i kommunen. Det er mye som er gjort, og det er også mye fokus på det. Samtidig er det fremdeles et stykke igjen til hele kommunen gjør det likt. Det sies på følgende måte av denne intervjudeltageren (D-3):

«[...] hvis det er noe jeg tenker vi burde jobbe mer med, så må det være enda større aksept for å gjøre hverdagsmestringstiltak hos pasientene i sonen. Vi er på vei, men vi har et stykke til å gå [...]»

Helt på slutten vil jeg også nevne de utfordringer knyttet til overgang til hverdagsmestring som sannsynligvis flere kommuner kjenner til. Det er utfordringer knyttet til høytider. Slike utfordringer munner ut i at det rett og slett ikke er nok mennesker på jobb og det må rekrutteres vikarer. Det neste sitatet tar nettopp opp denne problematikken, hvordan skal midlertidige vikarer læres opp til å arbeide med hverdagsmestring? Dette sies av intervjudeltageren (D-6):

*«Jeg ser jo det, for eksempel når vi har sommeravvikling hvor mange faste ansatte har ferie, mange vikarer, at den hverdagsmestringstanken ikke står like høyt da. Og så setter vi i gang tjenester, gir ut vedtak, så det er vanskelig å endre på kanskje, når det har gått litt tid da. Og vi ser kanskje å mestre ting selv, så er det vanskelig å gjøre om på vedtak, for da har pasienten blitt vant til å bare få *ler*, får ikke trene eller prøve å gjøre selv. Ja.»*

En ting som går igjen i intervjuene som gjelder paradigmeskiftet og endring mot hverdagsmestring, er at dette fremdeles tar tid og at det må holdes i gang. Potensielt sett er det fremdeles mange hindringer som kan stoppe opp for hverdagsmestring. Ferier, omorganiseringer, turnus – alle disse hindringene er oppsummert i sitatet under (D-4):

«Vi skal ha prosjekt og vi skal gjøre sånn og sånn, så skal vi følge det opp sånn og sånn. Og gjorde det, og så ble det sommerferie og så ble det ikke det. Vi har også hatt noen sanne møter på tvers av soner hos oss også, men det har ikke vært noen møter på et år. Fordi det har vært omorganiseringer og det har årsturnus og mye annet som har tatt plass og [...]»

6.2 Organisasjon i hverdagsrehabilitering, organisasjon i hjemmesykepleie

Som skrevet tidligere i teorkapittel finnes det flere måter hverdagsrehabiliteringstjenesten kan organiseres på, i hvert fall er det tre hovedmodeller som går igjen (Birkeland, 2016). I forskningskommunen er hverdagsrehabilitering organisert som egen tjeneste med ergo- og fysioterapeuter ansatt under etaten forebyggende tjenester. Sykepleiere og hjemmetrenere er ansatt i hjemmesykepleie. Ergo- og fysioterapeuter er ansatt både i hverdagsrehabilitering og kortidssentre/hjemmebesøk. Hjemmetrenere er ansatte både i hverdagsrehabilitering, mellom to til tre dager i uken og resten av tiden, i hjemmesykepleien. Mens ergo- og fysioterapeuter befinner seg i samme bygget 100 % av tiden, da begge deres arbeidsplasser er i samme bygning, må sykepleiere og hjemmetrenere forholde seg til turnusordningen og dele seg mellom to geografisk atskilte arbeidsplasser. Denne turnusfordelingen har prosjektkoordinatoren for hverdagsrehabilitering ansvaret for, de dagene disse yrkesgruppene er i hverdagsrehabilitering. Sykepleiere og hjemmetrenere jobber med hverdagsrehabiliterings pasienter de dagene de er i hverdagsrehabilitering. Når de jobber i hjemmesykepleie jobber de noe ulikt, de kan både ha ansvar for pasienter som har begge tjenester, men kan også jobbe med såkalte arbeidslister, som ikke er knyttet til tjenesten hverdagsrehabilitering. Arbeidslister gir oversikt over pasienter som skal ha besøk i løpet av en arbeidsvakt. Behovet, og det er som regel det fysiske behovet, blir fastsatt i form av tid per oppgave, for eksempel Arne Arnesen, dusjhjelp, 30 minutter; Ola Normann, frokosthjelp, 10 minutter. Det finnes

ikke arbeidslister i hverdagsrehabilitering fordi det er vanskelig å fastsette tidsbehovet hver enkel pasient trenger for å oppnå sine mål.

Prosjektkoordinator i hverdagsrehabilitering er positiv til måten det har blitt organisert på i denne kommunen og forteller at det har vært en riktig prioritering for denne kommunen, men understreker at det ikke vil være riktig for alle kommuner, grunnet mye logistikkutfordringer. Når denne intervjudeltageren (D-3) blir spurt om å utdype dette tanken, svarer deltageren følgende:

«[...] har det vært suksessfaktor, at vi har organisert oss med den delingen, at hjemmetrener har en fot her og en fot der. Og det samme med ergo og fysio. Det har vært et viktig suksesskriterium. Samtidig så er den måten å organisere på noe som krever mye logistikk, og vi ser at det kan ha klumpet seg på en måte, at hjemmetrenere, at vi kan sitte med fem hjemmetrenere onsdag og så har vi ingen på torsdag. Så det er altså noe vi må ta tak i, sånn at vi får en jevnere fordeling og grunn til det, er at sonene setter inn hjemmetrenere i turnuslister og så faller det noen ganger på dager så blir det, uheldig i flyten da [...]. Jeg velger å tro både hva jeg tror selv og responsen og tilbakemeldingene, at de humpene i veien vi møter i forhold til logistikkutfordring, er verdt å ta.»

Den samme intervjudeltager sier at organisasjon av hverdagsrehabilitering er god, tross utfordringer med tanke på bruk av tid til logistikk. Det sies også at selv om utfordringene er der, er gevinsten verdt det. Selv om denne kommunen fremdeles jobber mye med organiseringen for optimal flyt, noe som går utover pasienter og fag (D-6):

«[...] ideelt så ville du hatt den samme hjemmetrener kanskje hele uken, i et forløp som hadde vært, ja, det kan være mer touchy av ulike grunner, en bruker som er mer utrygg, men der må vi sette inn flere hoder, så litt sånne ting. Og vi hadde nok ikke behøvd å bruke så mye tid på tavlemøtene til ren logistikksetting. Og kunne brukt mer tid på fag.»

Å være ansatt to atskilte steder, kan være utfordrende med tanke på kommunikasjon på tvers av organisasjonsstrukturer og noe som vil trenge kontinuerlig vedlikehold over tid (Hartviksen & Sjølie, 2017). Slike utfordringer kan også være knyttet til at arbeidsformen har blitt endret blant ansatte i hjemmesykepleien, men det er usikkert om endringene i organisasjonen, altså hjemmesykepleien, er store nok. Intervjudeltager (D-4) opplever fremdeles utfordringer knyttet til kontinuitet og organisasjon der hjemmetrenere er ansatt i to tjenester samtidig:

«[...] det blir litt vanskelig i og med at vi jobber på to steder. Det er litt utfordring med det igjen. Kontinuitet er ikke så lett å få til bestandig.»

En annen intervjudeltager bekrefter også at kontinuitet er viktig når ny tjeneste skal implementeres, også med tanke nye arbeidsmønstre som kom med ny organisering (D-2):

«Det er noe som heter det at det tar lang tid å implementere noe nytt, men det er en del ting som tar tid å avlære også, gamle arbeidsmønstre - det tar tid, så det er en kontinuerlig prosess som vi er i nå.»

Et av intervjusubjektene uttrykker usikkerhet når det gjelder organisering og styring i hverdagsrehabilitering og hjemmesykepleie. Denne intervjudeltageren sier at det er kontinuerlig møter, men noe mangler for at hverdagsmestring skal forankres enda dypere i organisasjonen. Dessuten er det noe rundt strukturen ved disse møtene, intervjudeltager bruker begrepet, «top down», ovenfra og ned, for å uttrykke sin usikkerhet rundt kontinuitet i organiseringen av hverdagsmestring og sier:

«Vi har jo skutt veldig «top down», vi har ordnet mye styr rundt dette her. Og trodde det holdt. Noe tyder på at det har det ikke. Også er det denne kontinuiteten. Det er jo kontinuerlige møter mellom tre ledere [...] og de lederne ute i sonene. Jeg vet ikke hva som skjer på disse møtene. Men de kommer liksom ikke hakket dypere til å forankre. Så jeg vet liksom ikke hva som skjer der.»

Flere intervjudeltagere sier at kontinuitet er viktig for å oppnå, sikre og sørge for optimal framgang. Et annet interessant spørsmål er, hvor tilrettelagt er overgangen til hverdagsmestring for hjemmesykepleien? Jeg vil tro at overgangen for ergo- og fysioterapeuter, samt deres ledere, er forholdsvis liten da det er stor grad av mestringstankesett i disse yrkene. I hjemmesykepleie derimot har holdninger om pleie stått høyt lenge og regjerer fremdeles blant mange av ansatte der. Når jeg har spurt siste intervjudeltager (D-6), som også er leder for en av sonene, ble jeg fortalt at det er 25,3 årsverk i denne hjemmesykepleiesonen. Når jeg spurte hvor mange av de årsverkene som jobber direkte med hverdagsrehabilitering, fikk jeg som svar, 0,5 årsverk (en ansatt i femti prosent stilling). I tillegg til det er det to ansatte som har fått større ansvar når det gjelder hverdagsmestring. Til sammen maksimalt 2,5 årsverk som sørger for å jobbe mot hverdagsmestring i en sone med ti ganger så mange årsverk. Denne intervjudeltageren sier trolig at organisasjonsmessig er det et stykke igjen og uttrykker også et ønske om større

deltagelse fra hverdagsrehabiliteringsteamet mot hjemmesykepleie for å støtte opp under den nye arbeidsformen for hjemmesykepleie (hverdagsmestring):

«[...] når jeg ser ansatte som jobber i hverdagsrehabiliteringen, så jobber de på en helt annen måte enn for eksempel hjemmetjenesten. Så jeg tror de kunne vært mye mer delaktig i hjemmetjenestehverdagen, også den dagen de er i hverdagsrehabiliteringen for å så spre kunnskapen sin og hjelpe til litt videre for å spre hverdagmestringen i hjemmetjenesten.»

6.3 Samarbeid

Samarbeid innebærer fellesskap, gjensidig tillit og følelse av tilhørighet og er alle viktige forutsetninger for å få samarbeidet til å fungere (Jacobsen & Thorsvik, 2013). I denne delen av kapitlet skal jeg identifisere slike forutsetninger i og mellom hverdagsrehabilitering og hjemmesykepleie, og komme med eksempler. Felles ansvar, integritet, fordeling og definering av klare roller, og ikke minst gjensidig avhengighet, er også forutsetninger for et effektivt samarbeid, ifølge Reeves mfl. (2010).

Viktigheten av samarbeid gjenspeiles trolig når tjenester har et felles mål som de begge må jobbe mot, selv om tjenestene er ulike. Hverdagsrehabilitering er bygd på prinsippet om hverdagsmestring og hjemmesykepleien jobber med å få dette implementert i kommunen. Samarbeidet er likevel avgjørende og understreker den gjensidige avhengigheten mellom partene. Kommunikasjon mellom tjenestene vil være viktig på vei mot bedret samarbeid. Det virker som om kommunikasjonen for det meste fungerer (D-1):

«Jeg synes det er veldig lydighet begge veiene. Og vi har med vilje, for hverdagsrehabiliteringsteamet sin del, veldig lav terskel for henvisningene. Selvfølgelig har henvisninger noen inklusjonskriterier. Men så sender en henvisninger og så ser vi på det. Veldig høy terskel for å ikke si nei for mye. Og det har egentlig fungert bra. Jeg synes det er ganske høy lydighet begge veiene, så det synes jeg fungerer bra.»

Kommunikasjon, eller god dialog mellom tjenestene er også noe jeg vil rette oppmerksomheten på. God dialog mellom faggruppene, ansatte og ledere, og mellom tjenestene er viktig. God dialog bygger opp tillit som gjør at samarbeidet blir enda mer virkningsfullt (Reeves mfl., 2010). I tillegg til dialog nevner denne intervjupersonen (D-2) det å være stabilt tilstede dermed styrke tillit (D-2):

«Det har skjedd veldig mye det siste året her nå. Systemene sitter godt. Vi har, jeg føler for min del at vi har bygd opp et godt tillitsforhold, oss faggruppene imellom og veldig god

dialog med ansatte i hjemmesykepleien, og ikke minst teamledere der. Så det er ganske avgjørende det at man er stabilt tilstede [...]».

Den samme intervjudeltageren (D-2) tar opp systemer, faste og rigide systemer på vei mot bedret kontinuitet, når hverdagsmestring implementeres i kommunen. Slik jeg forstår det, sies det at disse rigide systemene er viktige i samarbeid grunnet et stort antall forskjellige mennesker som jobber med pasientene og mellom tjenestene. Dette viser til gjensidig avhengighet, slik at jobben blir gjort likt av alle. I tillegg til å gjelde de faste ansatte i hverdagsrehabiliteringen og hjemmetjenesten, tenker jeg at slike rigide systemer blir nevnt som viktige for deltidsansatte og vikarer. Dette ble tatt opp over. Intervjudeltageren (D-2) sier følgende:

«Systematikken, jeg er veldig for gode systemer, er man lojal og tro mot et system, som man har vært og gått en runde med, og mener at det fungerer så er det veldig viktig å følge de systemene [...]. Og da har man en kontinuitet og de må være litt rigide, de systemene, for det er snakk om mye mennesker som jobber ute hos brukerne vi har, så gode systemer og rutiner er avgjørende.»

Tredje intervjudeltager (D-3) tar også opp systemer og strukturer for bedret kommunikasjon og dialog. Fordeling av roller, og klarhet når det gjelder eksisterende roller oppnås trolig også ved dialog mellom tjenestene. Denne intervjudeltageren tar opp dialog som virkemiddel både mellom ansatte mellom hjemmesykepleiesoner, mellom fagteam og med administrasjon (D-3):

«Dialog, å ha gode [...] systemer og strukturer som gir dialog. Ikke ta ting for gitt, at de gjør det, vi gjør det. Men at vi i hvert fall i, i en sånn tjeneste som hverdagsrehabilitering, som vi jo er, ny, så dialog ut mot sonene, dialog ut mot fagteam, dialog med administrasjon [...].»

Under intervjuene har jeg vært opptatt av å få kunnskap om de viktigste samarbeidsverktøyene de forskjellige tjenestene har, både internt i tjenesten og mellom tjenestene. De typiske kommunikasjonsmetodene ble nevnt, for eksempel utveksling av meldinger gjennom dataprogram (Geric), telefonanrop, samtaler mellom ansatte og kanskje mindre vanlig, gule klistrelapper (D-1):

«[...] Og så er det en del gule lapper.»

Det kan se ut til at det viktigste verktøyet internt i tjenestene var tavlemøter. Det inkluderer både hverdagsrehabilitering og hjemmesykepleie. På disse tavlemøtene virker det som det

skjer mye forskjellig, koordinering og oppdatering av ansatte, utarbeiding av turnus, fordeling og evaluering av pasienter, samt oversikt over pasientenes forløp, i tillegg til faglige diskusjoner. Det virker som slike tavler rett og slett gir større flyt internt i tjenestene. Dette blir sagt om tavlemøter i tjenesten hverdagsrehabilitering (D-2):

«Vi har tavlemøtene som sagt, ja, ... fordi, hjemmetrenere ikke er tilgjengelige hele tiden, de er ikke her hver dag. Så det er altså en noe løs form, når de kommer på morgenen og ikke har vært med på for eksempel tavlemøte, da er det altså mitt ansvar å oppdatere den hjemmetreneren som kommer. Ja, så vi har løpende dialog rundt pasientene hele tiden og kvalitetssikrer gjennom tavlemøtene, mandag og onsdag.»

Annen intervjudeltager forteller om tavlemøter og samarbeid (D-3):

«De blir jo til enhver tid drøftet to ganger i uken, gjennom tavlemøte: hvor står vi, hvor er vi, hvilke mål har brukeren. [...] Og så er det samarbeidet gjennom dialog og tavlemøter [...]»

To andre deltagere snakker begge om god dialog og viktigheten av det, selv med litt forskjellige synspunkter. Sitatet under viser til hyppighet av slike møter, to ganger i uken for å oppdatere sykepleiere og hjemmetrenere som jobber i hverdagsrehabilitering gjennom turnusordning (D-5):

«Det jeg synes er veldig bra her er at vi har to tavlemøter, altså mandag og onsdag for å oppsummere og [...] at vi også får en oversikt over hvordan brukeren har hatt det, for eksempel, uken som har vært – sånne ting.»

Fysioterapeuten fra hverdagsrehabilitering deler sitt synspunkt om slike møter, og mener at det kanskje ikke er nok tid til diskusjoner og enda mer dialog (D-1):

«Det blir jo mye fordelingsmøter, jeg hadde håpet på mer dialog og diskusjon og sånt på bordet, men det blir ikke så mye.»

Hjemmesykepleien har altså tavlemøter og jeg har vært inne på dette temaet over.

Hjemmesykepleie har noe de kaller for mestringstavler. Disse tavlene inneholder blant annet tiltak som hjemmesykepleie fortsetter å jobbe med etter at pasienter har vært gjennom hverdagsrehabiliteringsforløp. Men utenom de mestringstavlene er det ukjent for meg hva som eksakt blir tatt opp på tavlemøter i hjemmesykepleiesoner da det ikke var en del av denne oppgaven og dermed ble ikke intervjudeltagere spurt om det (D-6):

«For da har vi ofte de samme tiltak som de har, på våre tavler. Vi har egne tavler for hverdagsmestring.»

