

Fakultet for Helse- og sosialvitenskap

Hosein Behsodi

Masteroppgave

Master i avansert klinisk sykepleie i kommunehelsetjeneste

Eldres erfaring om hverdagsrehabilitering

Elderly's experience of home based reablement

MAKS 2017

Våren 2019

Samtykker til tilgjengeliggjøring i digitalt arkiv Brage

JA NEI

Forord

Denne masteroppgaven er en selvstendig studie som markerer slutten på to års heltidsutdanning i avansert klinisk sykepleie i kommunehelsetjenesten (AKS). Det har vært en langvarig og lærerik prosess med masteroppgaveskrivingen, og de erfaringene jeg har tilegnet meg vil jeg ta med meg videre i min praksis som avansert klinisk sykepleier. Utdanningen har bidratt til faglig påfyll og økt innsikt i andre medmenneskes helsetilstand, noe som kan være med å bidra til å gi en bedre hverdag for dem.

Først og fremst jeg vil takke deltakerne for deres tillitt og at de delte sine opplevelser og erfaring ved å stille opp til intervju. Jeg håper at jeg har klart å frembringe deres stemmer med denne studien.

Jeg retter en stor takk til min veileder professor Sevald Høye for hans verdifulle kunnskap, konstruktive tilbakemeldinger og unike evne til å veilede. Jeg føler meg privilegert som har deg både som veileder, faglærer og mentor. En spesiell takk til professor Kari Kvinge for hennes bidrag til kritisk tenkning og hennes engasjement for AKS-utdanning ved Høgskolen i Innlandet, en utdanning som har utfordret og inspirert.

Tusen takk til Elin Opheim og Karianne A. Aam for deres beundringsverdige grundighet i korrekturlesing for masteroppgaven. Mine fantastiske medstudenter har vært gode støttespillere gjennom hele utdanningsforløpet; takk for gode diskusjoner, refleksjoner og ikke minst sosialt samvær.

Stor takk til arbeidsgiveren Stange kommune for deres støtte til studien. Spesiell takk til Marianne Pedersen som hadde troa på meg og flere andre kollegaer, og som sender oss til videreutdanninger for øke fagkunnskap innenfor kommunen.

Et masterstudium ved siden av jobb og familiefar for tre barn har vært krevende, og jeg vil bruke anledningen å takke min kjære kone Toba og mine nydelige barn Alisina, Komeil og Salman for deres tålmodighet og støtte.

Sammendrag på Norsk

Bakgrunn: Eldre med sammensatte sykdommer har økende behov for helsetjeneste fra hjemmesykepleie for å kunne bo lengre i sitt eget hjem. Hverdagsrehabilitering er en relativ ny tjeneste i kommune helsetjenesten, og har i økende grad blitt innført i norske kommuner. Målsettingen for HVR er at den eldre pasienten skal kunne få økt selvstendighet i sin hverdag, samt å øke mestring. Ansatte i hjemmesykepleie skal vektlegge hverdagsrehabilitering i alle sine handlinger hos den enkelte pasient.

Hensikt: Studiens mål er å beskrive pasientenes opplevelser og erfaringer med HVR, noe som kan fremskaffe ny kunnskap innen sykepleiefaget, øke forståelse og bedre oppfølgingen av pasientene for å sikre kvalitetsutvikling i kommunehelsetjenesten.

Problemstilling: Hvordan opplever eldre pasienter hverdagsrehabilitering i hjemmebasert omsorg?

Metode: Studien har et kvalitativt design med en beskrivende fenomenologisk tilnærming. Semistrukturerte individuelle intervju ble benyttet, der elleve eldre over 65 år som hadde mottatt hverdagsrehabilitering, var deltakere i studien.

Funn: Deltakerne hadde positive opplevelser av HVR. De fleste deltakerne opplevde mer selvstendighet i hverdagen. HVR-teamet har gjennom varierte og meningsfulle aktiviteter økt pasientenes motivasjon til å jobbe målrettet gjennom behandlingstiden. Alle deltakerne opplevde at de ble inkludert i behandlingsplanen og de hadde opplevelsen av å bli sett, samt at deres synspunkter ble verdsatt. Deltakerne har gitt uttrykk for at HVR har gitt dem mulighet til å frembringe egne ressurser og muligheter.

Konklusjon: Studien konkluderer med at de eldre har fått en optimal gjenopptrening av sin tapte funksjon, hovedsakelig etter skade eller brudd. Kontinuitet i tjenesten og tverrfaglig samarbeid har bidratt til trygghet. Mange deltakere visste ikke noe på forhånd om kartleggingsverktøyet HVR hadde brukt, innholdet i COPM-verktøyet var uklart for de eldre, noe som kan forstås som begrenset brukermedvirkning. Manglende oppfølging etter avslutning av HVR var en begrensning som ble avdekket i studien.

Emneord: hverdagsrehabilitering, hjemmeboende, Eldres opplevelse, hjemmebasert tjeneste, brukermedvirkning.

Summary in English

Background: Old people with complex illnesses have an increased need for home based health care, to be able to live longer in their own home. Every day rehabilitation (reablement) is a relatively new service in the municipal health services, and has to an increasing extent been introduced in Norwegian local municipalities. The goal for reablement is that the older patient should have an increased independence in everyday life, and to increase his, or her own mastering. The employees in the home based nursing service should stress reablement in all actions with the patient.

Purpose: The aim of the study is to describe the patients' experiences with reablement, which can give new knowledge within the subject of nursing. This can lead to better follow-up of the patients, and help to secure the development of quality in the local health services.

Research question: How do older patients experience reablement in home based health care?

Method: The study has a qualitative design with a *descriptive phenomenological approach*. *Semi-structured* individual interviews were used, and eleven people over 65 who had received reablement, participated in the study.

Results: The participants had positive experiences with reablement. Most of the participants experienced more independence in everyday life. The team has through varied and meaningful activities increased the patient's motivation to continue with reaching a goal through the period of treatment. All the participants experienced inclusion in treatment planning, and they experienced to be seen and, to their point of view, being valued. The participants state that reablement has given possibilities to enhance their own resources and possibilities.

Conclusion: The study concludes that the participants have received optimal restoration of function, mostly lost after physical damage or bone fracture. Continuity in the service and interdisciplinary cooperation has contributed to a sense of security. In advance, many participants did not know anything about the COPM-tool used in reablement, and the content of the tool was not clear to the participants, something that can be interpreted as limited user participation. Lack of follow up after the end of reablement was a barrier that was revealed in the studies.

Keywords: Everyday rehabilitation, reablement, living at home, qualitative interviews, experiences, homebased services, user participation.

Innhold

FORORD	3
SAMMENDRAG PÅ NORSK	4
SUMMARY IN ENGLISH	5
INNHold	6
1. INTRODUKSJON	10
1.1 STUDIENS BAKGRUNN	11
1.2 HENSIKT	12
1.3 PROBLEMSTILLING	12
1.4 FORSKNINGSPØRSMÅL	12
1.5 AVGRENSNINGER	12
1.6 DEFINISJONER	13
1.6.1 <i>Hverdagsrehabilitering</i>	13
1.6.2 <i>Hverdagsmestring</i>	13
1.6.3 <i>Hjemmebasert omsorg</i>	14
1.6.4 <i>Avansert klinisk sykepleier (AKS)</i>	14
1.6.5 <i>Den eldre pasient</i>	14
2. TEORETISK RAMMEVERK	15
2.1 HVERDAGSREHABILITERING	15
2.2 KARTLEGGINGSVERKTØY COPM.....	16
2.3 BRUKERMEDVIRKNING	17
2.4 MESTRINGSTRO.....	18
2.5 HJEMMEBASERT OMSORG	20
2.6 AVANSERT KLINISK SYKEPLEIE I LYS AV DEN NORDISKE MODELLEN	21

2.7	LITTERATURSØK	23
2.8	TIDLIGERE NASJONAL OG INTERNASJONAL FORSKNING	23
2.8.1	<i>Tidligere forskning omkring innføring og effekter av HVR</i>	24
2.8.2	<i>Tidligere forskning om pasienterfaringer</i>	25
3.	METODE	28
3.1	DESIGN.....	28
3.2	METODOLOGI	29
3.3	FORFORSTÅELSE	30
3.4	UTVALG	31
3.5	DATAINNSAMLING	34
3.6	GJENNOMFØRING	34
3.7	ANALYSE AV DATAMATERIALET	35
3.8	ETISKE OVERVEIELSER	39
3.8.1	<i>Informert samtykke</i>	39
3.8.2	<i>Frivillighet</i>	40
3.8.3	<i>konfidensialitet</i>	40
4.	FUNN.....	42
4.1	PRESENTASJON AV FUNN	42
4.2	PERSONSTYRKING	42
4.2.1	<i>Opplevelse av mestring</i>	42
4.2.2	<i>Bistand til selvstendighet</i>	43
4.2.3	<i>Oppmuntrende støtte</i>	45
4.2.4	<i>Verdighetsstyrking</i>	46
4.3	SELVRÅDERETT	47

4.3.1	<i>Pågangsmot</i>	48
4.4	DAGLIG OMSORG GIR BEDRE HVERDAG	49
4.5	SAMARBEID MELLOM PERSONEN OG PROFESJONELLE	51
4.5.1	<i>Inkludering og personsentret tilnærming</i>	51
4.5.2	<i>Samhandling</i>	53
4.5.3	<i>Innstilling</i>	54
4.6	TILPASSE DE INDIVIDUELLE KRAV	55
4.6.1	<i>Krav til selvhjelp</i>	55
4.6.2	<i>Tjenesteutvikling</i>	56
5.	DISKUSJON	58
5.1	RESULTATDISKUSJON	58
5.1.1	<i>Selvstendighet i hverdagen</i>	58
5.1.2	<i>Motivasjon under rehabilitering</i>	60
5.1.3	<i>Brukermedvirkning</i>	62
5.1.4	<i>Mestringsopplevelse</i>	63
5.1.5	<i>Samhandling</i>	66
5.1.6	<i>Kvalitetsutvikling</i>	68
5.2	METODEREFLEKSJON	69
5.2.1	<i>Validitet</i>	69
5.2.2	<i>Reliabilitet</i>	70
5.2.3	<i>Overførbarhet</i>	71
5.2.4	<i>Studiens styrker og svakheter</i>	71
6.	KONKLUSJON	73
7.	LITTERATURLISTE	74
8.	VEDLEGG	80

1. Introduksjon

Eldre med sammensatte sykdommer er en stor og økende gruppe med rehabiliteringsbehov ettersom tilstanden deres ofte gir funksjonstap. De har ofte behov for både en forebyggende innsats og en strukturert rehabiliteringsinnsats etter perioder med funksjonstap. Norske kommuner har innført, eller er i ferd med å innføre hverdagsrehabilitering (HVR) som en del av sitt tjenestetilbud (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015). Bredland, Vik & Linge (2011) fremhever viktigheten av rehabilitering når den eldre eller kronisk syke mister sine ferdigheter og kompetanse dersom det ikke blir gjort tiltak for å gjenvinne funksjonen. Uten rehabilitering vil det bli et varig funksjonstap hos den enkelte, og det er derfor essensielt med tidlig oppstart av forebygging og rehabilitering som vil bidra til økt egenmestring. I sluttrapporten om HVR i norske kommuner hevder Fürst & Høverstad (2014) at som en av inklusjonskriteriene for å motta HVR, skal alle nye mottakere i hjemmesykepleie og eksisterende pasienter som har fallende funksjonsnivå vurderes for om de er kandidat for HVR. I Stortingsmelding 29 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013) legges det til rette for at tidlig innsats og rehabilitering i omsorgstjenestene bidrar til økt livskvalitet og bedre funksjonsnivå hos pasientene og hverdagsrehabilitering er et arbeidsmetode for gjennomføring av tjenesten. Tuntland & Ness (2014) mener også at tidlig innsats med HVR forebygger sykdom og er med på å øke pasientens livskvalitet samt reduserer forverring av tilstanden. I Stortingsmeldingen Morgendagens omsorg (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013) legges det vekt på at ansatte i hjemmesykepleie skal vektlegge hverdagsrehabilitering i alle sine handlinger hos den enkelte pasient. Dette er en målsetting for alle involverte i samfunnet til å ta i bruk aktuelle muligheter, ressurser og evner for å kunne mestre hverdagen. World Health Organization (2015) hevder at verdens populasjon har et raskt økende antall eldre. Aldring gir både utfordringer og muligheter. Det vil øke etterspørselen av primærhelsetjenesten, og langvarig omsorg vil kreve et større og bedre utdannet helsepersonell. I tillegg stiller det et krav om et mer aldersvennlig miljø. Forskrift om habilitering og rehabilitering (2011) påpeker at ansvaret for habilitering/rehabilitering gis til kommunene for at de skal kunne tilby sine innbyggere et samlet tverrfaglig rehabiliteringstilbud. Helse- og omsorgsdepartementet (2015) beskriver HVR som en arbeidsmåte som skiller seg fra andre typer rehabiliteringstilbud i kommunen ved at den i stor grad utføres av ansatte i hjemmetjenesten og skjer i brukerens hjem og nærmiljø. Rehabiliteringen bygger på pasientens egne mål. Jokstad, Landmark, Hauge & Skovdahl (2016) belyser at det er begrenset kunnskap om HVR fra pasientenes perspektiv der de kunne få mulighet til beskrive hvordan de opplever HVR med enge ord. Derfor er det viktig å forske

på pasientens egne opplevelser og erfaringer for å kunne videreutvikle og tilpasse HVR, samt for å kunne identifisere områder hvor det er behov for kunnskapsutvikling hos personalet i HVR-team. I tillegg er det flere studier som hevder at det er begrenset kunnskap om den eldre pasientens opplevelse og erfaring om samarbeid og brukervedvirkning mellom HVR-team og pasientene (Hjelle, Tuntland, Førland & Alvsvåg, 2016a; Langeland et al., 2016; Legg, Gladman, Drummond & Davidson, 2016).