Hvis jeg kan si at tavlemøter er det som driver det tverrfaglige samarbeidet internt i et team eller i tjeneste, vil sonemøtene være samarbeidsmomentet mellom tjenestene. Slik det er i dag er det flere soner i kommunen, og representanter fra hverdagsrehabilitering drar innom forskjellige hjemmesykepleiesoner to ganger ukentlig. Sonemøter er samarbeidsmøter mellom tjenestene. De forskjellige sonerepresentantene for hverdagsrehabilitering er innom og bytter på, de rullerer, slik at hver sone får besøk av hverdagsrehabilitering en gang hver fjortende dag (D-2):

«Nå vet jeg det i det teamet jeg har ansvar for, så er det sentrumssonen hvor det er delt opp hjemmesykepleie i tre mindre soner. Jeg har møter med hver av de, en gang i uken, nei, hver fjortende dag, unnskyld.»

Denne intervjudeltageren som jobber i begge tjenestene, nevner hva som stort sett foregår på disse sonemøter (D-5):

«Der de [hverdagsrehabilitering] drar til sonene og setter seg ned og spør, går gjennom de pasientene, eller brukerne som har hjemmesykepleie eller så blir dem diskutert over hvordan det går. Så er det eventuelt å høre om det er flere som er kandidater for hverdagsrehabilitering og hverdagsmestring, som hjemmesykepleien kan gjøre selv.»

Sitatet over blir supplert med en uttalelse fra prosjektkoordinator som forteller hva som gjøres når pasientforløp i hverdagsrehabilitering går mot slutten og hva som foregår ved sonemøter (D-3):

«Hvor vi står og hva som er avsluttet, hvilke tanker vi har om hverdagsmestringstiltak i etterkant, hvis det er en bruker som deles med sonen.»

Sonemøter er en arena for samarbeid, og den grunnleggende tanken er at samarbeidet mellom tjenestene skal fremmes. Samtidig er det flere av intervjudpersonene som nevner utfordringer knyttet til slike møter og at de ikke er kommet langt nok eller diskuterer grundig nok. Denne intervjudeltageren sier følgende (D-4):

«Vi har jo kanskje en vei å gå på de sonemøtene.»

I denne kommunen har sonene ulike størrelse og som regel deltar alle ansatte (som er på jobb den dagen) på slike møter. En av deltagerne (D-2) forteller at noen soner er rett og slett for

store og det kan være mange personer til stede samtidig. I tillegg nevner en annen intervjudeltager at det er ulik dialog i sonene, og går så langt som å si at i noen soner fungerer det ikke i det hele tatt (D-1):

«Og så er det andre soner hvor det er mye mer avslappet dialog, hvor det fungerer sinnssykt bra, hvor det er veldig konstruktivt, det som er på sonemøtene. De kommer fram til gode avtaler og de samarbeider. Og så er det andre hvor det ikke fungerer i det hele tatt.»

Den samme deltageren sier at det ikke er meningen, men innstillingen til hverdagsrehabilitering og hverdagsmestring ble tolket veldig ulikt, avhengig av sone. Dette skjer til tross for mange felles informasjonsmøter om hva hverdagsrehabilitering og hverdagsmestring går ut på (D-1):

«[...] men det er veldig avhengig av hvilken sone du er i. Det er ikke likt over hele kommunen. Så innstillingen til hverdagsrehabilitering og hverdagsmestring er veldig ulik de forskjellige sonene imellom. Det var det egentlig ikke meningen at det skulle være. Og det har vært fellesmøter om hva konseptet er. Det ble tolket veldig forskjellig.»

6.4 Eierskap

«[...] hvem sitt eierskap det skal være?» - spør en av deltagerne (D-1) nærmest retorisk. Hva er eierskap? Å utvikle noe fra starten, eller være med på noe fra starten, få lov til å delta i utforming av noe nytt, det vil bety lojalitet, eierskap (Jacobsen, 2018). Det er flere parter som kan ha eierskap. Som skissert i eksemplet over, har pasientene sitt eierskap, de bør i vært fall ha eierskap, da det er et mål i seg nedlagt i tankesettet om hverdagsmestring, altså sterk bruker-/pasientdeltagelse (Tuntland & Ness, 2016). Samme intervjudeltager fortsetter (D-1):

«Men pasienten har selvfølgelig sitt. Fordi det er deres situasjon. Men eierskap skal fasiliteres av hjemmetjenesten fordi de kan velge å sette tid av for at pasienten skal få eierskap. Eller de kan velge å ikke sette av tid til det. Og så bare ta pasientens eierskap fra dem på en måte [...]».

Eksemplet over viser til at eierskap kan og bør tilhøre flere parter. Disse kan være pasienten, de ansatte, tjenestene. Men i tilfellet hjemmesykepleie og hverdagsrehabilitering kan en fasilitere, legge til rette slik at pasienten får økt eierskap til mestring av sine mål. Det store spørsmålet er om det er en mulighet for tjenestene og de ansatte å støtte et slikt eierskap?

En annen intervjudeltager tar opp et spørsmål som gjelder eierskap og retter søkelyset mot ledere av hjemmetjenesten (D-4):

«Ellers så er det med ledernivå, det har vi også, det må vi jobbe videre med. Med at ledere tar, har eierskap til hverdagsmestring.»

Spørsmål om eierskap kan fort dreie over til ressursbruk, og ressurser kan fremstå både i form av ansatte, tid og økonomiske midler. Spørsmål som må stilles om det er mulig å starte noe nytt (overgang til hverdagsmestring) uten å ha flere ansatte, mer tid eller økte midler? Dette er noe som leder for hjemmesykepleiesone trekker inn i sitt sitat (D-6):

*«Hadde vi hatt penger da! *Ler*. Så skulle jeg gjerne hatt frigjort ansatte til å jobbe enda mer med dette her [hverdagsmestring]. Både når det gjelder, for eksempel tiltaksplaner, holde den røde tråden, samarbeide, altså jeg trenger flere ansatte rett og slett, som både jobber i hverdagsrehabilitering og hjemmetjenesten som kan bidra [...]».*

Samtidig er det en annen deltager som forteller at de nye ansatte som begynner å jobbe i denne kommunen skal ha et helsefremmende tankesett, altså de skal tenke langs samme tankegang som hverdagsmestring. Det er faktisk noe som er forventet av dem (D-3):

«[...] så når du blir ansatt i [...] kommune, så skal du kjenne til at dette forventes at du skal ha som et grunnleggende tankesett [hverdagsmestring].»

Undervisning er en måte å skape eierskap blant ansattgrupper. I denne kommunen har det vært mye arbeid med opplæring av alle ansatte i kommunen for å vektlegge hverdagsmestring. Det er avholdt kurs og undervisningsbolker. Er dette nok? (D-1):

«Etter undervisningsdagene for ansatte i hjemmetjenesten, som vi har hatt for to år siden, var det egentlig meningen at det skulle være oppfølging, evaluering i plenum, sammen med dem som har deltatt på undervisning. I etterkant, et halvt, eller et helt år etter, men det ble ikke noe av. Det kunne kanskje fått litt mer innvirkning av, fra dem det egentlig handler om.»

Det har også kommet frem at flere av intervjudeltagere synes at det er positivt at det ble jobbet med undervisning mot hjemmetjenesten for å fremme hverdagsmestring. I tillegg sies det at det er viktig å opprettholde dette fokuset hele tiden. Å holde fokuset på hverdagsmestring er viktig for å støtte opp under eierskapet hver enkelte som jobber med pasienter har fått (D-4):

«Jeg synes at hverdagsrehabilitering har vært veldig flinke med den undervisning de har hatt da og er jo veldig på da, på en måte og er åpne og de er veldig på tilbudssiden da.»

Samtidig må det nevnes at det som har blitt gjort var trolig bra og arbeidet med undervisning må opprettholdes (D-3):

«Det er veldig mye mer å gjøre rundt det. Som en må holde i den plakaten jevnt og trutt. For ellers så faller det.»

Det virker som det fremdeles er mye arbeid som gjenstår for økt eierskap blant ansatte i kommunen. Etter samtale med en av koordinatorene har det kommet frem opplysninger om utdanning og at nyutdannede i større grad har tilegnet seg tankegangen om hverdagsmestring under sin studietid. Det kan likevel se ut til at det fremdeles er behov for å opprettholde kurs og utdanning om hverdagsmestring, for å sikre ansattes eierskap og jeg viser til tidligere brukt sitat av intervjudeltager som jobber som koordinator i hverdagsrehabilitering. Dette sitatet er å finne helt i starten av kapittelet.

6.5 Ressurser

I dette delkapittelet tar jeg opp spørsmålet om ressurser. Ingen av spørsmål i intervjuguiden inneholdt spørsmål om ressurser, likevel viste kodingen av data at ressurser og ressursbruk var noe flere intervjudeltagere var opptatt av. Dette er på mange måter både logisk og naturlig, da ressurser er en fast del av alle tjenester og framstår som en viktig faktor for å få til et vellykket paradigmeskifte. I denne oppgaven kan ressurser være økonomiske og faglige, det kan være ressurser knyttet til pasienten (som tid brukt hos pasienter), og pasienters egne ressurser til å gjennomføre trening for å nå sine mål.

Brukeren/pasienten, har alltid ressurser, uansett hvor friske eller skjøre de er. Å Identifisere og utnytte slike ressurser (i litteraturen også kalt for restfunksjon (Tuntland & Ness, 2016)), fysiske og mentale, er viktig i hverdagsmestring. Denne intervjudeltageren (D-2) sier følgende om hverdagsmestring og brukerens ressurser:

«Når det gjelder hverdagsmestring så handler det om å bygge opp under hva som brukeren selv har av restfunksjon og tar tak i det, og da tenker jeg det ligger nært til hjemmetjenesten. Om at de hele tiden er observante og utnytter ressursene til brukeren og der de er delaktige i de handlingene som skal utføres da.»

Utfordringen ved sitatet ligger i å lete, identifisere og utnytte brukerens ressurser. Å få brukeren til å bli selvstendig knyttet til de målene vedkommende setter seg, tar ofte tid og det er trolig viktig at alle ansatte støtter og viderefører dem, både i hverdagsrehabilitering og i hjemmesykepleie. Å finne brukerens ressurser og ta dem i bruk, vil føre til at brukerens ressurser etter hvert øker. Det motsatte skjer med brukerens ressurser hvis oppgavene blir

gjort for dem og ikke sammen med dem. I sitatet under deler intervjudeltager en tanke om hverdagsmestring og pasientens ressurser som potensielt kan streife mange som jobber i hjemmesykepleie. Dette sitatet viser til prioriteringer og avgjørelser som blir tatt hver dag, bruke tiden med pasienten og gjøre dem selvstendige eller gjøre ting fort, for dem (D-1):

«[...] ikke mitt problem at du bruker tre timer på å gjøre selv, jeg skal bruke kvarter.»

Å finne brukerens ressurser og bygge dem opp er tett beslektet med hverdagsmestring. Da er det mulig å stille et spørsmål om hverdagsmestring er mest beslektet med hverdagsrehabilitering eller hjemmetjenesten? Slik hverdagsmestring er beskrevet, er det hjemmetjenesten som ser brukerne betydelig oftere enn hverdagsrehabiliteringsteam og derfor har gyllen mulighet til å bruke fagpersonalets ressurser for å bygge opp under brukernes egenmestring. Intervjudeltager som jobber som soneleder i en av i hjemmesykepleie sier (D-6):

«Hverdagsmestring, som jeg tenker er mye mer viktig i hjemmetjenesten. Det er jo mestring i egen hverdag. Og øve på det, [...]. Men der tenker jeg, vi kan jobbe mye mer langsiktig da. Med hverdagsmestring, tenker jeg. Ja, så det er de daglige utfordringene pasientene har som vi jobber med, sånn at de mestrer, ja, hverdagen sin.»

Denne intervjudpersonen nevner også utfordringer på vei mot økt hverdagsmestring. Som tidligere nevnt i oppgaven er det utfordringer knyttet til personalet og økonomi og det sies at det er 2,5 årsverk (i en sone på 25,3 årsverk). Et spørsmål som bare må stilles, hvordan jobber de andre i denne sonen? Kanskje ligger svaret hos prosjektkoordinatoren som viser til hele kommunen (D-3):

«Vi er på vei, men vi har et stykke til å gå, før at det er legitimt å bruke ressurser på da, i sonen, å følge bruker til postkassen. Det gjøres også i dag, men ikke, det er ikke varmt smør liksom, der lugger det litt.»

Prosjektkoordinator for hverdagsrehabilitering sier også at ressursbruk først og fremst er avhengig av lederens forståelse av hva hverdagsmestring er og hvilken nytte det er av det. For å snu på det, hvor godt er ressursbruken knyttet til hverdagsmestring forankret hos ledere i hjemmesykepleiesonene? Hvor høyt oppe i ledelseshierarkiet er hverdagsmestring egentlig forankret? I det kommunale helsevesenet kan dette fort koke ned til et rent økonomispørsmål, altså antall brukere som skal ha besøk daglig. Fordi det kan gå mye lenger tid enn fastsatt i arbeidslistene til hjemmesykepleien. Dermed kan det være vanskelig å oppnå

hverdagsmestring og i det hele tatt arbeide mot at brukere mestrer sin egen hverdag på sikt. Det kan virke som om dette er opp til hver enkel leder å avgjøre, om det skal brukes ressurser på vei mot økt egenmestring for brukere eller om tiltak skal gjøres for dem (D-3):

«Ja, det kan gå på leders forståelse av, om det er riktig å bruke ressurser på slike tiltak, så man er for hverdagsmestring [...]. Og da kjenner jeg at det er viktig at de igjen, er godt forankret i ledelsen. At det er ikke vi som hverdagsrehabiliteringstjenesten som pålegger det. Det er [...] kommune som sier at dette skal satses på. For å opprettholde funksjon. Og hvis det blir en ressursutfordring i sonen, så må vi løfte det oppover, dette her er utfordringen vår, denne damen faller i funksjon, hvis ikke de tiltakene settes inn, men det er et ressurs spørsmål fort kan bli. Igjen, jeg opplever i hovedsak velvilje og man strekker seg langt for å få det til, så har du et par søner som nok har en mye mer økonomisyn på styring av sonen.»

Denne intervjudeltageren snakker også om hva som er optimal ressursbruk på vei mot felles mål, og ikke nødvendigvis knyttet til den tjenesten deltageren er prosjektkoordinator for. Dette er interessant fordi denne intervjudeltagerens syn vektlegger hverken økonomiske, faglige eller menneskelige ressurser som sådan, men fellesmålet, uansett pris (D-3):

«[...] da kunne man jo ønske seg at man hadde, at de [hjemmetrenere] kun jobber her og så får man utnyttet ressursene på bare med tanke på vår egen tjeneste. [...] gevinsten i den andre enden, ved at vi gjør det sånn, med overføring av kunnskap, kjennskap til tjenesten, korte linjer, den er så stor at vi får ta, vi må gå noen runder på de bumpene der da.»

Tjenester hverdagsrehabilitering og hjemmesykepleie er to forskjellige tjenester som jobber sammen mot felles mål, hverdagsmestring i kommunen. Og nettopp det faktumet at de er forskjellige og jobber mot noe felles kan sees på som en viktig samarbeidsressurs. Tjenesten hverdagsrehabilitering får gode kandidater for rehabilitering fra hjemmesykepleie, der kandidater fanges opp, i tillegg til økt forståelse for hvordan hjemmetjenestene arbeider. Sett fra hjemmetjenesten sin side kan også hverdagsrehabilitering tilføye mye nytt og nyttig. Fagkompetanse som ligger i hverdagsrehabilitering støtter og bygger opp under hverdagsmestring, i tillegg til arbeidsmetode brukt av det tverrfaglig sammensatte hverdagsrehabilitering – dette kan være aktuelle ressurser som kan komme hjemmetjenesten og hverdagsmestring til gode (D-2):

«[...] det med hverdagsmestring ligger jo veldig nært til hjemmetjenestesonene. Hverdagsrehabiliteringsteamet er jo en ressurs opp imot det òg, vil jeg si, for vi sitter på utrolig mye fagkompetanse og vi har det tverrfaglige sammensatte teamet.»

6.6 Kommunikasjon og dialog

Kommunikasjon er en kontinuerlig prosess med fokus på innhenting og utveksling av informasjon mellom enkelte personer eller tjenester. Kommunikasjonsprosessen kan foregå både internt og eksternt, og kan også knyttes til alle prosesser som foregår i organisasjonen (Jacobsen & Thorsvik, 2018: 280). I dette avsnittet skal jeg se på kommunikasjon mellom tjenestene hverdagsrehabilitering og hjemmesykepleie i samarbeidet under felles pasientforløp. Det naturlige vil kanskje være å vise til dialog mellom tjenestene ved oppstart, underveis og etter pasientforløp.

Innad i team hverdagsrehabilitering er det en rekke forskjellige kommunikasjonsmetoder som gir dialog (D-1):

«Innad i teamet har vi dialog på møtene. Og så er det internmeldinger på Geric. Og så er det en del gule lapper. Og telefonopkall.»

Samme intervjuperson snakker videre om en utfordring, nemlig tilgjengelighet av hjemmetrenere innad i teamet. Dette fordi hjemmetrenere i hverdagsrehabilitering jobber i turnus og er fordelt mellom hverdagsrehabilitering og hjemmetjeneste. Primærkontakt er hjemmetrener (enten sykepleier eller helsefagarbeider) og har hovedansvaret for en gitt pasient (D-1):

«Det blir litt personavhengig at en kanskje er primær hjemme hos en pasient, og så skal vi diskutere den. Og så er den som er ansatt i hjemmetjenesten kanskje ikke er på jobb i hverdagsrehabiliteringen den dagen, [men] er på jobb i hjemmetjenesten den dagen. Og så måten å kommunisere på blir da på Geric med interne meldinger, telefon, gule lapper, hva som finnes.»