1.1 Studiens bakgrunn

Før oppstart av utdanning som avansert klinisk sykepleier i kommunehelsetjeneste hadde jeg blitt påvirket av den nye fenomenet HVR av mine kollegaer i tverrfaglig team og de øvrige ansatte som jobbet i HVR-team. Som ansatt i hjemmesykepleien merket jeg raskt at det er stor endring i tankegangen i hjemmesykepleie. I begynnelsen av den nyetablerte tjenesten HVR ble vi hele tiden påminnet om å tenke legge HVR i all våre handlinger, slik at pasienten klarer det meste selv og vi skal hele tiden evaluere om det er nødvendig med de tiltakene pasienten har i sin tiltaksplan. Jeg følte et svakt press på sykepleiere i hjemmesykepleie fordi begrunnelsene ofte var å fremme pasientens fysiske funksjoner. Det var et ja til å fremme helse, men hva er hensikten med at man skal ha HVR i sine handlinger? Når pasienten for eksempel ber hjemmesykepleieren om å ta med avisen inn når de kommer på besøk om morgenen, skal man bruke HVR for å avdekke behovet. Man vil ofte høre at det er viktig å hente avisen selv, slik at du blir ikke avhengig av hjelp, selv om pasienten bruker mye tid og ressurser for hente avisen. Ofte hører man at aktivitet er nøkkelen til optimal alderdom, men jeg stiller spørsmål om hvem tjenestene er laget for. Og videre spør jeg hva hensikten med HVR er. Er det økonomien som styrer eller pasientens behov for omsorg? For kunne få svar på mine spørsmål om det nye fenomenet HVR, valgte jeg å spørre pasientene hvordan de opplever HVR.

1.2 Hensikt

Studien søker etter kunnskap om pasientenes forståelse, tanker og oppfatninger om HVR for å kunne dokumentere hvordan pasientene beskriver utbyttet av HVR. På den måten vil denne studien gi deltakerne muligheter til å uttrykke seg. Studien søker svar hos et utvalg av eldre pasienter om hvor mye de ble inkludert i å sette mål for behandlingen og opplevelsen av å bli sett, å bli hørt, tatt på alvor, og å bli verdsatt. Skal HVR erstatte den tradisjonelle sykepleie og omsorgen for den syke og den svake i samfunnet? Studienes mål er å beskrive pasientens opplevelser og erfaringer med HVR. Dette kan fremskaffe ny kunnskap innen sykepleiefaget, øke forståelse, og gi bedre oppfølging av pasientene for å kunne bidra til kvalitetsutvikling i kommunehelsetjeneste.

1.3 Problemstilling

Hvordan opplever eldre pasienter hverdagsrehabilitering i hjemmebasert omsorg?

1.4 Forskningsspørsmål

1. Hvordan opplever den eldre pasienten sin mestring både under og etter avslutning av hverdagsrehabilitering?
2. Hvordan deltar den eldre pasienten i egne beslutninger om hverdagsrehabilitering?
3. Hvilke styrker og svakheter opplever pasienter som får hverdagsrehabilitering?

1.5 Avgrensninger

I denne studien vektlegges den eldre pasientens opplevelser og erfaringer knyttet til HVR som de beskriver det. Sykdom og diagnose blir ikke tatt opp som fokusområde. Målet er ikke å undersøke effekten av HVR, men om pasientene opplever selvstendighet og hvordan de opplever mestring i hverdagen etter HVR. Studien er begrenset til en kommune på Østlandet som er delt både i by og bygd og som har fire års erfaring med HVR. Deltakerne i studien

representerer begge kjønn, de er over 65 år gamle og har hatt HVR i minst tre uker. Studien begrenser seg kun til pasienter som er samtykkekompetente. Vi vet at det er viktig å trekke inn pårørende i studien, men på grunn av studiens omfang valgte jeg å ikke ha fokus på pårørende. Samtidig har deltakerne noen ganger valgt å snakke om pårørendes rolle i HVR-studien, i de tilfellene er det ikke satt noen hindringer for å kunne gjøre det.

1.6 Definisjoner

1.6.1 Hverdagsrehabilitering

HVR er et tidsbegrenset tilbud som er mest aktuelt overfor pasienter som har begynnende og gradvis nedsatt fysisk funksjon. HVR er en type rehabiliteringstilbud som er målrettet mot pasienter med mange forskjellige diagnoser og tilstander. HVR tar utgangspunkt i pasientenes egne målsetninger for hvilke aktiviteter som er viktige for dem. Aktivitetene foregår mest i pasientens hjem og nærmiljø. Det er samhandling mellom ergoterapeut, fysioterapeut, sykepleier og ansatte ved hjemmebasert omsorg (Tuntland & Ness, 2014). HVR som en arbeidsmetode gjennomføres av personalet i hjemmebasert omsorg. Metoden tar utgangspunkt i pasientens egne ressurser og egeninnsats og skal bidra til økt livskvalitet hos den enkelte pasient (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013).

1.6.2 Hverdagsmestring

Hverdagsmestring er en tankegang som legger vekt på pasientens egenmestring uavhengig av funksjonsnivå. Alle pasientgrupper kan benytte en slik tankegang i rehabiliteringsfaser og er ikke bare rehabiliterende, men virker også helsefremmende (Tuntland & Ness, 2014). Hverdagsmestring legger vekt på den enkeltes mestring i hverdagen, helsepersonell skal legge tilrette, veilede og støtte med hverdagslige aktiviteter for å øke pasientenes selvstendighet og egenomsorg (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018).

1.6.3 Hjemmebasert omsorg

Hjemmebasert omsorg er en del av den kommunale helse- og omsorgstjenesten og skal gi helsehjelp til personer som bor i sitt eget hjem, i kortere og lengre perioder. Tjenesten innebærer omfattende tjenester med helsefremmende, behandlende, rehabiliterende, forebyggende og lindrende funksjoner, basert på pasientens behov for tjenesten. For at pasientene skal kunne mestre sin hverdag, og leve et godt liv, har hjemmebasert omsorg som sitt hovedmål å tilrettelegging ut fra et helhetlig perspektiv (Fjørtoft, 2016).

1.6.4 Avansert klinisk sykepleier (AKS)

En avansert klinisk sykepleier er en autorisert sykepleier som har avansert kunnskap og ferdigheter på ekspertnivå for å kunne ta faglige beslutninger og er klinisk kompetent med utvidete praksisområder (INC Nurse Practitioner / Advanced Practice Nursing Network, 2005). En avansert klinisk sykepleier med sin utvidete kunnskap og sine kliniske ferdigheter kan ta individuelt ansvar for pasientens pleie, omsorg og behandling som krever dypere kunnskap i sykepleiefaget. AKS med sin kompetanse kan ta grundige og systematiske helsevurderinger og kartlegginger av pasientens helsetilstand (Fagerström, 2019).

1.6.5 Den eldre pasient

Ifølge World Health Organization (1999) blir eldre definert som personer over 65 år, de som er over 80 år er de gamle og personer over 90 år blir definert som de eldste eldre.

En person som henvender seg til helse- og omsorgstjenesten med forespørsel om behov for bistand og helsehjelp, blir definert som en pasient. I enkelte tilfeller defineres man som pasient når helse- og omsorgstjenesten gir eller tilbyr deg helsehjelp (Helse- og omsorgsdepartementet, 1999b).

2. Teoretisk rammeverk

Den teoretiske rammeverket som blir framstilt i denne studien, er med utgangspunkt i relevante teorier og empiri og blir senere drøftet i forbindelse med studiens funn.

2.1 Hverdagsrehabilitering

Pasientstyrte tiltak er sentralt i HVR. Med utgangspunkt i hva den enkelte synes er viktig daglig aktivitet starter HVR med spørsmålet *Hva er viktige aktiviteter i livet ditt nå?* Det utarbeides mål og tiltaksplaner med utgangspunkt i pasientens mål og tverrfaglig kartlegging av forutsetninger (Ness et al., 2012). HVR betegner i så måte et brudd med tradisjonelle pleie- og omsorgstjenester. Målet for HVR overfor den enkelte pasienten, er at han eller hun skal kunne mestre sine hverdagslige aktiviteter selv i den grad det fysiske, mentale og sosiale funksjonsnivået gir mulighet til det (Fürst & Høverstad, 2014). HVR er et tverrfaglig samarbeid som krever forpliktelse i målrettet og individuelt tilpasset rehabiliteringsform og der alle fagpersonene, det vil si fysioterapeut, ergoterapeut, sykepleier og helsefagarbeider, har eierskap til verdigrunnlaget og tankesettet om hverdagsmestring (Tuntland & Ness, 2014). Tverrfaglig samarbeid i HVR innebærer at de ulike yrkesgruppene forstår og respekterer hverandres rolle og arbeidsoppgaver. Kommunikasjonen mellom dem skal foregå i daglige møter framfor beskjeder eller gulelapper (Ness et al., 2012). Med et individuell skreddersydd hovedprinsipp tar HVR utgangspunkt i å optimalisere pasientens egen funksjon i de daglige gjøremålene. Selv om de grunnleggende prinsippene er de samme, er intervensjonen forskjellig fra person til person (Langeland et al., 2016). En av hovedhensiktene med HVR er å legge til rette for at pasientene blir mere selvstendig i hverdagslige aktiviteter, og ifølge Bandura (1998) vil personens egen reaksjon variere avhengig av hvordan de oppfatter ulike sider av egen atferd. De er mest sannsynlig stolte av sine prestasjoner når de oppdager sine suksesser utfra egne evner og innsats. De oppnår mindre selvtilfredshet når de opplever seg avhengig av ekstern hjelp eller støtte. Man forstår det slik at hvert enkelt individ trenger støtte for å bli oppmerksom på sine evner og ferdigheter og for å kunne bygge videre på disse for å kunne oppnå resultat av sin egen innsats. Dermed vil dette bidra til at avhengighet til andre personer minskes. Videre hevder Fürst & Høverstad (2014) at for å oppnå et vellykket resultat, er pasientens egeninnsats og motivasjon en avgjørende faktor som kan styrkes ved å involvere pårørende slik at pårørende også øker sin forståelse for nødvendigheten av trening. Pårørende bør også være oppmerksom på å ikke ha forventinger om hjelp til passiviseringen av den eldre

pasienten og de bør øke sin forståelse for hvilke konsekvenser passivitet kan gi. Bandura (1998) viser til at endringsprosessen av pasientens egen motivasjon blir påvirket av deres helsevaner og mestringstro. Dette er en forutsetning for å regulere sin egen motivasjon og atferd i hver fase av personlig forandring. Dette betyr at det er viktig å opprettholde de vaneendringer man har oppnådd og gjenopprette kontroll etter et eventuelt tilbakeslag. Videre hevder Hjelle et al. (2016a) at pasientens egne motivasjonsfaktorer er drivkraften for å oppnå mål for gjenopprettingsprosessen og de mener også at motivasjon og utholdenhet trengs for å lykkes i HVR og at det kan være med å optimalisere god alderdom. Ifølge Bandura (1998) kan ikke personen påvirke sin motivasjon og sine handlinger uten å være tilstrekkelig oppmerksom på sine forestillinger. Forholdene som påvirker motivasjonen deres kan være de umiddelbare og distale effekter av det de oppdager selv. Derfor er suksess i selvregulering delvis avhengig av trofasthet, konsistens og tidsmessig nærhet av selvovervåkning. Tuntland & Ness (2014) påpeker at en forutsetning for å lykkes med HVR er brukermedvirkning med en god dose motivasjon og informasjon. Videre hevder Bandura (1998) at i selvregulering er viktigheten av å verdsette aktiviteter en annen faktor som den dømmende komponenten i motivasjon. Innholdet i aktiviteten har ikke så stor betydning, men det som er viktig for personen er i hovedsak deres oppfatning av prestasjon og selvtillit og hvordan det påvirker deres innsats. Det er en sammenheng mellom HVR sin målsetting og Banduras teori for å kunne gjennomføre HVR, hvor pasientens motivasjon er en sentral i å bygge på pasientens selvstendighet i hverdagen. Hensikten med HVR er at pasientens selv skal velge sine daglige aktiviteter ut fra det som synes å være viktig for den enkelte. Da er man nødt til ta grundige kartlegginger for å avdekke pasientens funksjonsnivå og for å tilpasse tiltakene etter pasientens ønske og mål for behandlingen.