Ellers har jeg tidligere i oppgaven nevnt viktighet forbundet med tavlemøter der det foregår mye diskusjon gjennom dialog, internt i hverdagsrehabilitering. I tillegg sier også en av deltagerne om viktigheten av å ha felleskontor, der mye av diskusjoner og planlegging finner sted, i tillegg til tavlemøter (D-5):

«Det er jo de tavlemøtene da og et felles, ja, vi sitter på samme kontor da og diskuterer, og kan dra på besøk sammen da. Det må liksom ikke være at du drar alene. Jeg har jo slengt meg på flere sånne fysio og ergo.»

En annen viktig forutsetning for kommunikasjon er kommunikasjon med samarbeidspartnere. Hjemmetrenere er ansatt både i hverdagsrehabilitering og i hjemmetjenesten, noe som legger til rette for kommunikasjon mellom tjenester (D-4):

«Der har vi jo litt forskjellige muligheter holdt å på si [snakker om samarbeidet]. Noe av det går gjennom meg, noe jeg tar med meg fra hjemmesykepleien og tar med meg hit og snakker med noen som jeg kjenner her. Kanskje bruker jeg interne meldinger i Gerica, også, hva var det det tredje jeg tenkte på? Ja, noen ganger sender vi også henvisninger da, ergo- eller fysiohenvisninger for eksempel.»

Leder av en av hjemmetjenestesonene speiler det andre deltagerer også nevner, i forhold til dialog mellom tjenestene (D-6):

«Ja, vi samarbeider jo med hverdagsrehabiliteringen mye, men i forhold til de møtepunktene vi har hver 14. dag, hvor de kommer hit og tar opp alle pasienter som er i vår sone, hvor vi også kan ta opp både våre pasienter og spørre om det her er en kandidat til dere, eller ta opp hverdagsmestring som vi har, de som er nye, noe nytt å komme med som vi kan dra nytte av. Ellers så er det i forhold til elektronisk kommunikasjon, i forhold til de interne meldingene vi har. Og så henviser vi ofte til hverdagsrehabilitering.»

Intervjupersonen savner også oversikt over hvilke pasienter, hverdagsrehabilitering befinner seg hos (D-6):

«For dem har ikke noen arbeidslister da i hverdagsrehabiliteringen sånn som vi har i hjemmetjenesten, hvor vi har arbeidslistene på telefonene. Og da hadde det vært større mulighet da for å se hvor hverdagsrehabiliteringen, hvilke pasienter de er hos. Ja, fått mye bredere oversikt da.»

Det blir stilt tilleggsspørsmål til denne deltageren om kommunikasjon mellom tjenestene blir bedre om hjemmetjenesten får vite hvilke pasienter hverdagsrehabilitering til enhver tid befinner seg hos. Dette gjennom programvare installert på mobiltelefoner som de fleste hjemmesykepleieansatte i kommunen bruker (LMP). Denne intervjudeltager svarer følgende (D-6):

«[Intervjuer] Så du tenker det vil lettere gjøre kommunikasjonen?»

[Deltager] Ja, jeg tenker det, for da kan vi gå inn og se på arbeidslisten, hvilke pasienter av våre brukere er her, eller våre pasienter de skal til. Og ha en bedre dialog med dem i forhold til hvilke tiltak, for da kan tiltaksplanen stå der òg. Hva de gjør der, for da kan vi kanskje kopiere det over vår tiltaksplan, når vi er der og de er der.»

Noen ganger blir en pasient tatt opp i tjenesten hverdagsrehabilitering, der pasienten samtidig har oppfølging av hjemmesykepleie. Flere av deltagerne savner større grad av tydelighet i forhold til hvem som gjør hva (D-4):

Det som kan fungere bedre på en måte, er forståelse mellom hverdagsrehabilitering og hjemmetjenesten. Og at man, kanskje, enda tydeligere får avklart hvem som gjør hva, for eksempel, hvis man har en felles pasient da. Det har vi hatt noen utfordringer med, fortsatt ...

I dette kapittelet har jeg brukt Tjoras stegvis deduktiv induksjon som analysemetode (Tjora, 2018) og kommet frem til seks forskjellige hovedtemaer. De seks temaene er paradigmeskiftet; organisasjon i hverdagsrehabilitering og hjemmetjeneste; samarbeid; eierskap; ressurser og kommunikasjon og dialog. Funn i kapittelet blir presentert og belyst ved hjelp av intervjudeltagernes sitater. Temaene jeg har kommet frem til, vil danne grunnlag for neste kapittel, diskusjon.

7. Diskusjonskapittel

Formålet med denne masteroppgaven er å se på samarbeidet mellom den nylig etablerte tjenesten hverdagsrehabilitering og hjemmesykepleie. Faktorer som fremmer og hemmer dette samarbeidet er interessante i min forskning. Problemstilling for oppgaven er:

Hvilke utfordringer kan observeres i samarbeidet mellom hverdagsrehabiliteringsteam og hjemmesykepleie i en norsk kommune. Hvilke suksessfaktorer fremmer samarbeidet?

Samarbeidet på vei mot hverdagsmestring i kommunen er noe jeg også ser på i lyset av problemstillingen, da iverksetting av hverdagsrehabilitering rett og slett krever samarbeid mellom tidligere nevnte tjenester. Veien mot hverdagsmestring, eller paradigmeskiftet, som jeg også kaller det, er et av seks hovedtemaer jeg skriver om i analysen som jeg presenterer i dette kapitlet. De andre temaene er, organisering av hverdagsrehabilitering og hverdagsmestring, ressurser, samarbeid, eierskap, kommunikasjon og dialog. De seks temaene blir tatt opp i dette kapitlet og diskutert med hensyn på analysen i forrige kapittel, relevant forskning, i tillegg til faglitteratur som knyttes til temaene.

7.1 Paradigmeskiftet

Paradigmeskiftet dreier seg i korte trekk om å finne pasientens/brukerens ressurser ved å stille dem spørsmål som fremmer deltagelse og aktivitet i det daglige livet. Spørsmål som ofte blir brukt er, «Hva er viktig for deg?» Eller, «Hvilke aktiviteter er viktige for deg å mestre i hverdagen (Tuntland & Ness, 2016)?». Målet er, som tidligere nevnt, økt aktivisering av pasienter og overgang mot behovsstyrte tiltak og vekk fra tiltaksstyrte behov (Tuntland & Ness, 2016: 32). Nåtidens realitet i mange norske kommuner, at det fremdeles kompenseres for pasientenes sykdom, med andre ord at det er en «hva kan jeg hjelpe deg med?» - holdning. Slik holdning vil ofte passivisere pasienten eller brukeren, som på sikt kan utløse enda større behov for hjelp, fordi funksjonsnivå og trolig motivasjon reduseres. Ved å stille spørsmål om hva som er viktig for deg, kan oppmerksomheten flyttes fra sykdom og diagnose til noe som ofte har større betydning for personer det gjelder, og personalet i større grad får fram ting som er viktige for mennesket å mestre i løpet av dagen. Dvs. de dagligdagse aktivitetene som alle gjør - dusje, kle på seg, lage mat, vaske tøy, handle og så videre (Tuntland & Ness, 2016; Homelien, 2017).

Overgang til tenkningen omkring mestring i kommunene, hverdagsmestring, krever overgang fra kompenserende tankesett (gjøre aktiviteter for) til aktiviserende tankesett (gjøre sammen

med). Dette bryter ned sterke tradisjoner i helsevesenet, spesielt i hjemmetjenesten, der et kompensierende tankesett ofte omtales som pleiekultur (Hartviksen, 2017: 22). Å bryte slike tradisjoner vil ta tid, og enda viktigere, kreve betydelig forankring blant politikere og ledere i kommunen (Tuntland & Ness, 2016). Og det er også noe av det intervjudeltagere bekrefter med å fortelle at overgang til hverdagsmestring er forankret høyt i kommunen og at det er enighet om viktigheten av en slik overgang og satsing i forskningskommunen, både hos ledere og politikere.

San Martin-Rodriguez mfl. (2005) understreker også viktighet av at ledere tilrettelegger og støtter under slike overganger, gjennom organisasjonens filosofi. Trolig øker samarbeidet mot overgang til hverdagsmestring når det er enighet i hele kommunen om at det er viktig, dette er noe som skal satses på. En annen faktor som går igjen i intervjuene om implementering av hverdagsmestring, er nemlig opplæring, utdanning, undervisning og kurs. En av koordinatorene (D-2) i hverdagsrehabilitering sier at det ble satset tungt på utdanning av de ulike yrkesgruppene i hjemmetjenestesonene, mot hverdagsmestring og hverdagsrehabilitering, i løpet av prosjektfasen.

Satsing på utdanning i denne kommunen begynte allerede i 2014. I tillegg til utdanning i hjemmetjenesten forteller andre intervjudeltagere om flere arrangerte dager med undervisning i hverdagsmestring, samt om kurs og opplæring i regi av hverdagsrehabiliteringen. I tillegg ble det arrangert kommunale e-læringskurs. Slik systematisk opplæring i nye arbeidsoppgaver og tilstrekkelige ressurser for gjennomføring, støtter implementering av hverdagsmestring (Bjørkquist & Fineide, 2019). En av deltagerne forteller også at dagens utdanningssystem innenfor helseyrkene i større grad satser på hverdagsmestring enn tidligere.

Utdanningssystemet er en av de viktigste bestanddelene på vei mot praktisering og implementering av hverdagsmestring blant de ansatte (San Martin-Rodriguez mfl., 2005).

Selv om dette delkapittelet handler om arbeid med hverdagsmestring i kommunen, finnes det fellestrekk med implementering av tjenesten hverdagsrehabilitering. Forfattere (Hartviksen & Sjølie, 2017:105) nevner vilje til endring, kultur for mestring og en kultur for kunnskapsbasert praksis som nødvendige elementer for vellykket implementering av hverdagsrehabilitering. Kunnskapsbasert praksis betyr å ta faglige avgjørelser basert på forskning og erfaringsbasert kunnskap, og å lytte til pasientens ønsker og behov i et rehabiliteringsforløp (Hartviksen & Sjølie, 2017). Hverdagsrehabilitering støtter hjemmetjenestene og kan dermed supplere med forsknings- og erfaringsbasert kunnskap også knyttet til helse- og omsorgstjenestene. Å lytte til pasientens ønsker og behov er også en forutsetning på vei mot større grad av

hverdagsmestring, og kan oppnås ved det vi lærer og erfarer (Hartviksen & Sjølie, 2017). Satsing på utdanning, kurs og opplæring er derfor viktig for at ansatte i hjemmesykepleie som jobber med hverdagsmestring, bruker dette aktiviserende tankesettet i møte med pasientene i kommunen.

Samtidig kan det også være verdt å nevne baksiden av medaljen, hvis det ikke blir satsing på utdanning. Bolman og Deal (2009) skriver at manglende kunnskaper og ferdigheter kan gå utover organisasjonen på flere måter. Den kan yte dårligere service, det kan bli høyere kostnader og dyre feilgrep. Forfattere skriver med andre ord at investering i mennesker som jobber i organisasjoner, såkalt human resource-orientert organisasjoner, er nødvendig (Bolman & Deal, 2009: 177). Mennesker som hverken har opplæring, utdanning eller erfaring med hverdagsmestring vil fortsette å gjøre som tidligere. Med andre ord, gjøre jobben på en slik måte at de passiviserer pasienter. Dette kan føre til at de får dårligere fysiske og emosjonelle funksjoner med lav vekt på mestring, tiltro på egne krefter og motivasjon (Ness mfl., 2012; Homelien, 2017).

Paradigmeskiftet er altså at organisasjonen går fra pleie og passivisering til aktivisering. Men blir dette fulgt opp i forskningskommunen? Jeg viste i forrige kapittel at avlæring av rutiner, og det å smitte den nye holdningsendringen over på ansatte som lenge har jobbet i helse- og omsorgstjenester, altså at de endrer til Hva er viktig for deg? - holdningen, fremdeles er krevende for flere ansatte i forskningskommune. Hvorfor er det slik? Er det økonomi, er det utdanning, er det vilje til endring? Ressurser i form av økonomi og personell har blitt trukket frem som en faktor fra en av hjemmesykepleieledere i kommunen (sitatet er å finne under delkapittelet om eierskap i analysedelen av oppgaven). Spørsmål om ressursbruk er ofte vanskelig og sammensatt. Lederen fra hjemmesykepleien forteller om behovet for romsligere budsjetter for å frigjøre ansatte for å jobbe mer med hverdagsmestring. Mens noen av deltagerne i hverdagsrehabilitering mener at en må jobbe annerledes med de ressursene som allerede eksisterer i tjenester. I flere av intervjuene blir det sagt at holdningsendringen vil ta tid og at det fremdeles er viktig med satsing på utdanning, opplæring og kurs. En annen deltager forteller også om at de ansatte må involveres mer i alle prosessene rundt implementering av hverdagsmestring. Bolman og Deal (2009) understreker at uansett hvor god en ide eller reform er, er det viktig å få med seg ansatte, både ved hjelp av opplæring og tilbakemeldinger, og samtidig involvere mennesker gjennom hele prosessen. Videre skriver de at hvis det gjøres endringer i arbeidsmønstre, faste rutiner eller framgangsmåter, vil eksisterende kunnskaper og ferdigheter ansatte har, undergraves og mange kan bli urolige og

usikre om den jobben de nå gjør, gjøres riktig (Bolman & Deal, 2009: 423). De samme forfatterne skriver videre at faktorer som opplæring, psykologisk støtte og deltakelse er viktige og vil øke sannsynligheten for at mennesker tar i bruk og finner seg til rette med nye metoder (Bolman & Deal, 2009: 423).

Når en diskuterer ressurser i helse er det vanskelig å unnlate kanskje det mest åpenbare, nemlig ressurser i form av økonomi. Overgang til hverdagsmestring krever en noe annerledes bruk av økonomi, i starten er det ofte en større kostnad, eller en pukkeeffekt (Tuntland & Ness, 2016). Dette grunnet overgang til aktiviserende tilnærming til pasienter, der tiltakene er målbaserte og det ofte tar tid å trene sammen på, enn å gjøre for (Ness, 2012), spesielt i starten. Pilotprosjektet i hverdagsrehabilitering i forskningskommunen var ment for å bygge opp under overgangen til hverdagsmestring, sier en av intervjudeltagere (D-2). Pilotprosjekter er ofte ment å kalkulere risikoer for oppstart av nye tjenester, også med tanke på økonomisk vurdering. Tuntland og Ness (2016) skriver om flere metoder for å regne på helseøkonomi i kontekst av hverdagsrehabilitering, som jeg mener også kan overføres for å måle økonomisk gevinst i overgang til hverdagsmestring. Eksempler kan være å måle tid brukt av hjemmetjenesten på å utføre et tiltak, før og etter implementering av mestringstiltak (Tuntland & Ness, 2016: 96). Hvis en trener på et tiltak, for eksempel dusj, og pasienter blir mer selvstendige og kan utføre tiltak, enten helt selvstendige eller at det blir brukt mindre tid per pasient, vil det ikke bare bety fysisk sprekere pasienter, men også mindre behov for hjelp og dermed innsparte midler per pasient. På sikt – færre pasienter og mer tid til pasienter med reelt pleiebehov (Tuntland & Ness, 2016). Gjennomføring av mestringstiltak kan også resultere i endret antall sykehusreinnleggelses, kvalitetsjusterte leveår og utsettelse av sykehjemsbehov (Tuntland & Ness, 2016: 96-98).

Slik jeg ser det er paradigmeskiftet i forskningskommune godt i gang, overgangen fra passiv pleie til aktiv tilnærming er i full gang. Økonomiske ressurser er begrenset og det er viktig å jobbe med de ressursene en har. Flere av deltagere understreker behovet for vedlikehold i overgang til hverdagsmestring med tanke på opplæring og kurs for ansatte.

7.2 Organisasjon, hverdagsrehabilitering og hjemmesykepleie

Det finnes flere måter å organisere hverdagsrehabilitering på. De forskjellige modellene som blir brukt i Norge gjenspeiler behovet etter demografi og geografi (Langeland mfl., 2016). Forskningskommunen er organisert etter en semiintegrrert modell. Det betyr at aller fleste ansatte i hverdagsrehabilitering, jobber ca. 50 % i tjenesten hverdagsrehabilitering. Resten jobber de (sykepleiere og hjemmetrenere) i hjemmesykepleiesoner. Ergo- og fysioterapeuter

jobber i tillegg på rehabiliteringsavdeling, kortidssenter eller foretar hjemmebesøk på egenhånd.

Å arbeide i to tjenester blir beskrevet både som positivt og som utfordrende. Det avhenger av hvilke intervjudeltagere som er spurt. Slik jeg beskrev tidligere i analysekapittelet, jobber ergo- og fysioterapeuter i samme bygning og stillingene deres er knyttet til rehabiliteringsarbeidet, uavhengig av om de er ansatt i hverdagsrehabilitering, kortidssenter eller foretar hjemmebesøk. Det er noe annerledes for hjemmetrenere. Og det er nettopp dette flere av intervjudeltagere tar opp. Hjemmetrenere arbeider på to fysisk atskilte steder, hverdagsrehabilitering og i sin respektive hjemmesykepleiesone. Dette ønsker jeg å se nærmere på.

Flere av hjemmetrenere forteller om både positivt utbytte og om utfordringer knyttet til å være ansatt to steder. Fysisk nærhet er en viktig faktor knyttet til det organisatoriske. San Martin-Rodriguez med flere (2005) har skrevet om fysisk nærhet som et nøkkelement for utvikling av effektivt samarbeid. Nærhet er viktig for informasjonsdeling mellom ansatte, for å bygge opp forhold innen ansattgruppen og arbeide med utfordringer. I tillegg til nærhet er det også viktig at de ansatte har tid til å adressere arbeidsrelasjoner og løse oppståtte utfordringer sammen (San Martin-Rodriguez mfl., 2005). Det finnes også fellesmøter, tavlemøter internt i hverdagsrehabilitering flere ganger i uken som benyttes for å gjennomføre samhandling internt i team. For samhandling med hjemmesykepleie finnes det sonemøter hver fjortende dag der alle pasienter (som har hverdagsrehabilitering) tilhørende hver sone blir drøftet, i tillegg er det hjemmetrenere som har kommunikasjonsansvar mot hjemmesykepleiesoner. Utfordringer, ifølge intervjudeltagere, kan oppstå ved at hjemmetrenere jobber i turnus, noe som skaper utfordringer knyttet til at de ansatte kan være utilgjengelig for samhandling eller i arbeid med krevende pasientcaser. Slike utfordringer kan gå utover samhandlingen internt i hverdagsrehabilitering og i samhandlingen mellom tjenester, utfordringene kan gå utover kvalitet i samhandling med pasientene (Hartviksen & Sjølie, 2017). I tillegg til det overnevnte kan logistikkutfordringer knyttet til turnus og arbeid på forskjellige arbeidsplasser, skape grobunn for konflikter mellom tjenestene (San Martin-Rodriguez mfl., 2005), noe som kan skape utfordringer i forhold til effektivitet (Fürst & Høverstad, 2014).

En annen potensiell utfordring knyttet til å arbeide på to fysisk atskilte arbeidsplasser i to ulike tjenester, kan være ulik organisering og arbeidskultur. Team i hverdagsrehabilitering er ofte dannet horisontalt, slik at alle deltar i diskusjoner og kommer til felles beslutninger. I hjemmesykepleien kan det fremdeles være vertikal organiseringshierarki, der ledere gir

beskjed til underordnede om hva som skal gjøres og hvem som skal gjøre hva (Lauvås & Lauvås, 2004). Det kan være en større overgang for hjemmetrenere å arbeide i en tjeneste deler av en uke, for å så bytte over til annen tjeneste med ulik organisering, kultur, arbeidsrutiner og kanskje til og med et grunnleggende annerledes tanke sett (Lauvås & Lauvås, 2004). For selv om hverdagsmestring har kommet for å bli i helse- og omsorgstjenestene, kan en med stor sannsynlighet si at langt ifra alle ansatte har implementert hverdagsmestring i sin arbeidshverdag. Å arbeide rundt kollegaer som har ulik innstilling til hverdagsmestring i forskjellige tjenester kan være svært anstrengende. Ulik innstilling til hverdagsmestring kan minne noe om områdedominans og kontroll, samt prosesser av profesjonalisering slik det er presentert i teorikapittelet (Abbott, 1988; Lauvås & Lauvås, 2004; San Martin-Rodriguez mfl., 2005;). Å jobbe i en tjeneste med ulik innstilling til et felles mål som er vedtatt i kommunen, kan minne om å jobbe en- eller flerfaglig, der profesjoner belyser pasientens utfordringer fra et ståsted, nemlig eget ståsted. Slikt arbeid er ikke lenger tverrfaglig der profesjonene er avhengige av hverandre for å jobbe effektivt og setter pasienten i sentrum (Lauvås & Lauvås, 2004; San Martin-Rodriguez mfl., 2005; Reeves mfl., 2010).

Leder for en av hjemmesykepleiesone uttrykte misnøye og mente at hverdagsrehabilitering i større grad burde vært med i hjemmesykepleiehverdagen, også de dagene ansatte er i hverdagsrehabilitering. Lederen forteller om møter som spiser opp tiden som kunne blitt brukt for å spre kunnskap om hverdagsmestring. Møter er ofte nødvendige for å skape fellesskap i team, løse oppgaver og lage nye arbeidsmål. Møtene mellom tjenester er i tillegg ment for å ta opp pasienter som er i tjenesten, og diskutere pasienter som kan være aktuelle for tjenesten. Målet er å få til diskusjon og hensiktsmessige rutiner (San Martin-Rodriguez mfl., 2005). Andre intervjudeltagere forteller at møter mellom hverdagsrehabilitering og hjemmesykepleie har noe å gå på for å få best mulig utnytte av tiden på møtene. Bolman og Deal (2009) skriver om møter som arenaer for å styrke tilknytning mellom organisasjonsmedlemmer, men ikke nødvendigvis et sted for rasjonelle diskusjoner, planlegging eller forbedringer (Bolman & Deal, 2009: 336).

Å være ansatt to forskjellige steder kan by på utfordringer knyttet til kontinuitet i et pasientforløp. I forskningskommunen eksisterer noe som kalles for kjerneteam i hverdagsrehabilitering. Det er en fast gruppe ansatte, ergo- og fysioterapeut og hjemmetrener, som tilhører den sonen pasienten bor i. Målet med kjerneteamet er vurdering av pasienten og utarbeiding av rehabiliteringsplan, som deretter følges opp av hjemmetjenesten (Birkeland mfl., 2018). I forskningskommunen er målet med kjerneteam å følge opp samme pasient, der

alle har likeverdig ansvar for rehabiliteringsforløpet. Hjemmetreneren forteller i intervju at grunnet turnusordning er det vanskelig å være hos pasienter og utføre tiltak fem ganger i uken, når hjemmetrenere kun er ansatt i tjenesten to ganger i uken. Da må en annen hjemmetrener overta arbeidet med tiltak de andre dagene. Det er ved tavlemøter koordinator oppdaterer de ansatte i hverdagsrehabiliteringen. Strukturen ved tavlemøtene, slik jeg forsto det, er nokså horisontal, dvs. at alle ansatte som deltar på dem kan komme med innspill som blir drøftet. Det er kontinuerlig dialog mellom koordinator og andre ansatte i hverdagsrehabiliteringen. Horisontal struktur i samordning beskrives å være mer fleksibel og mindre autoritær enn den vertikale strukturen. I tillegg er uformelle kontakter og samtaler et effektivt middel for å bidra til større flyt i tjenesten (Bolman & Deal, 2009).

Underveis i samtale med intervjudeltagere med lederbakgrunn, kom det nokså forskjellige syn som bygger opp under argumentet om at økonomi er en sentral del av implementering av hverdagsmestring. Slike synspunkter er veldig interessante fordi de er veldig ulike. Lederen i hjemmesykepleiesonen forteller om utfordringer ved implementering av hverdagsmestring, basert på mangel på personell. Prosjektkoordinator i hverdagsrehabilitering forteller at hverdagsrehabilitering gjerne kunne hatt ressurser (ansatte i 100 % stillinger) for seg selv, men samtidig understreker vedkommende viktigheten av å organisere tjenesten så effektivt som mulig, uansett kostnader. Forskjellige ledere kan ha forskjellige mål forbundet med oppgaver som skal løses (Ladegård & Vabo, 2011), og noen ledere kan sette hensyn til egen status og makt over ønsket om å komme fram til felles løsninger (Lauvås & Lauvås, 2004). Disse løsningene kan variere fra en leder til annen fordi de ser ulikt på hvilke utfordringer som skal løses. I tilfellet av lederen som jobber i hjemmesykepleie, er det hensiktsmessig med flere ansatte som kan sikre at primære pleieoppgaver blir utført daglig og så tidseffektivt som mulig. Utfordringer med dette er at det på sikt hverken blir færre pasienter eller færre oppgaver, for ikke å nevne at veien til hverdagsmestring trolig blir lengre. På den andre siden, hvis lederen kan legge opp til at opplæring av de eksisterende ansatte i hjemmesykepleie medfører at de kan gjøre jobben med økt fokus på mestringstiltak, kan det på sikt bli noe enklere. Utfordringen knyttet til det er økte kostnader i starten, tidligere kalt pukkeeffekten (Tuntland & Ness, 2016). Overgang til hverdagsmestring er noe som over tid kan bli økonomisk rasjonelt (Ladegård & Vabo, 2011), men ledere i hele kommunen må trolig gis insentiver slik at det blir mulig.

Intervjudeltagere fortalte også om behovet for økt kommunikasjon fra ledelsen mot ansatte etter ledermøter. Det ble fortalt at det er flere ledere, både fra hverdagsrehabilitering og

hjemmesykepleie, som har faste ledermøter for å forankre tekningen om hverdagsmestring. Kommunikasjon er viktig for å sikre ansattes motivasjon for å fortsette og gjøre så godt som mulig, kjenne status i implementering og for å løse utfordringer som kan oppstå ved manglende kommunikasjon (Holmesland mfl., 2010) Flere av intervjudeltagere som jobber i hverdagsrehabilitering har uttrykt at kommunikasjon fra ledelsen kan bli bedre fordi de i utgangspunktet ble forespeilet større ansvar i blant annet implementering av både hverdagsrehabilitering og hverdagsmestring. Flere av deltagere savner oppdatering og dialog i forhold til det.

7.3 Samarbeid

Slik jeg har skrevet tidligere i oppgaven er felles mål og definisjon av felles mål, ofte viktige forutsetninger for samarbeid. I tillegg til felles mål er felles engasjement, gjensidig avhengighet, gjensidig respekt og tillit, åpen kommunikasjon, faste møter og faste møtesteder, er alle viktige krav for effektivt samarbeid (Lauvås & Lauvås, 2004; San Martin-Rodrigues mfl., 2005; Reeves mfl., 2010). I dette delkapittelet skal jeg se på flere av disse forutsetningene på vei mot effektivt samarbeid mellom hverdagsrehabilitering og hjemmesykepleie.

I tilfellet av hverdagsrehabilitering og hjemmesykepleie er det behov for samarbeid på tvers av både tjenester og profesjoner – tverrfaglig samarbeid. Hvorfor er tverrfaglig samarbeid viktig og hva er det godt for? Tverrfaglig samarbeid er et viktig element for å løse de komplekse utfordringene som samfunnet står ovenfor, lokalt og internasjonalt, der utfordringene ikke kan løses ved å ansette mer personale (Bjørkquist & Fineide, 2019). Produktiviteten, som må følge den demografiske utviklingen, må økes for å møte innbyggernes behov (Morgendagens omsorg, 2012; Willumsen & Ødegård, 2016). Lauvås og Lauvås (2004: 18) skriver om tverrfaglig samarbeid, og at det på lengre sikt trolig er en helt nødvendig investering for å sikre kvalitet og for å ivareta tredjemanns interesser.

Alle grupper som er nødt til å samarbeide, må før eller senere utvikle en mer eller mindre effektiv struktur med fastsatte roller, noe som kan være helt avgjørende for gruppens prestasjoner (Bolman & Deal, 2009: 143). Vilje til samarbeid, tillit og gjensidig respekt, er faktorer som kan være svært vanskelig å oppnå, dersom den viljen ikke eksisterer (San Martin-Rodriguez mfl., 2005). Jeg intervjuet en teamkoordinator som sa at samarbeid er svært personavhengig – i noen soner fungerer samarbeid svært bra, mens det ikke gjør det i andre soner. Det sosiale og kulturelle systemet kan være årsaken til at samarbeidsviljen er forskjellig i forskjellige soner. Når hjemmesykepleie blir nødt til å samarbeide med en ny

tjeneste, hverdagsrehabilitering, med profesjoner som ikke tidligere var representert i hjemmesykepleien kan problemene fort oppstå. Spesielt hvis noen i en tjeneste føler at den andre tjenesten presser dem til å gjøre jobben annerledes enn det var gjort tidligere, kan gnisninger oppstå og viljen til samarbeid svikte (Abbott, 1988; Lauvås & Lauvås, 2004; San Martin-Rodriguez mfl., 2005; Holmesland mfl., 2010). Det kan tenkes at noen ansatte i hjemmesykepleien kan føle trussel fra ansatte i hverdagsrehabilitering, altså profesjonaliseringsprosessen (*process of professionalization*) kjennetegnet av områdedominans, autonomi og kontroll, framfor tillit og kollegialitet (Lauvås & Lauvås, 2004; San Martin-Rodriguez mfl., 2005). Hverdagsrehabilitering innebærer tross alt en endret arbeidsform for hjemmesykepleien (Sjølie & Hartviksen, 2017). Teoretiske perspektiver innen forskjellige utdanninger kan også hindre vilje til samarbeid, for eksempel kan arbeidsmetodene som ergo- og fysioterapeuter bruker og som har økt fokus på aktivisering og hjelp til selvhjelp, være utfordrende for andre yrker å akseptere. Andre yrker, slik som syke- og vernepleiere, i tillegg til helsefagarbeidere, kan ha økt fokus på pleie og direkte hjelp (Abbott, 1988; San Martin-Rodriguez mfl., 2005). Holdningen som fokuserer «her gjør vi det slik og ikke annerledes» kan være en stor hindring for samarbeid, og blir omtalt som fragmentering av helsetjenester (Lauvås & Lauvås, 2004; San Martin-Rodriguez mfl., 2005; Willumsen & Ødegård, 2016;).

Deltagelse og åpen kommunikasjon for utarbeiding av felles mål kan oppnås i forskningskommunen ved å benytte eksisterende faste tavle- og sonemøter (Reeves mfl., 2010). Både i tjenesten hverdagsrehabilitering og i samarbeid med hjemmesykepleie er de forskjellige yrkesgruppene for det meste av tiden atskilt fra hverandre. Dette kan skyldes at profesjonene har forskjellige oppgaver, logistikkutfordringer knyttet til turnus, samarbeid med andre tjenester eller uforutsette hendelser. Det finnes naturlige samlingspunkter, faste møter internt (tavlemøter) og eksternt (sonemøter). For å oppnå fysisk nærhet til hverandre, faste treffpunkter og faste steder å treffes på, er avgjørende for å legge samarbeidet til rette (San Martin-Rodriguez mfl., 2005). Min observasjon er at det er store forskjeller mellom ulike soner. Intervjudeltagere forteller om 20-40 mennesker på møter med hverdagsrehabilitering og forteller at slike store sammenkomster kan gjøre det vanskelige for enkelte å slippe til. Store ansamlinger av mennesker på møter vanskeliggjør altså både deltagelse og kommunikasjon mellom aktørene. Slike møter kan også være eneste møtepunkt mellom tjenestene på fjorten dager. Turnusarbeid kan dermed gjøre det svært vanskelig for flere av ansatte i hjemmesykepleien i det hele tatt å delta på slike møter. Når en fysisk ikke kan delta

på kanskje den eneste samarbeidsarenaen, kan det da forventes at samarbeidet blir bedre? Kan det forventes at noen av de som deltar sjelden på slike møter, har lik identitet med resten av gruppen som er oftere på møter og dermed samhandler mer med hverdagsrehabilitering (Reeves mfl., 2010)? Koordinator sier at det jobbes mot færre deltagere på sonemøter for mer åpen diskusjon og økt deltagelse. Reeves med flere (2010: 49) refererer til andre forfattere (Heinemann & Zeiss) når det gjelder nøkkelementer i forhold til teamets prestasjoner, relasjonen mellom hjemmesykepleie og hverdagsrehabilitering, sammensetning og organisering av team, kommunikasjon på vei mot teamrelasjoner og produktivitet av teamet.

Samarbeid er et frivillig element i samhandling mellom tjenestene. Selv om alt rundt et team kan være satt ferdig, klart for å sette samarbeidet i gang, er samarbeid en frivillig prosess (San Martin-Rodriguez mfl., 2005). En av intervjudeltagere fortalte om ulik innstilling til både hverdagsrehabilitering og hverdagsmestring i kommunen, og denne mangelen er spesielt synlig ved samarbeidsarenaer tjenestene imellom, på sonemøter. Under denne masteroppgaven har jeg ikke gjort noen funn som peker mot hva årsaken til dette kan være, og jeg tenker at det er lederes ansvar å få tak hva som er grunnen til slike ulike innstillinger. Som nevnt over kan overgang til en helt ny arbeidsmåte oppleves som ukjent og dermed utrygt – angst, frykt og frustrasjoner kan oppstå og danne negativt arbeidsmiljø i ulike soner (Hartviksen & Sjølie, 2017). Ledere kan sitte med løsningen for å unngå at ulike innstilling kan oppstå. Å gå frem som et godt eksempel med vekt på å motivere andre, ta gode avgjørelser og promotere gode ideer, er noe som er lederens ansvar. Dette er viktige elementer for å få med seg ansatte for å bedre samarbeidet med hverdagsrehabilitering eller på vei mot hverdagsmestring (Reeves mfl., 2010). En av hjemmetrenere fortalte om noe som kalles hjemmetrenermøter som foregår ca. hver tredje måned, der alle hjemmetrenere og teamledere i hverdagsrehabilitering møtes for å diskutere tjenestestatus, roller, oppgaver og for å snakke med hverandre. Reeves med flere (2010) skriver om viktighet av slike møter for å promotere kommunikasjon innenfor team, spesielt med tanke på at hjemmetrenere jobber turnus som trolig gjør det vanskelig for dem å treffes fast på tavlemøtene. Satsing på bedret kommunikasjon internt i team er trolig noe som også kunne blitt brukt i andre tjenester, for eksempel i hjemmesykepleie.