2.2 Kartleggingsverktøy COPM

I HVR er måling av mestring viktig, derfor bruker personalet kartleggingsverktøyet Canadian Occupational Performance Measure (COPM). Målet er å beskrive og kartlegge pasientens aktivitetsutførelse både før og etter avslutning av HVR. COPM gjennomføres i form av et femtrinns intervju av den enkelte. I første trinn forteller pasienten selv om sine daglige aktiviteter og hva som er viktig aktivitet for vedkommende samt sine utfordringer i hverdagen. I trinn to beskriver pasienten viktigheten av disse aktivitetene i en tigradert skala. Videre i

trinn tre velger pasienten fem viktige aktiviteter utfra tigradert skala. I trinn fire skårer pasienten tilfredshet av utførelsen på skala. Trinn fem benyttes etter at HVR er iverksatt og gjennomført, pasienten skårer da på nytt utførelse av og tilfredshet med de samme utvalgte aktivitetene, på den måten ville man kunne evaluere effekten av HVR hos den enkelte. Trinnene i COPM gir et godt utgangspunkt i rehabiliteringsprosessen for pasienten slik at pasienten selv forstår at HVR sitt mål er å ivareta de selvvalgte aktivitetene som er viktig for pasienten (Kjeken & Hunnålvatn, 2014). Intensjonen ved å bruke COPM er å bli kjent med den enkelte pasient samt å være med å samle data om pasientens hverdagsaktiviteter, som igjen kan brukes som grunnlag for det som ble valgt av mål og tiltak hos den enkelte (Kjeken & Sand-Svartrud, 2012). For å avklare rehabiliteringsbehov og -potensial, men ikke minst også brukerens motivasjon for egentrening, benyttes COPM i den første samtalen. Målbeskrivelsen i tiltaksplan eller rehabiliteringsplanen er en sentral del av forløpet og for å oppnå målene, kreves det at pasienten trener for å mestre aktivitetene (Først & Høverstad, 2014). Grunnen til at COPM er brukt i denne studien er nettopp for å kunne sette søkelys på hvordan pasientens deltakelse i egne beslutninger ved valg av daglige aktiviteter ble ivare tatt.

2.3 Brukermedvirkning

Brukermedvirkning er blitt stadig mer vektlagt i pleie og omsorgstjenestene. I praksis bygger brukermedvirkning på grunnleggende menneskerettigheter, *som rett til informert samtykke i behandlinger, rett til respekt for personlig integritet og rett til autonomi*. Hvert individ har rett til å være fri for noen som helst påvirkning til å fatte beslutninger i sitt eget liv og bli respektert for det. Denne retten gir individet mulighet til å bli hørt og tatt på alvor i beslutningsprosessen (Fjørtoft, 2016).

Brukermedvirkning defineres ifølge Helse- og omsorgsdepartementet (2009) som:

Brukermedvirkning innebærer at tjenesten benytter brukerens erfaringer med helsetjenesten for å kunne yte best mulig hjelp. Et viktig mål er at brukermedvirkning skal bidra til kvalitet på tjenestene og at brukeren har økt innflytelse på egen livskvalitet. Brukermedvirkning betyr ikke at behandleren fratras sitt faglige ansvar.

Utfra oppnevnte definisjonen forstås brukermedvirkning som at helsepersonell skal legge forholdene til rette for at pasienten opplever selvstendighet i sin omsorgstjeneste. Ifølge

Fjørtoft (2016) er pasientens delaktighet og innflytelse på beslutninger som angår han forutsetninger for å kunne leve et selvstendig liv. Alle beslutninger som vil berøre pasientens liv skal alltid drøftes med pasienten, hva slags hjelp og hvor mye hjelp vedkommende skal ha og hva slags ønsker pasienten selv har. Videre vil man forstå helsepersonells rolle med at brukervedvirkning understreker individets erfaringskunnskap og skal være i balanse med sykepleierens kunnskap, som dermed ikke kan fraskrive seg sitt faglige ansvar (Haugan & Rannestad, 2014). Brukervedvirkning forutsetter at helsepersonell må være villig til å gi fra seg makt for å skape en arena for gjensidighet og likeverdighet samt å vise hensyn til pasientens perspektiv og deler av sin fagkunnskap (Fjørtoft, 2016). Betydningen og fokuset på brukervedvirkning i denne studien, er med på å sette fokuset på deltakernes egenopplevelse av mestring i hverdagen og fundamentet i personsenteret sykepleie i HVR. Deltakerne nevner andre profesjoner som er i HVR-teamet og det blir ikke direkte fokusert på en bestemt profesjon, men hensikten er å søke etter svar på opplevelsen av brukervedvirkning utfra deltakernes beskrivelser.

2.4 Mestringstro

Self-efficacy som er oversatt til mestringstro er teorien til den kanadiske psykologen Albert Bandura. I sin teori viser Bandura (1997) til fire hovedkilder til menneskers mestringstro.

Mastery experiences oversatt til: erfaringsopplevelse

Vicarious experiences oversatt til: vikarierende mestringserfaringer

Social persuasion oversatt til: sosial overtalelse

Physiological and affective states oversatt til: fysiologisk og mental tilstand.

Erfaringsopplevelser er den mest effektive måten å skape en sterk følelse av mestring. Mestring bygger på en solid tro på ens egne personlige erfaringer av mestring, mens nederlag undergraver dette. Spesielt hvis nederlag oppstår før en opplevelse av mestring (Bandura, 1998). Personens egne erfaringsopplevelser bygges når en vil oppleve raske og oppnåelige mål i sin rehabilitering, når vedkommende selv oppdager at for eksempel dagens spasertur var

lengre enn gårsdagens tur ville det være motiverende for å fortsette sin behandlingsplan. Videre mener Bandura (1998) at hvis man bare opplever enkel fremgang som ikke krever stor innsats kan man komme til å forvente raske resultater ved større og mer krevende oppgaver. En følelse av mestring krever erfaring i å overvinne hindringer gjennom styrkende innsats. Derfor kan man se sammenhengen ved å velge både kortsiktig og langsiktige mål ved oppstart av HVR, da vil man kunne se utviklingen av måloppnåelse samt øke den enkeltes mestringstro.

Den andre måten å skape og styrke følelse av mestring er gjennom de vikarierende erfaringene fra sosiale modeller. Ved å se og vurdere at andre lykkes gjennom en vedvarende innsats, øker den enkelte sin oppfatning av at han eller hun også har evnen til å makte sammenlignbare aktiviteter for å lykkes (Bandura, 1998). Dette kan forstås slik at når pasienten selv oppdager at noen andre i omtrent samme situasjon har klart en bestemt aktivitet, vil pasienten overføre denne erfaringer til sitt eget formål. Videre mener Bandura (1998) at personen overfører sine kunnskaper gjennom observasjoner for å håndtere forskjellige situasjoner ved å bruke sine erfaringer. Med denne teorien kan man se hvordan sammenhengen mellom pasientens egne erfaringer og HVR-teamets kunnskap og tilstedeværelse kan ha betydning for pasientens mestring. På den andre siden kan vikariende erfaringer minske mestringstroen, for eksempel kan man når man oppdager at andre mennesker ikke klarte tvile på at man skal klare det.