Engasjement er en nødvendig forutsetning, og et slags lim mellom profesjoner og ansattgrupper for endringsarbeidet, på deres vei mot mer uttalt hverdagsmestring i hjemmesykepleie (Fürst & Høverstad, 2014). Intervjudeltagere forteller om stort engasjement hos hjemmetrenere spesielt. Dette tenker jeg er gunstig mot de hjemmesykepleiesonene der

disse hjemmetrenerne er ansatt. Tanken er trolig at engasjement smitter over på andre ansatte i hjemmesykepleien, for eksempel ved hjelp av gode brukereksempler, samarbeid mellom hjemmetrenerne og andre ansatte i hjemmesykepleiesoner (Fürst & Høverstad, 2014). Lederen for en av hjemmesykepleiesonene forteller om hverdagsmestringstavler og et såkalt suksesshjørne. Som nevnt tidligere i oppgaven er hverdagsmestringstavle et redskap i hjemmesykepleiesoner der fokuset er på mestringstiltak hos alle pasienter som er på tavlen. Og suksesshjørnet viser navn på pasienter som oppnådde mestringsmålene og der oppfølging fra hjemmesykepleien ble avsluttet helt. Fordi at det er så mange pasienter i hjemmesykepleien og det hele tiden er stor pågang, avsluttes de gamle sakene og nye pasienter strømmer inn. Lederen forteller at ved å bruke suksesshjørnet huskes de gode historiene bedre av de ansatte, noe som holder engasjement oppe for å utføre mestringstiltak. I tillegg fortalte også lederen i sonen om et virkemiddel de brukte på vei mot bedre engasjement, nemlig utarbeiding av rutiner og kartleggingsskjemaer. Slike nye rutiner og kartleggingsskjemaer ble delegert til ansatte som var engasjert i den nye aktive arbeidsmåte (hverdagsmestring) og som ville hjelpe i implementering av hverdagsmestring i arbeidshverdagen. Utarbeiding av dokumenter, protokoller og håndbokmanualer av engasjerte (og erfarne) medarbeidere fra starten av et prosjekt anses som et bra virkemiddel for å fremme samarbeid internt i team (San Martin-Rodriguez mfl., 2005).

7.4 Eierskap

Å delta i noe fra starten fremmer følelse av eierskap. Eierskap i denne oppgaven kan relateres til tre parter, først og fremst pasienten der hverdagsmestring og fokus på å jobbe mot egne mål, fremmer eierskap. Både tjenesten hverdagsrehabilitering og hverdagsmestring setter økt pasientdeltakelse i sentrum – det er pasienten det skal dreie seg om (San Martin-Rodriguez mfl., 2005; Tuntland & Ness, 2016). San Martin-Rodriguez med flere (2005) refererer i sin artikkel til klientsentrert arbeid. Klientsentrert arbeid kan trolig sammenlignes med større engasjement for brukere/pasienter i helsetjenester, altså brukervedvirkning (Hartviksen & Sjølie, 2016). Både tjenesten hverdagsrehabilitering og hverdagsmestring skal fremme brukervedvirkning, og det gjøres ved å spørre pasienten, Hva er viktig for deg? – spørsmålet. Dette er noe i seg selv som kan være nok for å sette i gang tankeprosess hos pasienter mot aktiviteter, mål og motivasjon for å mestre disse. På denne måten utløses oppmerksomhet mot egne ressurser og flyttes vekk fra sykdommer og diagnoser som ofte begrenser pasienter i hjemmetjenesten (Hartviksen & Sjølie, 2016; Homelien, 2017). Og når pasienter blir bedre etter hverdagsrehabilitering eller etter aktive tiltak i hjemmesykepleien, kan de få økt tro på

seg selv, noe som overskygger sykdommer og diagnoser og som dermed kan skape større eierskap til egen fysisk tilstand og helse. Å fremme pasientens eierskap ved hjelp av helsepersonellet, retter tankene mot at ansatte i helse- og omsorgstjenester kan (og bør) synliggjøre hvordan økt deltakelse og mestring kan bli mulige for pasienten. (Tuntland & Ness, 2016; Homelien, 2017).

I forrige avsnittet har jeg nevnt at helsepersonell som jobber rundt pasienter kan og bør bygge opp under pasientens motivasjon og mestring for å øke deres eierskap til helse og bedret funksjonsnivå. Dette avhenger trolig av i hvilken grad ansatte i helse- og omsorgstjenester selv har eierskap til helse- og aktivitetsfremmende arbeid. En av intervjudeltagere forteller om for lite eierskap blant hjemmesykepleierne. Målet var økt eierskap ved hjelp av undervisningsdager, internopplæring og samarbeid gjennom sonemøter. Dette ved hjelp av noen opplærings- og undervisningsdager, som hverdagsrehabiliteringsansatte hadde ansvar for, noe som trolig er for lite til å øke eierskapet til hverdagsmestring blant ansatte i hjemmesykepleien. Slikt arbeid må fortsette for å opprettholde og øke dette eierskapet.

Lauvås & Lauvås (2004) skriver om lojalitet blant teammedlemmer. Forfatterne skriver at det er viktig at lojalitet, eller eierskap blir investert i team og ikke andre nivåer i organisasjonen, på denne måten blir medlemmene forpliktet til teamet (Lauvås & Lauvås, 2004: 226). Hva hvis tjenesten hjemmesykepleie føler mer lojalitet til sine vante teammedlemmer, altså kollegaene i deres hjemmesykepleiesoner, og mindre forpliktet til nylig etablerte samarbeidspartneren, tjenesten hverdagsrehabilitering? Andre intervjudeltagere forteller også om forskjell i hvordan sonemøtene bidrar til eierskap. – Det er store forskjeller ved møtene og møtene er fremdeles ikke så veldig gode, f.eks. er det for mange deltakere. San Martin-Rodriguez med flere (2005) skriver at utdanning og fellesmøter er viktige virkemidler for å bedre samarbeidet og trolig også eierskap til hverdagsmestring og arbeid med aktive mestringstiltak, sammen med pasientene.

Hvis eierskap hos pasientene avhenger av at ansatte bygger opp under pasientens eierskap, mens de i realitet ikke har eierskap til hverdagsmestring selv, hvem har da ansvar for å bygge opp under ansattes eierskap? Døving med flere (2016: 280) skriver om ledermotivasjon og lederens beslutning om å gå inn i lederrollen, samt opplæring og ansvar som påvirker innsats for å være og fortsette som leder. Samme forfattere skriver videre om individuelle forskjeller i ledermotivasjon. Dette kan stemme med empirien fra intervjuene der deltakere forteller at de samarbeider forskjellig med forskjellige soner. På sonemøtene mellom hverdagsrehabilitering og hjemmesykepleie, deltar både ansatte og ledere. Lederens motivasjon er viktig og sett i

tilknytning til forskjellige erfaringer som gjøres med forskjellige soner i forskningskommunen, tyder predikasjonsteori, at motivasjonen er et resultat av forventninger om å oppnå det en ønsker på jobben (Døving mfl., 2016), og at noen ledere i forskningskommunen har lavere motivasjon og opplever mindre eierskap enn andre, trolig grunnet usikkerhet knyttet til å innføre hverdagsmestring i egen sone.

7.5 Ressurser

Knapphet på ressurser er utbredt i helse og omsorgssektoren. Alle virksomheter har trolig knapphet på ressurser, om ikke på alt, så i hvert fall på noe. Suksess ligger i å flytte tilgjengelige ressurser og tilpasse eksisterende ressurser til tjenestens oppgave eller mål (Lauvås & Lauvås, 2004; Døving mfl., 2016.). Samme forfattere skriver videre at best mulig måloppnåelse skjer ved at lederen har vilje og evne til å anvende og utvikle de ressursene en har, på kort og lang sikt (Døving mfl., 2016: 101-102). Implementering av hverdagsmestring er et godt eksempel på det. De færreste hjemmesykepleiesoner fikk tilførsel av ressurser i form av nye stillinger, for å jobbe med hverdagsmestring. Ledere påa enten noen, eller alle ansatte til å jobbe med aktive mestringstiltak. Ansatte ble flyttet på, det ble lagt tid i å opplæring og kursing av ansatte gjennom samarbeidspartnere i kommunen (tjenesten hverdagsrehabilitering), noen ansatte har også utarbeidet nye rutiner og skjemaer selv for å jobbe mer effektivt (San Martin-Rodriguez mfl., 2005). På kort sikt er hverdagsmestring trolig en stor, ressurskrevende og omfattende omlegging, som på lang sikt kan trolig være lønnsomt både for de ansatte og for brukere av kommunale tjenester.

Å jobbe etter hva er viktig for deg? – spørsmålet tar sikte på å finne og ta i bruk pasientens ressurser og bygge opp under dem. Dette er det motsatte av arbeidsmetoden som har det kompensierende; hva kan jeg hjelpe deg med? – fokuset (Tuntland og Ness, 2016).

Regjeringen har som mål å gjøre samfunnet mer aldersvennlig, og bruke bedre de ressursene eldre har for å delta og bidra ved å blant annet tilrettelegge bedre for aktivitet og deltakelse. Tilrettelegging av samfunnet for aktiv aldring vil bidra til mestring, livskvalitet og muligheter (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016).

Eldre med funksjonssvikt har sjelden mistet alle sine ressurser og ferdigheter (Tuntland og Ness, 2016: 24), men et funksjonsfall gjør, for mange eldre, veien fra å være fysisk uavhengig til å bli hjelpetrengende, forholdsvis kort. Derfor er det viktig å finne ressursene, interessene og de viktige motivasjonsmomentene og stimulere dem. Motivasjonsmomenter kan være mange, for noen eldre er det viktig å sette seg i sin bil og kjøre for å besøke barnebarn, for

andre er det viktig å ta på seg sokker, sko og gå ned trappene for å hente avisen. Mye bra og sunn livskvalitet kan vokse ut av forholdsvis lite pasientressurser, men det krever mye innsats.

Ta tak i pasientens ressurser, uansett type, er et viktig element i arbeidet med hverdagsmestring. Utfordringen er ofte å lete, finne og få pasientene til å bruke egne ressurser. Når det er gjort, begynner prosessen med å motivere pasienten til å utføre tiltak selvstendig. I denne prosessen kommer ansattes ressurser til synet, hvor dyktige vi er som arbeidere i helse- og omsorgstjenesten til å støtte og motivere til at pasientene oppnår sine mål. Det kan være fristende å gjøre ting for, heller enn å gjøre sammen med, fordi det tar mindre tid og kan kanskje til og med oppleves som mindre slitsomt. Et interessant sitat illustrerer en stor utfordring knyttet til holdningen til arbeidet med aktive tiltak og hvordan hverdagsmestring må prioriteres for å nå dette (D-1):

«[...] ikke mitt problem at du bruker tre timer på å gjøre selv, jeg skal bruke kvarter.»

Å ta tak i ansattes ressurser for å bygge opp under pasientens ressurser løses når ansatte opplever glede i å lykkes med arbeidsoppgavene på jobben (Arntzen, 2016). Den første gangen pasienten klarer å ta på seg støttestrømpene selv etter trening på det, kan være et slikt øyeblikk. Eller når pasienter blir tryggere i trappene på vei opp og ned fra postkassen med ferske aviser. Slike små seire vil glede pasienten og de ansatte som gjorde det mulig for pasienten. Glede i å lykkes på jobb er avhengig (og ikke begrenset til) av helsearbeidernes kunnskap, kompetanse og tidligere erfaringer (Arntzen, 2016). Forutsigbarhet og trygghet i egen rolle og arbeidssituasjon er forutsetninger for arbeidsglede. Ut ifra intervjuene forstod jeg at ansatte som deler sin stilling mellom hverdagsrehabilitering og i hjemmesykepleie, er sikre på sine oppgaver, føler trygghet og er veldig komfortable med å jobbe med aktive mestringstiltak sammen med pasientene. Samtidig sier både de og andre intervjudeltagere at aktive mestringstiltak har en vei å gå i kommunen slik at «alle» gjør det. Å øke ansattes ressurser gjennom faglige løft, ved hjelp av opplæring, utdanning eller samarbeid med andre ansatte som er dyktige til å utføre aktive mestringstiltak og trygge i sin rolle, kan være veien å gå. Arntzen (2016: 46) refererer til Nils Arne Eggen (1999) og det han skriver om hvordan arbeidsmotivasjonen skapes, nemlig gjennom å løse oppgaver i fellesskap. Dette fordi løsningen oppleves som fremgang og bygger dermed opp under den kollektive motivasjonen. Det er også de ansattes ansvar å finne måter å skape egne ressurser, det er ikke bare begrenset til å være lederens ansvar. Møter internt i hverdagsrehabilitering og eksternt med hjemmesykepleie i forskningskommune skal i teorien tjene et slikt formål.

Tjenestene hverdagsrehabilitering og hjemmesykepleie er to ulike tjenester, med ulike utgangspunkter, men som kan komplementere hverandre og de som arbeider i dem, kan bli gode samarbeidspartnere. Begge tjenestene kan tjene noe på å hjelpe hverandre. Med andre ord, deres samarbeid kan sees på som en ressurs. Denne ressursen kan være i form av at ulike faggrupper og deres kompetanse kombineres og utfyller hverandre. Dette kan bedre kvaliteten i tjenestene. Tuntland og Ness (2016: 120) viser til en studie der kommuner med fagpersoner med høyere utdanning (ergoterapeuter, fysioterapeuter, spesialsykepleiere og sosionomer) har gunstig effekt på kostnader, produksjon og kvalitet i helsetjenesten. Dette kan skyldes at sykdomstegn blir identifisert tidlig og behandlingen kan dermed starte tidligere. Dette vil da avlaste helsesektoren. I tillegg nevnes det også at fagprofesjoner i større grad kan stille krav til pasientene og gi opplæring. Dette krever mer oppfølging til å begynne med, men lavere pleiebehov på lengre sikt (Tuntland & Ness, 2016). Kompetanse i hverdagsrehabilitering kan hjelpe hjemmesykepleien å identifisere riktige pasienter med nylig funksjonssvikt og satse på rehabilitering tidlig for å forebygge langvarig forløp. Dette vil frigjøre ressurser i hjemmesykepleien som kan brukes på pasienter som har lav restkapasitet og som trenger økt fokus på pleie, omsorg og medisinsk behandling (Tuntland & Ness, 2016). På sikt vil slikt samarbeid bli en ressurs, hjemmetjenesten vil bli selvstendig i vurderinger og kan skille pasienter som har behov for hverdagsrehabilitering, fra pasienter som trenger aktive eller kompenserende tiltak (Birkeland, 2014; Tuntland & Ness, 2016).

I analysekapittelet har jeg skrevet om ulike holdninger til implementering av hverdagsmestring blant intervjudeltagere med lederansvar. Lederen for en av hjemmesykepleiesonene fortalte om ressursutfordringer for å frigjøre flere ansatte til å jobbe mot hverdagsmestring. Prosjektkoordinator for hverdagsrehabilitering fortalte om hjemmetrenere og deres todelte fordeling mellom arbeid i hverdagsrehabilitering og hjemmesykepleie. Sistnevnte understreket at det ville være meget gunstig for tjenesten om hjemmetrenere kunne jobbe hundre prosent i hverdagsrehabilitering. Samtidig fortalte prosjektkoordinator om «gevinsten i den andre enden» ved å gjøre ting slik det blir gjort nå, uansett kostnader. Siste delen av dette kapittelet vil jeg vie til ressurser i form av felles mål.

Arbeid mot hverdagsmestring er ikke bestemt av et menneske, en leder eller forbeholdt en enkel tjeneste. I forskningskommunen ble det bestemt av kommuneledelsen at det skulle gjennomføres en felles satsing og at det skulle være et felles mål å jobbe mot implementering av hverdagsmestring i hele kommunen. Bolman og Deal (2012: 92-93) skriver om strategiske målsetninger, at der er lederens oppgave å fastlegge langsiktige mål, sette inn nødvendige

tiltak og ressurser som skal til for å nå målene. Med dette i bakhodet er det opp til alle ledere i kommunen som jobber med hverdagsmestring å tenke at dette målet har blitt gitt fra øverste hold og er en felles kommunal satsing som det må settes både tid og ressurser til. Felles mål kan på denne måten både være en ressurs og en hindring. Underveis i intervjuene fikk jeg innsikt i at satsing på hverdagsmestring er opp til hver enkelt leder i hjemmetjenesten, og det samme gjelder for bruk av ressurser i implementering av hverdagsmestring. Samtidig understreker intervjudeltageren (D-3) at felles målet, satsing på hverdagsmestring, ble vedtatt i hele kommunen og ved ressursutfordringer må det fattes beslutninger på høyest mulig nivå i kommunen.

7.6 Kommunikasjon og dialog

I analysekapittelet refererte jeg til at kommunikasjon er en kontinuerlig prosess med fokus på innhenting og utveksling av informasjon mellom enkelte personer eller tjenester.

Kommunikasjonsprosessen kan foregå både internt og eksternt, og kan også knyttes til alle prosesser som foregår i organisasjonen (Jacobsen & Thorsvik, 2018: 280). Dialog som en kommunikasjonsform er en samhandling mellom mennesker, eventuelt tjenester, der parter er likeverdige og kan utveksle informasjon fritt seg imellom, uten at den ene parten har overtak over den andre (Willumsen & Ødegård, 2016). Dette er horisontal kommunikasjon. Når det gjelder kommunikasjon mellom tjenestene hverdagsrehabilitering og hjemmesykepleie foregår det på flere måter, enten via tradisjonelle metoder og bruk av elektroniske hjelpemidler i form av mobiltelefon, Geric (journalprogram) på datamaskin eller den nokså gammeldagse metoden – beskjeder skrevet for hånd og lagt i en mappe på felleskontoret.

I tillegg finnes det felles møter. Koordinatorer i hverdagsrehabilitering gjennomfører to tavlemøter ukentlig for å oppdatere, fordele og følge opp de ansatte som er på jobb den dagen. Den andre type felles møter er sonemøter. De foregår mellom hverdagsrehabilitering og ulike hjemmesykepleiesoner gjennomføres en gang hver fjortende dag per sone. Hovedmålet er samarbeid gjennom dialog og diskusjon av pasienter som har begge tjenester.