Den tredje måten å styrke menneskes mestringstro er sosial overtalelse. For å opprettholde personens innsats og forebygge dårlig selvtillit må personen overtales og inspireres slik at han eller hun lykkes med aktiviteten. Det er viktig at man ved oppstart ikke setter personen til å gjøre en aktivitet som han eller hun sannsynligvis ikke er i stand til å mestre på en god nok måte. Forbedring av egne evner måles ofte opp mot måloppnåelse (Bandura, 1998). Siden HVR foregår i pasientens hjem og nærområde vil denne teorien forankres i HVR, der den enkelte ofte vil møte bekjente i nabolaget som kan ha virkning på økt mestring. I noen tilfeller treffes de eldre på fellestrim, noe som også kan ha effekt på personens mestring.

Det fjerde kilden til mestringstro er fysiologiske og mentale tilstander. Ved å bedømme egen fysisk og mental kapasitet stoler mennesker delvis på tolking og oppfatning av sine kroppslige signaler- (Bandura, 1997). Mestringstro er tett forbundet til ens fysiologiske og mentale tilstand. Den somatiske tilstanden er spesielt viktig når det gjelder fysiske utfordringer samt håndteringen av krevende situasjoner (Bandura, 1998). Man kan forstå fysiologisk og mental tilstand som for eksempel som hos en pasient som under rehabiliteringsprosessen er ikke godt smertelindret, og hvor smertene vil ha en stor påvirkning i ens behandling. Det å gi pasienten

faglig trygghet for å kunne oppdage både fysiologiske og psykologiske utfordringer samt å gjøre pasienten oppmerksom på symptomene for ta symptomene på alvor, vil skåne pasienten for ekstra belastninger. Bandura (1977) mener at belastende situasjoner kan frambringe negative og følelsesmessig reaksjoner. Disse er avhengig av hvilken tilstand personen befinner seg i, og kan gi dårlig effekt på personens mestringstro. Derfor er følelsesmessig opphisselse en annen bestanddel når det gjelder å takle belastende situasjoner, da personen stoler på sin fysiske og følelsesmessige tilstand til å måle egen mestringsevne. Som tidligere nevnt er HVR med på å endre pasientens tankesett ved å øke mestring i det daglige. Mestringsteorien til Bandura skal videre ses i sammenheng med resultater fra denne studien, for å se hvorvidt denne teorien er i tråd med gjennomføring av HVR.

2.5 Hjemmebasert omsorg

Et sentralt mål i hjemmebasert omsorg er å legge forholdene til rette for at pasientens skal kunne oppleve mestring og livskvalitet. I hjemmebasert omsorg møter man mennesker i forskjellig alder med ulike behov for omsorg og mange av dem har kroniske lidelser. Majoriteten av de som mottar helsehjelp er eldre pasienter som har lang erfaringer med å leve med sine kroniske lidelser over lang tid og som har vært gjennom forskjellige faser i sykdomsforløpet (Fjørtoft, 2016). Hjemmebasert omsorg går under loven om kommunale helse- og omsorgstjenester som i hovedsak handler om kommunens plikt til å forebygge, behandle og tilrettelegge for kommunes innbyggere for å kunne mestre sin sykdom og skade. Denne loven har som formål å bidra til likeverd og likestilling og å fremme trygghet i sosialt samvær med andre mennesker. Kommunen er pålagt å sikre at kommunens innbyggere får mulighet til bo selvstendig og ha en meningsfylt hverdag samt å skaffe et likeverdig tjenestetilbud av god kvalitet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011). I hjemmebasert omsorg er pasientens behov for omsorg ganske varierende fra dag til dag og det er endringer i pasientens helsetilstand som danner grunnlag for omsorg og pleieplan. Som sykepleier har man et stort ansvar overfor mange pasienter som krever kontinuerlig observasjon og vurdering samt iverksettelse av ulike tiltak og evalueringer. Kartlegging av pasientens hjelpebehov står som en sentral del av oppgavene, med et helhetlig perspektiv og personsentret sykepleie i tilnærmingen ville man kunne tilpasse et faglig forsvarlig tjenestetilbud (Fjørtoft, 2016). Helsepersonellet som yter helsehjelp er forpliktet etter helsepersonellsoven, som stiller krav

til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp utfra den enkeltes kvalifikasjoner og ansvarsområder. Dette er viktig for kvalitetssikring av helsetjenesten og for at pasienten skal kunne motta god helsehjelp. Vedkommende skal kunne innhente bistand eller henvise pasienter videre der dette er nødvendig og mulig (Helse- og omsorgsdepartementet, 1999a). Tuntland & Ness, (2014) påpeker at den tradisjonelle hjemmesykepleie handler om «å gjøre for» pasienten mens HVR sitt mål er «å gjøre sammen med» pasienten. Karoliussen; (2011) belyser viktigheten av sykepleiernes forståelse av at pasientens egne mål har større betydning for pasientens tilstand og helse, enn at sykepleieren skal komme med målsetting for pasienten. I denne studien beskrives samarbeidet mellom hjemmebasert omsorg og HVR-team utfra deltakernes erfaringer og opplevelser, for å belyse hvilke styrker og svakheter deltakerne har opplevd ved å være mottaker av de ulike deltjenestene i kommunehelsetjenesten.

2.6 Avansert klinisk sykepleie i lys av den nordiske modellen

Avansert klinisk sykepleie i den nordiske modellen deles ifølge Fagerström (2011) inn i åtte kompetanseområder, den direkte klinisk praksisen, etisk beslutningstaking, coaching og veiledning, konsultasjon, samarbeid, case management, forskning og utvikling og lederskap. I denne studien blir den direkte kliniske praksis og case management rollen til avansert klinisk sykepleier diskutert. Direkte klinisk praksis handler om hvordan AKS benytter seg av avanserte kliniske vurderinger, det kreves et mer systematisert tankesett. Dette innebærer dypere fagkunnskap innen anatomi, fysiologi, sykdomslære og farmakologi. Dermed har AKS bredt ansvar for sin vurdering og sine handlinger i møte med pasienter med sammensatte helseproblemer. Direkte klinisk praksis også omhandler å oppnå tillitsfull og dialogpreget samtale med pasienten (Fagerström, 2011). AKS må forstå prosessene som skjer og hva pasienten går igjennom, ved å bruke sin etiske holdning som personlig egenskap, i tillegg vil den kliniske kompetansen bidra til dypere forståelse for pasientens helsesituasjon (Fagerström, Eriksson & Engberg, 1999).

I Norden, der kommunene er små, og det er lange avstander, vil AKS kunne fungere som bindeledd mellom sykepleier og lege for å kunne ta akutte beslutninger som er kunnskapsbasert. Den avanserte kompetansen ville være med å bidra til at helsetjenesten blir

mer tilgjengelig for den enkelte, og kvaliteten på helse- og omsorgstjenesten forbedres (Fagerström, 2011). En del av den kliniske vurderingen er å gå dypere inn i hva som er viktig for pasienten. Det er essensielt å fange opp det som ikke blir sagt, og fange opp pasientens perspektiv og budskap om sin egen situasjon (Fagerström et al., 1999). Ifølge Hamric som belyses i Fagerström (2011), anses den kliniske ferdighet og den direkte kliniske utøving av en avansert klinisk sykepleie å være den mest sentrale kompetansen. Den kliniske kompetansen overstyrer samt påvirker alle kompetanseområder innenfor rollen til den avanserte kliniske sykepleier. Fagerström et al. (1999) mener at der det i den daglige praksisen er behov for kartlegging av pasientens helsetilstand, må AKS stole på sin egen kompetanse for å kunne tolke og observere, samt vurdere pasientens subjektive opplevelser av sykdom, symptomer og opplevelser. Videre hevder Fagerström (2011) at med den medisinske kunnskapen som AKS tilegner seg under utdanning, kombinert med helhetssynet, vil pasienten kunne få en systematisk helsevurdering, som kan føre til et bedre behandlingsforløp. Fagerström et al. (1999) belyser at under helsevurderingen vil AKS kunne avdekke risikofaktorer og tidlige tegn på sykdomsforverring, som ubehandlet vil kunne føre til dårligere helse og nedsatt livskvalitet. For å kunne iverksette tidlig intervensjon, kreves en avansert klinisk kunnskap. Videre mener Jónvør and Fagerström (2016) at en AKS arbeider systematisk for å forebygge unødvendig behandling, minske reinnleggelse, forebygge polyfarmasi samt å øke pasienten sikkerhet (Jónvør & Fagerström, 2016).

En AKS vil kunne bruke sin kliniske kompetanse i kombinasjon med case manager for å fungere som en nøkkelperson mellom ulike deler av tjenesten, som kan koble inn de nødvendige etatene der det er behov for tverrfaglig tjeneste (Fagerström, 2011). Ifølge Jonsson & Malm (2002) er case managers oppgave å skaffe full oversikt over pasientens behandlingsforløp og legge til rette for at pasienten skal kunne velge sin behandling ved å bruke case managerens kompetanse. Brubakken, Grant, Johnson & Kollauf (2011) hevder at case manager rollen kan ha betydelig effekt på pasientens helsestatus og gi veiledning og støtte som bidrar til å fremme pasientens medvirkning. Videre mener Fagerström (2011) at pasienter med et komplekst sammensatt sykdomsbilde vil kreve avansert klinisk kompetanse, samt at de vil ha større behov for planlegging og gjennomføringen av sin helsetjeneste. Et helhetlig syn på pasientens behov for oppfølging, vil være med å fremme pasientens valg ved forskjellige behandlingsalternativer, som er en sentral del i personsentrert omsorg. Ifølge Jonsson & Malm (2002) kan case manageren for et tverrfagligteam ha en ledende rolle og denne rollen vil, ifølge Brubakken et al. (2011), koordinere ulike tjenester utfra pasientens situasjon,

og kan øke pasientsikkert slik at pasienten kan henvende seg til kun en person for ta opp ulike problemstillinger. Hallberg (2002) fremhever viktigheten av case manager ved å hevde at når en skal utvikle behandlingsplan forutsetter man at pasientens delaktighet skal være overstyrende ved valg av mål og tiltak. Og andre involverte personer bør ha tydelige roller hvor man kan forstå hvem som har ansvar for hva. De involverte personene kan være pårørende, helsepersonell med ulike fagbakgrunn og andre fagpersoner.

2.7 Litteratursøk

Søkeord som jeg har brukt for litteratursøket mitt er følgende: goal-oriented; home-based rehabilitation; independence; older people; restorative care. Patient influence, Older persons, Home-based reablement, Qualitative research. Jeg har brukt OR, AND ved litteratursøk for kunne få best mulig treff på søket mitt. Jeg har søkt i databasene Cochrane, Idunn, Cinahl, Oria, SveMed+, Medline, Google og Google Scholar, Pubmed og Helsebiblioteket. Jeg har i tillegg søk på Helsedirektoratet og NSF sine nettsider. For å finne relevante artikler har jeg brukt referanselister i artikler om emnet. Siste søk ble gjennomført den 05.02.2019

2.8 Tidligere nasjonal og internasjonal forskning

Etter en gjennomgang av flere studier ble de studiene som skal presenteres valgt på bakgrunn av relevansen med studiens problemstilling og forskningsspørsmålene. Når man skal forske på et fenomen bør man ifølge Malterud (2017) gjøre seg kjent med eksisterende kunnskap på det aktuelle området, det forutsetter en grundig litteraturgjennomgang.

2.8.1 Tidligere forskning omkring innføring og effekter av HVR

Det er gjort mye forskning på implementering av hverdagsrehabilitering og det er flere RCT-studier av effekten av HVR. Wilde & Glendinning (2012) hevder i sin studie at rehabilitering i hjemmet kan hjelpe pasienten med å beherske ferdigheter og gjenvinne selvtillit. I tillegg hevder Aspinal, Glasby, Rostgaard, Tuntland & Westendorp (2016) at HVR-personalet fokuserer på å hjelpe pasientene med å fortelle hvordan de skal gjøre daglige oppgavene selv, i stedet for å gjøre oppgavene for dem. I en australsk RCT-studie presiserer Lewin et al. (2013) at de pasientene som mottok HVR, hadde betydelig mindre bistand til personlig hygiene enn de som ble randomisert til å motta den tradisjonelle hjemmesykepleien. I oppsummert forskning av Tessier, Beaulieu, McGinn & Latulippe (2016) vektlegger de at økt kunnskap hos de ansatte bidrar til større brukermedvirkning av pasienten og deres familier i beslutningsprosessen. Videre hevder de at HVR er målrettet tilnærming med fokus på pasientens uavhengighet. HVR fremmer økt interesse hos ansatte og større deltakelse av pasientene og deres pårørende i beslutningsprosessen om deres omsorg. I tillegg er det kostnadsbesparende på kort sikt. (Tessier et al., 2016). Videre poengterer Winkel, Langberg & Whrens (2015) at aktivitet i dagliglivet (ADL) hos eldre som mottok hjemmetjeneste, praktiskhjelp og hjelp til personlig hygiene, kan forbedres ved hjelp av et HVR-program. Dette bekreftes i oppsummert forskning av Whitehead, Worthington, Parry, Walker & Drummond (2015). De finner at HVR som omfatter tiltak rettet mot ADL, forbedrer pasientens evne til å utføre disse aktivitetene og bidrar til økt selvstendighet hos den enkelte.