Hjemmesykepleie kan også melde inn nye pasienter. I tillegg tas det opp spørsmål og innspill rundt hverdagsmestring og eventuelle spørsmål knyttet til hverdagsrehabiliteringsforløp. Også ledermøtene har en koordinerende funksjon.

Utfordringer som de fleste intervjudeltagere nevner, knyttet til hverdagsrehabilitering og kommunikasjon internt, er turnusfordeling og logistikkarbeid knyttet til det. Som tidligere nevnt jobber alle hjemmetrenere ca. mellom to og tre dager i hverdagsrehabilitering, resten i egen sone. Alle hjemmetrenere har primærrolleansvar som jeg har så vidt beskrevet tidligere.

Primærrolle er en fast del av kjerneteamet i hverdagsrehabilitering der en person, med hjemmetrener bakgrunn (sykepleier eller helsefagarbeider) har delt ansvar med andre (ergo- og fysioterapeut i kjerneteam) om faste pasienter i hele forløpsperioden. Primærkontakten er ansatt som trolig ser mest til pasienten. Intervjudeltagere refererer til utfordringene når pasientene tas opp til diskusjon på tavlemøter i hverdagsrehabilitering og primærkontakten ikke er tilstede fordi vedkommende er på jobb i hjemmesykepleiesonen. Dette utfordrer kommunikasjonen og det kan i tillegg være utfordrende å få tak i primærkontakten der og da. Ut fra intervjuene er alle deltagere klare over de utfordringene som kommer med turnusarbeid, og det ble også sagt at det jobbes med en løsning. Førland og Skumsnes (2016) bekrefter også utfordringer knyttet til kommunikasjon (informasjonsflyt) og samarbeid i hverdagsrehabiliteringsteam grunnet ulike arbeidstider i deres kunnskapsoppsummering. Langeland med flere (2016) skriver også om at hverdagsrehabiliteringsteam med fagpersoner i deltidstillinger ikke har samme mulighet til rask igangsetting av rehabilitering kontra team med heltidstillinger. Også Reeves med flere (2010) viser til utfordringer knyttet til kommunikasjon og koordinasjon på vei mot mer effektivt tverrfaglig samarbeid. Flere intervjudeltagere sier at det noen ganger blir brukt for mye tid på koordinering av logistikkutfordringer, og for lite tid til utvikling av fag og faglige diskusjoner. San Martin-Rodriguez med flere (2005) skriver om at mangel på både faste tider og steder for møter er faktorer som kan utfordre samarbeid. Faste møteplasser i hverdagsrehabilitering blir også trukket fram av intervjudeltagere som et viktig element i bedre samarbeid internt i hverdagsrehabilitering. Felleskontor der ansatte sitter og har mulighet til å snakke sammen, diskutere og legge planer for pasientforløp, blir bekreftet som viktige samarbeidsarenaer av intervjudeltagere. En av intervjudeltagerne fortalte om viktigheten av å sitte sammen med andre og diskutere, en faktor som kunne øke inkludering i teamet. Terskelen for samarbeid blir lavere og en av deltagere beskriver muligheten til å henge seg på sammen med andre teamkollegaer på et hjemmebesøk, hvis en føler seg usikker. Å ha tid og sted for å danne mer dialog vil også bedre andre samarbeidsforutsetninger slik som gjensidig respekt og tillit (San Martin-Rodriguez mfl., 2005).

Mesteparten av kommunikasjonen mellom tjenestene hjemmesykepleie og hverdagsmestring foregår gjennom sonemøter. Hver fjortende dag er det møte i en av hjemmesykepleiesoner. I tillegg står hjemmetrenere for mye av informasjonsflyten mellom tjenestene da de er ansatte i begge tjenester. Som tidligere nevnt opplever flere av intervjudeltagerne utfordringer med at hjemmetrenere er ansatte begge steder, og hjemmetrenere forteller også om at de får økt

ansvar knyttet til kommunikasjon når de jobber to steder. Samtidig sier også flere av intervjudeltagerne at, tross utfordringer knyttet til at hjemmetrenere jobber to steder, er det større gevinster med slik organisering.

Å få til sonemøter hver fjortende dag, nevnes av intervjudeltagere som en vei å gå. Min observasjon er at det er enighet om de organisatoriske utfordringene, både i hverdagsrehabilitering og i hjemmesykepleie samt at sonestørrelse kan virke overveldende for at noen ansatte tar ordet, for eksempel gi beskjeder etter pasientbesøk eller ta opp problemstillinger. Det blir mindre grad av åpen kommunikasjon (Reeves mfl., 2010). Uten tvil vil det påvirke kommunikasjonen mellom tjeneste da målet med slike møter er å ha korte kommunikasjonslinjer mellom samarbeidspartnere. Det er også en observasjon at det er forskjellige grad av dialog i de forskjellige sonemøtene, det er bedre dialog i noen soner enn i de andre. Over pekte jeg på at personlige holdninger i tjenestene kan utgjøre en trussel mot dialog og samarbeidet mellom tjenestene. Mindre eller dårlig dialog mellom tjenestene kan føre til dårligere integrering av hverdagsmestring i kommunen, oppløsning av felles identitet og delt ansvar (Reeves mfl., 2010).

Et konkret kommunikasjonsmiddel blir nevnt av en leder av hjemmesykepleiesone, LMP (lifecare mobil pleie). LMP er mobiltelefon med installert programvare for planlegging, rapportering og oppfølging av pasientbesøk (Braathen, 2020). Det er noe alle i hjemmesykepleien bruker i forskningskommunen. Lederen i hjemmesykepleie uttrykker et ønske om at alle i hverdagsrehabilitering også skal bruke det, for å få «*bredere oversikt*» (sitatdel fra intervjudeltager, D-6). Denne intervjudeltager ønsker bruk av LMP for bedret dialog i forhold til pasienter som er felles for tjenestene. Hvis bruk av LMP kan hjelpe til bedre dialog, og dermed bedret samarbeid, og kan hjelpe hjemmesykepleien på vei mot mer effektiv implementering av hverdagsmestring, bør dette innføres for alle. Hvis bruk av velferdsteknologi skaper broer mellom personer og omgivelsene (Tuntland og Ness, 2016), kan det trolig bidra til enda bedre kommunikasjon mellom tjenester. Samtidig kan noen anse LMP som et virkemiddel for økt kontroll. Dette har bakgrunn i at hverdagsrehabiliteringsteam i forskningskommunen ikke har arbeidslister, mens ansatte i hjemmesykepleien har det. LMP gir innsikt i hvor lang tid en ansatt bruker på hvert pasientbesøk. Kanskje noen kan tenke at LMP kan være en slags pressmiddel for tidseffektivisering (Frennert, 2018)?

8. Avslutning

I denne masteroppgaven har jeg jobbet med å se på to samarbeidende tjenester, hverdagsrehabilitering og hjemmesykepleie. Problemstillingen for oppgaven er:

Hvilke utfordringer kan observeres i samarbeidet mellom hverdagsrehabiliteringsteam og hjemmesykepleie i en norsk kommune. Hvilke suksessfaktorer fremmer samarbeidet?

I tillegg til arbeidet rundt problemstillingen har jeg også lagt vekt på å analysere og diskutere implementering av hverdagsmestring. På mange måter henger hverdagsmestring sammen med samarbeidet mellom hverdagsrehabilitering og hjemmetjenesten. Dette grunnet store endringer i helse- og omsorgssektoren i de fleste norske kommuner, nemlig overgang til hverdagsmestring i hjemmetjenesten, eller paradigmeskiftet. Jeg endte opp på seks forskjellige temaer i min analyse som senere i oppgaven også ble drøftet, paradigmeskiftet er det første tema. De andre temaene er organisering av hverdagsrehabilitering og hjemmesykepleie, ressurser, samarbeid, eierskap, kommunikasjon og dialog. For å komme frem til disse temaene har jeg gjennomført seks semistrukturerte intervjuer med forskjellige deltagere. Alle deltagere bortsett fra en, jobber i hverdagsrehabilitering, noen er hjemmetrenere (helsefagarbeider og sykepleier), en fysioterapeut og to koordinatører. I tillegg valgte jeg også å ha en leder for en av sonene i hjemmesykepleie, både for å representere begge tjenestene og for å få dypere innblikk i forskjellige samarbeidsfremmere og –hemmere. Mine resultater, funn blir omtalt i denne delen av oppgaven, der jeg går over alle seks hovedtemaer og presenterer funn hver for seg.

8.1 Paradigmeskiftet

Paradigmeskiftet, altså overgang fra passiviserende tankesett der helsearbeidere tidligere har spurt hva de kan hjelpe pasientene med, erstattes nå med spørsmål om hva som er viktig for pasienten å mestre i det daglige. Slikt spørsmål fremmer aktiv deltagelse hos pasienten og er ifølge deltagere, noe forskningskommune har kommet langt i. Overgangen er høyt forankret i kommunal ledelse og det er en fellessatsing på hverdagsmestring i kommunen.

Når hverdagsrehabilitering har vært under prosjektfase i 2014, ble det satset på både opplæring og kursing av ansatte opp mot hverdagsrehabilitering og hverdagsmestring. Dette ble nevnt som både noe positivt og nødvendig på vei mot større grad av praksis av tankesettet om hverdagsmestring i kommunen. Virkemidler som ble tatt i bruk var opplæringsdager og kurs. I tillegg ble det sagt at det i større grad også satses på hverdagsmestring i utdanning

innenfor helseyrkene nå enn tidligere. Flere av intervjudeltagere understreker at utdanning, opplæring og kursing av ansatte i hjemmesykepleie fremdeles er viktig å satse på for å vedlikeholde overgang til hverdagsmestring.

Spørsmål om økonomi på vei mot hverdagsmestring ble også tatt opp. Mine funn viser til at lederen fra hjemmesykepleie ønsker økte budsjetter for å frigjøre flere ansatte til å jobbe opp mot hverdagsmestring. Prosjektkoordinator i hverdagsrehabilitering forteller at en må jobbe annerledes med allerede eksisterende ressurser i kommunen. Mine funn viser dermed at det er forskjell i tenkning knyttet opp mot ressursbruk og hvordan ressurser prioriteres av ulike ledere i kommunen. Overgang til økt aktivisering av pasienter vil på sikt gi både sprekere pasienter og trolig oppsparte midler per pasient, men forståelse for at dette vil ta tid, er viktig ved paradigmeskiftet.

8.2 Organisasjon, hverdagsrehabilitering og hjemmesykepleie.

Ansatte i hverdagsrehabilitering jobber 50/50, det vil si 50 prosent i hverdagsrehabilitering og resten i sin hjemmesykepleiesone. Mine funn tyder på at hjemmetrenere synes det er utfordrende å jobbe på to fysisk atskilte steder. Grunnet turnusordninger kan det gå flere dager før hjemmetrenere er på jobb i samme tjeneste, noe som skaper samhandlings- og kommunikasjonsproblemer da hjemmetrenere har kommunikasjonsansvar for hjemmesykepleiesoner. Kontinuitet knyttet til pasientforløp, lider også som følge av turnusarbeid. Hjemmetrenere er ment å følge opp pasienter oftere enn det som blir fysisk mulig da de er deltidsansatt i hver av tjenestene.

Et annet funn som fremmer samarbeidet internt i hverdagsrehabilitering er tavlemøter som koordinatorene har ansvaret for. Dialog på møter foregår horisontalt og alle kan komme med innspill som blir drøftet i fellesskap.

Økonomi og organisering av tjenesten er også en utfordring, knyttet til ledernes forskjell i syn på hva som er viktig å satse på - flere ansatte i hjemmesykepleie eller effektiv organisering av tjeneste uansett pris? Funn fra min forskning viser igjen til forskjellig individuelt syn på hva satsingsområde er i kommunen, er det satsing på hverdagsmestring eller tidseffektiv pleie av pasienter?

Ansatte i hverdagsrehabilitering er ikke fornøyde på grunn av mangel på dialog og oppdateringer knyttet til ledermøter. Leder møter arrangeres ca. hver tredje måned og ledere fra både hjemmetjenesten og hverdagsrehabilitering deltar. Slike møter omhandler forankring av hverdagsmestring i kommunen.

8.3 Samarbeid

Det er flere faktorer som utgjør vellykket samarbeid. Blant dem er definisjon og arbeid mot felles mål, engasjement, gjensidig avhengighet, respekt og gjensidig tillit, i tillegg til åpen kommunikasjon, samt fysisk tilgjengelighet i form av faste møteplasser. Mine funn viser til faktorer som hemmer samarbeidet mellom tjenestene, samarbeidet i kommunen er personavhengig. Empirien viser at i noen hjemmesykepleiesoner fungerer samarbeidet med hverdagsrehabilitering svært bra, men at det ikke fungerer like bra i andre soner.

Hverdagsrehabilitering som gjennomfører møter med hjemmesykepleie hver fjortende dag, forteller om et stort antall mennesker på møter i noen soner, som gjør at det kan være vanskelig for enkelte møtedeltagere å ta ordet. I tillegg til et stort antall møtedeltagere, kan også turnusordning gjøre at noen ikke deltar i det hele tatt på disse møtene. Disse utfordringene er identifisert i tjenesten og det jobbes med for økt deltagelse.

Et interessant funn for å styrke samarbeidet internt i hverdagsrehabilitering er hjemmetrenermøter som blir arrangert ca. hver tredje måned, der både teamledere og hjemmetrenere deltar for å rapportere status i tjenesten. Roller, oppgaver og samhandling i teamet blir diskutert ved disse møtene.

Hjemmetrenere har stort engasjement, noe som vil fremme samarbeidet med de hjemmesykepleiesoner de er ansatt i. Engasjerte medarbeidere kan også fremme samarbeidet om hverdagsmestring i hjemmesykepleien. Lederen i en av hjemmesykepleiesonene fortalte om et redskap som øker engasjement blant ansatte i denne hjemmesykepleiesonen. Dette er utarbeiding av nye rutiner og kartleggingsskjemaer brukt i forbindelse med implementering av hverdagsmestring. I tillegg bruker også hjemmesykepleien et redskap for å øke oppmerksomhet mot bruk av aktive tiltak mot pasienter, hverdagsmestringstavle med et suksesshjørne. Suksesshjørnet fungerer som en påminnelse for de gode pasienthistoriene, der pasientene ble avsluttet etter at de oppnådde sine mestringsmål, ved hjelp av ansatte i hjemmesykepleie. Slike tavler bedrer samarbeidet mellom tjenestene da satsing på hverdagsmestring i kommunen er felles mål for begge tjenester.

8.4 Eierskap

Eierskap i denne masteroppgaven er ikke forbeholdt kun en part, men tre forskjellige. Den første parten er pasientens eierskap, deretter eierskap blant de ansatte og til slutt, lederens eierskap. Pasientens eierskap styrkes ved å utløse oppmerksomhet mot deres egne ressurser og vekk fra diagnoser, funksjonsnedsettelse og sykdommer. Dette gjøres ved å sette pasienten i

sentrum og stille spørsmålet ved hva som er viktig for pasienten å mestre, som også øker brukermedvirkning. Det er viktig på vei mot vellykket implementering av hverdagsmestring.

For å oppnå større grad av eierskap blant hjemmesykepleiens ansatte, var det satset på undervisningsdager, interntopplæring og samarbeid på sonemøter – men funnene tilsier at det ikke er nok og at det må fortsette og satses på. Et funn tyder på at det også er ulikt hvordan sonemøtene bidrar til økt eierskap blant hjemmesykepleieansatte, da det er store forskjeller når det gjelder deltagelse og samarbeid på disse møtene.

Jeg har også sett på lederens eierskap til hverdagsrehabilitering og hverdagsmestring.

Observasjoner fra intervjuene tyder på at det er ulikt samarbeid med ulike hjemmesykepleiesoner, der også ledere deltar. Ulik samarbeid forteller om lavere personlig eierskap, trolig grunnet usikkerhet knyttet til implementering av hverdagsmestring i egen sone.

8.5 Ressurser

Ressurser ble knyttet til både økonomi, pasientens og de ansattes ressurser, i tillegg til at tjenester kan være ressurser for hverandre. På slutten har jeg skrevet om felles mål, også som en del av ressursperspektivet.

Det er nokså tvilsomt at ledere i hjemmesykepleiesonene fikk tilført mer penger eller personale ved overgang til hverdagsmestring. Dette fikk jeg hverken bekreftet eller avkreftet i min empiri. Men mine funn bekrefter at noen ansatte ble flyttet på for å jobbe mer med oppgaver knyttet til hverdagsmestring. I tillegg fikk engasjerte ansatte ansvar for å utarbeide nye rutiner og skjemaer for å jobbe mer effektivt med hverdagsmestring.

Pasientens ressurser bygges aktivt opp ved hverdagsmestring og dette er ansvaret til ansatte både i hverdagsrehabilitering og i hjemmesykepleie. Eldre som mottar kommunale tjenester mister sjelden alle sine ressurser. Å hjelpe pasienter og finne motivasjon krever aktiv innsats både fra pasienten sin side og fra ansatte i helse- og omsorgssektoren. Funn i intervjuene antyder at det fremdeles er mange ansatte i hjemmesykepleien som gjør ting for pasientene, heller enn sammen med dem. Ansatte som jobber i hverdagsrehabilitering finner mye glede og er komfortable med sine oppgaver og bygger opp under pasientens ressurser ved å gjennomføre aktive mestringstiltak sammen med dem.

Jeg skriver også at hjemmesykepleie og hverdagsrehabilitering kan komplementere hverandre – samarbeid mellom tjenestene kan sees på som en ressurs. Aktivt samarbeid mellom tjenester vil på sikt gi hjemmetjenesten kunnskap til å ta vurderinger selv, og se hvilke pasienter som

har nytte av et forløp med hverdagsrehabilitering, og hvem som har behov for enten aktive eller kompensierende tiltak. Hverdagsrehabilitering lærer da hjemmesykepleie opp til å identifisere pasienter som har behov for rehabilitering, på denne måten kan potensielt langvarige forløp unngås.

Overgang til hverdagsmestring i forskningskommunen ble bestemt av kommuneledelsen. Denne satsingen kan beskrives som felles mål for hele kommunen og er ikke begrenset til kun en tjeneste. Funn fra min forskning viser at det er opp til hver enkel leder hvordan ressurser brukes opp mot hverdagsmestring. Eventuelle utfordringer knyttet til ressurser til hverdagsmestring må tas høyere opp, eventuelt med kommunalledelse.

8.6 Kommunikasjon og dialog

I tillegg til tradisjonelle måter å kommunisere på, enten gjennom mobiltelefon, datamaskin eller skriftlige beskjeder, finnes det flere forskjellige typer fellesmøter som jeg har diskutert i kapittelet over: tavlemøter i hverdagsrehabilitering, sonemøter for samhandling med hjemmesykepleie og ledermøter med koordinerende funksjon.

Funn knyttet til utfordringer i kommunikasjonen internt i hverdagsrehabilitering er turnusordningen som ofte går på bekostning av teamarbeid og pasientforløp. Disse utfordringene dukker opp på tavlemøtene og er knyttet til at hjemmetrenere ikke er på jobb den aktuelle dagen. Dette er kjent for de fleste intervjudeltagerne og er noe som jobbes med. Et annet funn er at det brukes mye tid på koordinering og ikke til fagutvikling og faglige diskusjoner. Funn som styrker samarbeidet internt er felleskontorer og muligheter til å snakke sammen, noe som senker terskelen for samarbeid.

Hovedfunn knyttet til kommunikasjon ved sonemøter mellom tjenester, er at hjemmetrenere har mer ansvar når det gjelder kommunikasjon da de er ansatt i begge tjenester. Tross utfordringer med å jobbe to steder er intervjudeltagere positivt innstilte til slik organisering.

Andre observasjoner knyttet til sonemøter er enighet om de organisatoriske utfordringer, at det er vanskelig for noen ansatte i hjemmesykepleiesoner å ta ordet. I tillegg utgjør personlige holdninger en trussel mot dialog og samarbeid mellom tjenestene. En av intervjudeltagere, leder for en av hjemmesykepleiesoner ønsker at alle i hverdagsrehabilitering bruker mobiltelefoner med installert LMP app (lifecare mobil pleie) for større oversikt over hvor ansatte i hverdagsrehabilitering er.

8.7 Svakheter ved denne studien

I dette delkapitlet vil jeg utdype ting jeg kunne gjort annerledes – altså ting jeg ikke så for meg til å begynne med.

Utvelgelse av informanter kan være en svakhet. Jeg brukte prosjektkoordinator og stolte på vedkommendes dømmekraft knyttet til utvelgelse av egnede kandidater for intervjuene.

Potensiell utfordring kan være at jeg ikke får noe innblikk i hvordan intervjusubjekter ble valgt ut og dermed mister noe kontroll (Andrews & Vassenden, 2007) over utvelgelsen.

Transkribering som ble utført av meg. Hovedsakelig har jeg skrevet ordrett, noe jeg i etterkant tenker kan være uheldig og kan muligens svekke gyldigheten av data. Hvorfor? Jo, fordi mye av bakgrunnsforståelsen av data ligger i emosjoner som ikke nødvendigvis ligger til grunn for selve utsagnet (Malterud, 2017), eller som Nilssen (2012) skriver, ikke-verbal kommunikasjon kommer ikke med på lydopptaket. Det kan dreie seg om lange eller korte pauser intervjudeltager foretar, tonefall, gestikulering, blikkontakt og mimikk. Omgjøring av handlinger og kommunikasjon til tekst, slik jeg gjorde kan trolig føre til at mye av den ikke-verbale kommunikasjonen blir borte (Nilssen, 2012). Å lytte til slik ikke-verbal kommunikasjon og få den med i transkripsjonsprosessen, kan gi enda større innsikt i rådata (Kvale, 1999; Malterud, 2017). Samtidig har jeg skrevet ned noen av mine observasjoner som kan fortsatt gi god innsikt i data.

Spørsmålet som jeg har stilt flere ganger er om jeg har vært nøytral nok som forsker? Klarer jeg å se, prosessere og trekke verdifulle konklusjoner fra datamaterialet? Er den nødvendige forskningsobjektivitet ivaretatt eller har jeg med min refleksivitet og subjektivitet påvirket oppgavens resultater i en bestemt retning (Nilssen, 2012)? Jeg mener at fordi jeg har arbeidet med min forforståelse ved å lese tidligere forskning og teori har jeg oppretthold krav som stilles til objektivitet og nøytralitet.

8.8 Konklusjon

Min studie svarer på mange måter på samarbeidsutfordringer mellom hverdagsrehabilitering og hjemmesykepleie og viser til faktorer som fremmer slikt samarbeid. Jeg har valgt å se på samarbeidet innen hver av tjenestene og i tillegg til å se på samarbeidet mellom tjenestene når det gjelder implementering av hverdagsmestring. Selv om min oppgave viser til både faktorer som fremmer og hemmer samarbeid, kan ikke studien min regnes som noe fasit på hvordan samarbeidet mellom hverdagsrehabilitering og hjemmesykepleie kan foregå. Det er mange kommuner i Norge og dermed også mange ulike måter for å utvikle samarbeid mellom

tjenestene. Mine funn er bare gyldige i en kommune. Men fordi jeg har diskutert mine funn mot tidligere forskning og teori håper jeg at oppgaven gir svar som mange kan identifisere med praksis i egne kommuner.

8.9 Forslag til videre forskning

Det er gjennomført veldig mye forskning både i Norge og internasjonalt på samarbeid og tverrfaglig samarbeid. Det er identifisert mange ulike faktorer som både hemmer og fremmer samarbeidet i store organisasjoner – jeg påstår at hjemmesykepleie er en del av stor organisasjon, kommunale helse. Hverdagsrehabilitering er en forholdsvis ny tjeneste i Norge som samarbeider med hjemmetjenesten på vei mot hverdagsmestring. Derfor tenker jeg det er interessant å forske på dette samarbeidet.

Når det gjelder samarbeid mellom hjemmesykepleie og andre kommunale tjenester er det forholdsvis begrenset med forskning jeg klarte å finne. Hverdagsrehabilitering finnes i mange norske kommuner og i veldig mange norske kommuner er både hjemmetjenesten og hverdagsrehabilitering nødt til å samarbeide. Det er et interessant forskningsfelt, spesielt er det interessant å forske på kommuner og deres valg av modeller som gir best mulig integrering av hverdagsmestring i hjemmesykepleien. I tillegg ville det vært interessant å forske på forskjellige kommuner med tanke på demografi og geografi, knyttet til organisasjonsmodellene i hverdagsrehabilitering og samarbeidet med hjemmesykepleie.

De fleste av hovedtemaene jeg tar opp i min oppgave er forsket tidligere på. Fremdeles er det behov for mer empirisk forskning knyttet til hvordan eierskapet blant ansatte og ledere som jobber i hjemmesykepleie og som samarbeider med hverdagsmestring, kan økes. Et annet interessant felt er hvordan det skapes god flyt i et pasientforløp når alle hjemmetrenerne arbeider deltid.

9 Referanseliste

Abbott, A. (1988). *The System of Professions. An Essay on the Division of Expert Labor*. University of Chicago Press.

Andrews, T. & Vassenden, A. (2007). Snøballen som ikke ruller. Utvalgspørsmål i kvalitativ forskning. *Sosiologisk tidsskrift: VOL 15, 151–163*.

Arntzen, E. (2016). *Ledelse og kvalitet i helsetjenesten. Arbeidsglede og orden i eget* (3. oppl.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Bendiksen, M.-I. & Løvli, T. H. (2015). *Aktivitet og mestring. Hverdagsrehabilitering og velferdsteknologi. Et nettstøtta læringsprogram om hverdagsrehabilitering og velferdsteknologi*. Tromsø kommune. Hentet fra:

<http://kurs.helsekompetanse.no/hverdagsrehabilitering/42785>

Birkeland, A. (2014). Aktiv mestring i hjemmesykepleien. *Sykepleien, 102 (03): 44-47*

Birkeland, A., Tuntland, H., Førland, O., Jakobsen, F. F. & Langeland, E. (2018).

Hverdagsrehabilitering–spesialisert eller integrert? *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning 2018 (1)*.

Bjørkquist, C. & Fineide, M. (2019). *Organisasjonsperspektiv på samordning av helse- og velferdstjenester*. Oslo: Cappelen Damm Akademisk.

Bolman, L. & Deal, T. (2009). *Nytt perspektiv på organisasjon og ledelse. Struktur, sosiale relasjoner, politikk og symboler* (4. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Braathen, T., F. (2020). Lifecare for eldreomsorg og hjemmetjeneste. Hentet fra:
<https://www.tieto.com/no/bransjer/helse-og-velferd/velferd/lifecare-for-eldreomsorg-og-hjemmetjeneste/>

Brottveiet, G. (2018). *Vitenskapsteori og kvalitative forskningsmetoder* (1. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

D'Amour, D., Sicotte, C. & Levy, R. (1999). L'action collective au sein d'équipes interprofessionnelles dans les services de santé. *Sciences Sociales et Sante*, 17, 68-94.

De nasjonale forskningsetiske komiteene. (2016). *Forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap, humaniora, juss og teologi*. Hentet fra:
<https://www.etikkom.no/forskningsetiske-retningslinjer/Samfunnsvitenskap-jus-og-humaniora/>

Døving, E., Elstad, B. & Storvik, A. (2016). *Profesjon og ledelse*. Bergen: Fagbokforlaget.

Fjørtoft, A.-K. (2016). *Hjemmesykepleie. Ansvar, utfordringer og muligheter* (3. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.

Forskningsetikkloven (2017). Lov om organisering av forskningsetisk arbeid (forskningsetikkloven). LOV-2006-06-30-56. Hentet fra:
<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2017-04-28-23?q=forskningsetikkloven>

Frennert, S. (2019). Lost in digitalization? *Municipality employment of welfare technologies, Disability and Rehabilitation: Assistive Technology*, 14:6, 635-642.

Fürst, R. & Høverstad, L. (2014). *Fra passiv mottaker til aktiv deltaker*. Sluttrapport. KS FoU-prosjekt 134027. Oslo: Kommunenes Sentralforbund (KS). Hentet fra: [file:///C:/Users/Pavel/AppData/Local/Packages/Microsoft.MicrosoftEdge_8wekyb3d8bbwe/TempState/Downloads/KS+hverdagsrehabilitering+-+sluttrapport%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Pavel/AppData/Local/Packages/Microsoft.MicrosoftEdge_8wekyb3d8bbwe/TempState/Downloads/KS+hverdagsrehabilitering+-+sluttrapport%20(1).pdf)

Førland, O. & Skumnes, R. (2016). *Hverdagsrehabilitering. En oppsummering av kunnskap. Senter for omsorgsforskning, vest.*

Glouberman, S. & Mintzberg, H. (2001). Managing the care of health and the cure of disease - part 1: differentiation.(hospitals). *Health Care Management Review*, 26(1), 56.

Hartviksen, T & Sjølie, B. (2017). *Hverdagsrehabilitering. Kvalitetsforbedring i norske kommuner*. Cappelen Damm Akademisk. 1. utgave.

Helse- og omsorgsdepartementet. (2016). *Flere år – flere muligheter*. Regjeringens strategi for et aldersvennlig samfunn (2016:03). Hentet fra: https://www.regjeringen.no/contentassets/c8a8b14aadf14f179a9b70bc62ba2b37/strategi_eldrepolitikk_110316.pdf

Helse- og omsorgsdepartementet. (2012-13). *Morgendagens omsorg. (Meld. St. 29 (2012-2013))*. Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-29-20122013/id723252/?ch=1>

Helse- og omsorgstjenesteloven. (2012). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven)*. Hentet fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>

Homelien, S. (2017). Fra hverdagsrehabilitering og trening til hverdagsmestring og aktivitet. *Tidsskrift for omsorgsforskning*. 2017(03). Hentet fra: https://www.idunn.no/tidsskrift_for_omsorgsforskning/2017/03/fra_hverdagsrehabilitering_og_trening_til_hverdagsmestring

Homesland, A-L., Seikkula, J., Nilsen, Ø., Hopfenbeck, M. & Arnkil, T.E. (2010). Open Dialogues in social networks: professional identity and transdisciplinary collaboration. *International Journal of Integrated Care*. Vol. 10.

Illich, I. (1975). *Den farlige sjukvården*. Stockholm: Aldus.

Illich, I. (1977). *Disabling Professions*. London: Marion Boyars.

Kjellberg, P. K., Ibsen, R. & Kjellberg, J. (2011). Fra pleje og omsorg til rehabilitering: Erfaringer fra Fredericia Kommune. København: Dansk Sundhedsinstitut.

Kvale, S. (1999). *Det kvalitative forskningsintervju* (1. utg.). Oslo: Ad Notam Gyldendal AS.

Ladegård, G. & Vabo, S., I. (2011). *Ledelse, styring og verdier*. Bergen: Fagbokforlaget.

Langeland, E., Førland, O., Aas, E. Birkeland, A., Folkestad, B., Kjekken, I., Jacobsen, F.F. & Tuntland, H. (2016). *Modeller for hverdagsrehabilitering – en følgeevaluering i norske kommuner*. Rapport 6/2016. Bergen: Senter for omsorgsforskning, vest og CHARM. Hentet fra: <http://hdl.handle.net/11250/2389813>

Lauvås, K. & Lauvås, P. (2004). *Tverrfaglig samarbeid – perspektiv og samarbeid* (4. oppl.). Oslo: Universitetsopplaget.

Lingås, L. (2013). *Ansvar for Likeverd. Etikk i tverrfaglig arbeid med habilitering og rehabilitering* (2. utg.). Gyldendal norsk forlag AS.

Lysgaard, S. (1977). Bør sosiologen profesjonaliseres? NAVF, *Profesjonalisering – samfunnsbehov eller gruppeinteresse? 1977:7*. Oslo.

Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.

Ness, N., E., Laberg, T., Haneborg, M., Granbo, R., Færevaag, L. & Butli, H. (Red.). (2012). *Hverdagsmestring og hverdagsrehabilitering* (Hverdagsrehabilitering i Norge). Hentet fra: <https://www.google.no/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=2ahUKEwiE8qTIvt7oAhXLFXcKHSI5Bx8QFjAAegQIAhAB&url=https%3A%2F%2Ffysio.no%2Fcontent%2Fdownload%2F4792%2F126316%2Fversion%2F1%2Ffile%2FRapport%2520Hverdagsrehabilitering%2520031012.pdf&usg=AOvVaw2eqneEybxVjZ71rDpTrKhF>

Nilssen, V. (2012). *Analyse i kvalitative studier. Den skrivende forskeren* (1. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.

Otnes, B. (2015). Stadig mer hjelp til dem under 67 år. *Pleie- og omsorgstjenestene 1994-2013*. Hentet fra: <https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/attachment/242848?ts=15065287e20>

Reeves, S., Lewin, S., Espin, S. & Zwarenstein, M. (2010). *Interprofessional teamwork for health and social care*. United Kingdom: 2010 Blackwell Publishing Ltd.

Repstad, P. (2012). *Dugnadsånd og forsvarsverker – tverretattlig samarbeid i teori og praksis* (2. utg.). Oslo: Universitetsopplaget.

San Martín-Rodríguez, L., Beaulieu, M.-D., D'Amour, D. & Ferrada-Videla, M. (2005). The determinants of successful collaboration: a review of theoretical and empirical studies. *Journal of interprofessional care*, 2005, 132-147.

Skrolsvik, M. (2018). Ambulant rehabiliteringsteam (ART). Hentet fra: <https://www.fredrikstad.kommune.no/globalassets/dokumenter/helse-og-velferd/friskliv-og-mestring/3-delt-brosjyre-art-2018-desember-2018.pdf>

Tjora, A. (2017, 24. jan). *SDI: Stegvis-deduktiv induksjon og koding av kvalitative data*. [Videoklipp]. Hentet fra YouTube: <https://www.youtube.com/watch?v=V7kHfYV8H4>

Tjora, A. (2018). *Viten skapt. Kvalitativ analyse og teoriutvikling* (1. utg.). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.

Tuntland, H. & Ness, N., E. (2016). *Hverdagsrehabilitering* (1.utg., 3. oppl.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Universitet i Oslo (2020, 3. mars). Nettskjema-diktafon. Hentet fra: <https://www.uio.no/tjenester/it/adm-app/nettskjema/hjelp/tips-triks/diktafon.html>

Vabø, M. & Vik, K. (2017). *Sammen om en aktiv hverdag. Hverdagsrehabilitering i Eigersund og Karmøy kommune. Erfaringer og refleksjoner fra et forskningssamarbeid* (NOVA rapport 17/2017).

10 Vedlegg

Vedlegg 1

- 1) Kan du fortelle om din bakgrunn, faglig og ansvarsmessig i tjenesten?
- 2) Hva er din rolle i tjenesten?
 - a. Hva vil du si er viktig for et godt samarbeid?
 - b. Hvordan etterstreber din tjeneste/avdeling best mulig samarbeid med andre?
 - c. Hva har fungert / ikke fungert?
 - d. Hva kunne ha blitt gjort annerledes?
- 3) Hvordan forstår du hverdagsmestring og hverdagsrehabilitering?
 - a. Hvilke virkemidler brukes i din kommune for å forankre dette tankesettet?
 - b. Hvordan er samarbeidet for implementering av hverdagsmestring?
 - c. Er det noe du tenker kan gjøres annerledes? Eventuelt kunne blitt gjort annerledes tidligere?
 - d. Hva har fungert bra?
- 4) Hvordan er tjenesten organisert i din kommune?
 - a. Hverdagsrehabilitering
 - b. Hjemmesykepleie
- 5) Hvordan involveres de forskjellige faggrupper til samarbeid rundt pasienter?
 - a. Hvordan får dere selve samarbeidet til?
 - b. Hvordan foregår kommunikasjonen innen tjenesten HVR?
 - c. Hvordan foregår kommunikasjonen mellom tjenester?
- 6) Hva vil du si fungerer godt når det gjelder samarbeidet tjenestene imellom?
- 7) Hva vil du si kan fungere bedre?
 - a. Er det noe som ikke fungerer i det hele tatt?
- 8) Er det kun hverdagsrehabilitering og hjemmesykepleie som samarbeider?
 - a. Hvis ikke, hvilke andre samarbeidspartnere er det snakk om?
 - b. Hvorfor ble disse samarbeidspartnere involvert?
 - c. Hvordan foregår det eksisterende samarbeidet?
- 9) I et rehabiliteringsprosess: hvem er forskjellige representanter (eventuelt yrkesgrupper) fra hverdagsrehabilitering og hjemmesykepleie?
 - a. Er det faste representanter, både i forhold til personer og/eller yrkesgrupper?
 - b. Hvorfor / hvorfor ikke?
- 10) Rehabiliteringsforløp – Hvem henviser brukere til hverdagsrehabilitering?

- a. Hvordan foregår samarbeidet rundt rehabiliteringsforløp, før tjenesten settes i gang?
- b. Underveis rehabiliteringsforløpet
- c. Etter?

11) Tjenesteutvikling: hvis du skulle utvikle denne tjenesten i annen kommune i dag: hva vil du si er viktig i samarbeidet mellom hjemmesykepleie og hverdagsrehabilitering?

- a. Hva er mindre viktig?
- b. Hva klarer en seg uten?
- c. Hva er det en absolutt ikke klarer seg uten?

12) Hvordan foregår koordinering innen din tjeneste?

- a. Hvordan foregår det mellom tjenestene?
- b. Hvilke faktorer styrker koordinering i din kommune?
- c. Hvilke faktorer utfordrer koordinering?

Vedlegg 2

Mal for informert samtykke til behandling av personopplysninger om deltakere i forskningsprosjekter.

Kan brukes ved spørreundersøkelse, observasjon, intervju, videoopptak, etc.

Vil du delta i forskningsprosjektet

Hvilke utfordringer kan observeres i samarbeidet mellom hverdagsrehabiliteringsteam og hjemmesykepleie i en norsk kommune. Hvilke suksessfaktorer fremmer samarbeidet?

(Denne tittelen er foreløpig)

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å se nærmere på samarbeidet rundt implementering av tjenesten hverdagsrehabilitering. I dette skrevet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Masteroppgave.

Ønske om behov for gode, og faglig forsvarlige tjenester som setter pasient/bruker i fokus og tar med i beslutningsprosessen har kommet sterkere på dagsorden den senere tiden. Det er omkring 185000 personer som mottar tjenester fra hjemmesykepleie og/eller har hjemmehjelp i Norge (Statistisk sentralbyrå, 2017), dette tallet vil trolig stige de nærmeste årene og samfunnet vil dermed stå ovenfor flere utfordringer i kommende år (Birkeland, Langeland, Tuntland, Jacobsen, Førland, 2018). Det er vanskelig og blir enda vanskeligere å kunne tilby den samme oppfølgingen som hjemmetjenesten allerede har gjort i flere tiår. Det er ikke utenkelig at samfunnet ser behov for endring i måten hjemmesykepleie og hjemmetjenester fungerer på.

Problemstilling:

Hvilke utfordringer kan observeres i samarbeidet mellom hverdagsrehabiliteringsteam og hjemmesykepleie i en norsk kommune. Hvilke suksessfaktorer fremmer samarbeidet?

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Marit Kristine Helgesen, professor ved Høgskolen i Østfold er ansvarlig for prosjektet.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Jeg ønsker å intervju deg fordi du jobber tett på samarbeidspartnere og har innsikt i samarbeidet mellom hjemmesykepleie og hverdagsrehabilitering. Det er i utgangspunktet opp til seks personer som blir intervjuet.

Hva innebærer det for deg å delta?

Jeg håper at du velger å delta i forskningen på dette spennende feltet. Metode vil være et spørreskjema (semistrukturerte intervju) som vil ta opp til 40 minutter. Opplysninger vil bli anonymisert og hentes ved hjelp av lydopptaker (egnet diktafon-app på mobiltelefon) (og kanskje også håndskrevne notater).

Spørreskjema vil inneholde forskjellige spørsmål knyttet til problemstillingen. Her presenteres det noen eksempler:

- Hverdagsmestring – hvilke virkemidler brukes for å forankre dette tankesettet i din kommune?

a. Hvordan er samarbeidet for implementering av hverdagsmestring?

- Hvordan er tjenesten organisert i din kommune?

a. Hverdagsrehabilitering

b. Hjemmesykepleie

- Hvordan involveres de forskjellige faggrupper til samarbeid rundt pasienter?

a. Hvordan får dere selve samarbeidet til?

b. Hvordan foregår kommunikasjonen innen tjenesten hverdagsrehabilitering?

- I et rehabiliteringsprosess: hvem er forskjellige representanter (eventuelt yrkesgrupper) fra hverdagsrehabilitering og hjemmesykepleie?

- Hva er din rolle i tjenesten?

a. Hva vil du si er viktig for et godt samarbeid?

b. Hvordan etterstreber din tjeneste/avdeling best mulig samarbeid med andre?

c. Hva kunne ha blitt gjort annerledes?

- Tjenesteutvikling: hvis du skulle utvikle denne tjenesten i annen kommune i dag: hva vil du si er viktig i samarbeidet mellom hjemmesykepleie og hverdagsrehabilitering?

Det er frivillig å delta

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

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

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

- Opplysninger vil anonymiseres og det er kun studenten som vil ha tilgang til råmaterialet. Materialet skal transkriberes og presenteres i oppgaven. Når funn presenteres vil trolig veileder få innsyn i deler av opplysninger.
- Ditt navn og andre opplysninger som kan identifisere deg vil etter best mulig evne anonymiseres slik at ingen uvedkommende får tilgang til personopplysningene. Opplysninger som er lagret på datamaskin vil oppbevares låst og lydfilene lagres på mobiltelefon med diverse sikkerhetstiltak.
- Kommunen du jobber i vil bli referert som «en kommune på østlandet». Trolig kan din stillingstittel og noen arbeidsoppgaver (i forhold til organisering og samarbeid) bli nevnt i oppgaven.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Prosjektet skal etter planen leveres innenfor 20.04.2020. Personopplysninger og eventuelle opptak slettes og fjernes når prosjektet er godkjent og ikke senere enn 1.1.2021.

Dine rettigheter

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

- innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg,
- å få rettet personopplysninger om deg,

- få slettet personopplysninger om deg,
- få utlevert en kopi av dine personopplysninger (dataportabilitet), og
- å sende klage til personvernombudet eller Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra Høgskolen i Østfold har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Hvor kan jeg finne ut mer?

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

- Student: Pavel A. Reshetov (+4741301634).
- Veileder: Marit Kristine Helgesen, Høgskolen i Østfold
- Vårt personvernombud: Martin Gautestad Jakobsen.
- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS, på epost (personverntjenester@nsd.no) eller telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen

Prosjektansvarlig

Pavel A. Reshetov (studentforsker)

Veileder

Marit Kristine Helgesen.

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet, «Hvilke utfordringer kan observeres i samarbeidet mellom hverdagsrehabiliteringsteam og hjemmesykepleie i en norsk kommune. Hvilke suksessfaktorer fremmer samarbeidet?», og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta i intervju (gjennom spørreskjema)
- at opplysninger om meg publiseres slik at jeg kan gjenkjennes (stillingstittel og arbeidsoppgaver – navnet ditt er anonymisert)

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet, ca.
20.04.2020

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Vedlegg 3

Meldeskjema 288698

Skriv ut

Sist oppdatert

14.10.2019

Hvilke personopplysninger skal du behandle?

Navn (også ved signatur/samtykke)

Lydopptak av personer

Bakgrunnsopplysninger som vil kunne identifisere en person

Type opplysninger

Du har svart ja til at du skal behandle bakgrunnsopplysninger, beskriv hvilke

Profesjonell, faglig og ansvarsmessig bakgrunn i tjenesten som forskes på.

Skal du behandle særlige kategorier personopplysninger eller personopplysninger om straffedommer eller lovovertridelser?

Nei

Prosjektinformasjon

Prosjektittel

Hvilke utfordringer kan observeres i samarbeidet mellom hverdagsrehabiliteringsteam og hjemmesykepleie i en norsk kommune. Hvilke suksessfaktorer fremmer samarbeidet?

Begrunn behovet for å behandle personopplysningene

Dette er opplysninger som tillater å analysere oppgavens problemstilling ut fra informantens stilling, ansvarsområde og profesjonell bakgrunn og dermed viktige for prosjektet.

Ekstern finansiering

Type prosjekt

Studentprosjekt, masterstudium

Kontaktinformasjon, student

Pavel Reshetov, pavelreshetov@hotmail.com, tlf: 41301634

Behandlingsansvar

Behandlingsansvarlig institusjon

Høgskolen i Østfold / Avdeling for helse og velferd

Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)

Marit Kristine Helgesen, marit.k.helgesen@hiof.no, tlf: 69608791

Skal behandlingsansvaret deles med andre institusjoner (felles behandlingsansvarlige)?

Nei

Utvalg 1

Beskriv utvalget

Ansvarlige for realisering av rehabiliteringstilbudet, hverdagsrehabilitering.

Rekruttering eller trekking av utvalget

Rekruttering gjennom direkte kontakt i forskningskommune

Alder

29 - 59

Inngår det voksne (18 år +) i utvalget som ikke kan samtykke selv?

Nei

Personopplysninger for utvalg 1

Lydopptak av personer

Hvordan samler du inn data fra utvalg 1?

Personlig intervju

Vedlegg

Intervjuguide per 23.09.19.docx

Grunnlag for å behandle alminnelige kategorier av personopplysninger

Samtykke (art. 6 nr. 1 bokstav a)

Informasjon for utvalg 1

Informerer du utvalget om behandlingen av opplysningene?

Ja

Hvordan?

Skriftlig informasjon (papir eller elektronisk)

Informasjonsskriv

14.10.19 NYesteveiledende_mal_for_informasjonsskriv (NSD).doc

Tredjepersoner

Skal du behandle personopplysninger om tredjepersoner?

Nei

Dokumentasjon

Hvordan dokumenteres samtykkene?

Manuelt (papir)

Hvordan kan samtykket trekkes tilbake?

Samtykke sendes/leveres før undersøkelse og kan trekkes tilbake når som helst.

Hvordan kan de registrerte få innsyn, rettet eller slettet opplysninger om seg selv?

Innsyn til transkribert intervju ved behov.

Totalt antall registrerte i prosjektet

1-99

Tillatelser

Skal du innhente følgende godkjenninger eller tillatelser for prosjektet?

Behandling

Hvor behandles opplysningene?

Private enheter

Hvem behandler/har tilgang til opplysningene?

Prosjektansvarlig

Student (studentprosjekt)

Tilgjengeliggjøres opplysningene utenfor EU/EØS til en tredjestat eller internasjonal organisasjon?

Nei

Sikkerhet

Oppbevares personopplysningene atskilt fra øvrige data (kodenøkkel)?

Ja

Hvilke tekniske og fysiske tiltak sikrer personopplysningene?

Opplysningene anonymiseres

Andre sikkerhetstiltak

Hvilke

Låse datamaskin i skap, kodelås på mobiltelefon (anonymisering av lydopptak gjennom egnet app på telefon)

Varighet

Prosjektperiode

15.10.2019 - 15.01.2021

Skal data med personopplysninger oppbevares utover prosjektperioden?

Nei, data vil bli oppbevart uten personopplysninger (anonymisering)

Hvilke anonymiseringstiltak vil bli foretatt?

Lyd- eller bildeopptak slettes

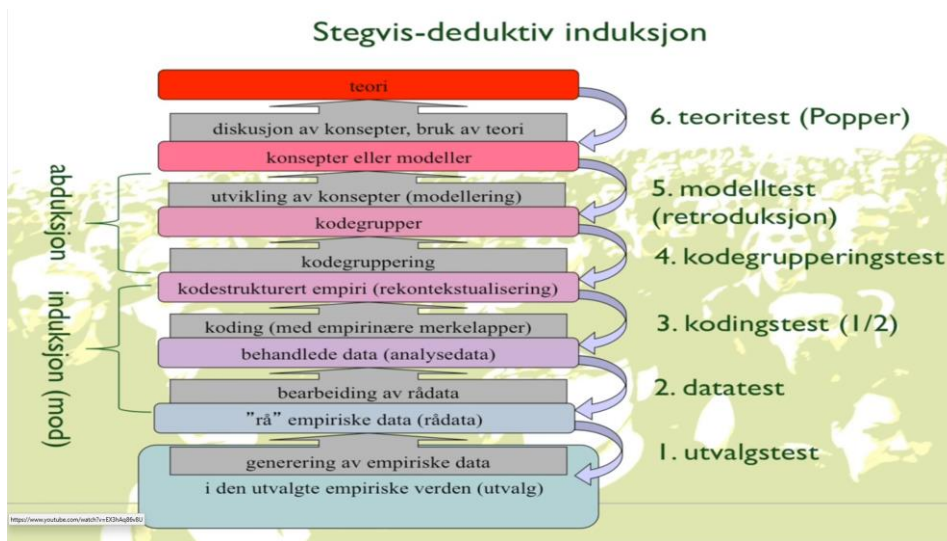
Personidentifiserbare opplysninger fjernes, omskrives eller grovkategoriseres

Vil de registrerte kunne identifiseres (direkte eller indirekte) i oppgave/avhandling/øvrige publikasjoner fra prosjektet?

Nei

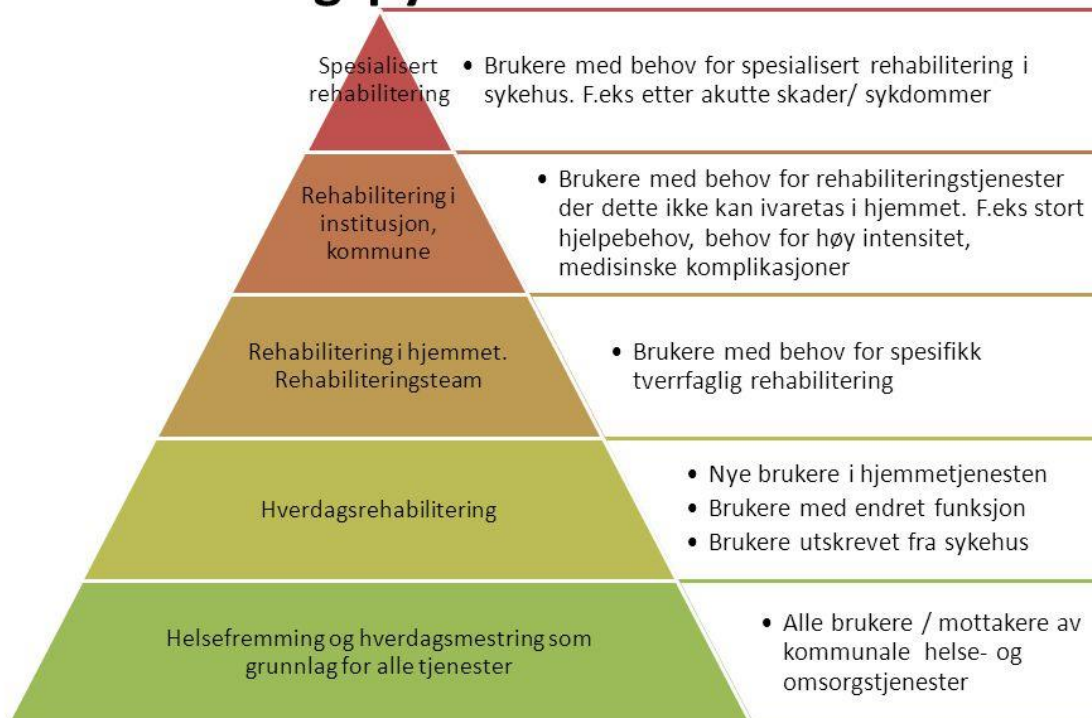
Vedlegg 4

Figur, 1.1



(Figur 1.1. Stegvis-deduktiv induktiv metode, Youtube, Tjora, 2017)

Rehabiliteringspyramiden



Pyramiden skal skissere forholdet mellom antall brukere og hvilke rehabiliteringstjenester som benyttes.

(Figur 1.2. Kristiansand kommune, 2013).

Vedlegg 6

Tabell, 1.1.

Deltager	Profesjon	Ansatt i
1	Fysioterapeut	Hverdagsrehabilitering + Forebyggende tjenester
2	Ergoterapeut/koordinator	Hverdagsrehabilitering + Forebyggende tjenester
3	Ergoterapeut/leder	Hverdagsrehabilitering + Forebyggende tjenester
4	Sykepleier	Hverdagsrehabilitering + hjemmesykepleie
5	Helsefagarbeider	Hverdagsrehabilitering + hjemmesykepleie
6	Sykepleier/leder	Hjemmesykepleie

(Tabell, 1.1. Presentasjon av intervjudeltagere).