I en RCT-studie i New Zealand hevder Parsons et al. (2017) at deres evaluering har vist at HVR kan redusere dødelighet hos eldre mennesker, innleggelse på institusjon og at HVR bidrar til økt trivsel hos personalet. Langeland et al. (2019) kommer frem til at HVR hadde betydelig effekt på aktivitetsnivå, tilfredshet med resultatet og funksjonsfall etter seks måneder. De positive effektene reduseres dog etter tolv måneder. Rabiee & Glendinning (2011) fremlegger at personalet og lederne ga uttrykk for bekymringer for den tradisjonelle rollen som hjemmesykepleier og vanskeligheten med å tilpasse seg den nye rollen hos pasientene. Derimot har HVR- teamet uttrykket at de ser forskjellene med HVR, og at endring i og kvaliteten på tjenesten har økt livskvaliteten til pasientene. Studiens mål var å kartlegge suksessfaktorer for HVR og om HVR kan å ha flere fordeler for pasienter som hadde funksjonsfall og akutte sykdommer. Legg et al. (2016) hevder i sin oppsummerte forskning at det er manglende bevis på effekten av HVR. De mener at det er behov for forskning på

pasientens erfaring og at det må ha prioritet for rehabiliteringstjenestene. Langeland et al. (2016) oppsummerer med at det er behov for mer forskning på hverdagsrehabilitering, både effektstudier, studier av hva ved HVR som er særlig effektivt og kvalitative studier om pasient, pårørendes erfaringer og ansattes erfaringer om HVR.

2.8.2 Tidligere forskning om pasienterfaringer

I studien til Hjelle et al (2016a) ble åtte eldre pasienter intervjuet. Studien fokuserte på den eldre pasientens opplevelser og erfaringer. Målet med studien var å oppdage hva som virker å være motivasjonsfaktorer hos de eldre under HVR, hvordan de får støtte til å gjenvinne sin tapte funksjon og å vurdere personsentret tilnærming i gjennomført HVR. De understreker at den enkelte eldre pasient har en egen forståelse av sine begrensinger og muligheter. Dermed er valg av aktiviteter som det blir fokusert på i rehabiliteringen en avgjørende suksessfaktor. De konkluderte med at noen deltakere har behov for HVR-teamets støtte som motivasjon for å fortsette. Siden HVR er et tidsbegrenset tilbud, bør man vurdere individuelle oppfølgingsprogrammer etter intensivt rehabiliteringsprogram for å kunne opprettholde de oppnådde funksjonene og ferdighetene til å utføre hverdagslige aktiviteter.

I en dansk studie av Hansen, Eskelinen, Rahnæk & Helle (2015) ble 35 eldre, som var mottakere av HVR i tre kommuner, intervjuet. De eldre var mindre opptatt av selvstendighet i hverdagen når det gjaldt praktiske oppgaver i sitt hjem, men de hadde ønsker om å gjenvinne sin tapte funksjon for å være selvstendig i personlig hygiene. Det vektlegges at de eldre pasientene har uttrykket at personalets faglig kompetanse har stor betydning i å praktisere brukermedvirkning i rehabiliteringsprosessen. Hansen et al. (2015) konkluderer med at HVR er mange ting og at rehabiliteringen og målet for pasienten varierer med pasientens ressurser og behov. Dermed er HVR relevant både for pasienter i en sårbar posisjon og de med begrenset funksjonsevne. Samtidig fremhever de at mange eldre trengte bistand etter endt HVR, eldre med friske ektefeller vil være avhengig av dem for å fungere i hverdagen.

I en engelsk studie av Wilde & Glendinning (2012) ble 34 eldre pasienter og 10 pårørende intervjuet. Studien viste at mange av pasientene uttrykte at de hadde hatt god effekt av HVR og at de følte seg tilfredsstilt, men de opplevde potensielle utfordringer og barrierer hos noen målgrupper. Studien var den første grundige studien av pasienters og pårørende sine erfaringer om HVR som ble det gjort i England. Hensikten var å beskrive hvordan helsepersonell involverer pasient og pårørende i utøvelsen av HVR for å øke trivsel og gevinster for pasientene. Studien lagt vekt på pasientenes oppfatning og erfaring med HVR og hvordan HVR har påvirket deres liv. De fant at det var utfordringer når det gjaldt å skape forståelse for innholdet av HVR hos pasientene. Studien hadde en helhetlig tilnærming som tok hensyn til pasient og pårørende og deres behov for involvering i tjenesten. Mange har uttrykket at de ble tilfredsstilt med HVR. De opplevde at personalet var inkluderende og at de jobbet personsentrert og målrettet, med utgangspunkt i uavhengighet for å øke pasientens autonomi (Wilde & Glendinning, 2012).

Jokstad et al. (2016) gjennomførte en studie i en stor norsk bykommune, der fem eldre ble intervjuet. De hevder at HVR er avhengig av å gjøre pasientene oppmerksom på egne muligheter og ressurser ved oppstart av HVR, selv om pasientene har redusert funksjonsevne ville man få gode resultater av HVR. Til dette kreves en balanse mellom krav og støtte. En gir støtte der det trengs, og vil bidra til at pasienten kommer inn i en positiv spiral hvor han eller hun opplever mestring som fremmer rehabiliteringsprosessen. Studien konkluderer med at ved å utøve personsentrert tilnærming i sitt arbeid, med utgangspunkt i spørsmålet «*hva er viktig for deg?*» vil man legge til rette for at pasienten skal kunne fremlegge sin egne mål for rehabiliteringen. Samtidig fremhever studien viktigheten av og utfordringen med å endre tankesett hos pasientene og personalet i hjemmebasert tjeneste.

Moe, Ingstad & Brataas (2017) har i sin studie undersøkt pasientenes innflytelse på valg av mål under HVR, der åtte COPM-intervjuer ble tatt opp. De ble tatt opp på lydbånd av HVR-teamet gjennomførte intervjuene. Studien påpeker også at i HVR bør kommunikasjonsferdigheter vektlegges for veiledende brukermedvirkning og kartlegging av ressurser og behov. Dette fører til et riktig valg av målsetting hos den eldre pasienten, slik at pasienten føler seg ivaretatt og delaktig i rehabiliteringsfasen. Studien konkluderer med at ved

gjennomføring av COPM i HVR, kreves det kommunikasjonsferdigheter for å løfte frem pasientens deltakelse, både for å kartlegge pasientens ressurser og behov samt å legge til rette for formulering av mål i rehabiliteringen. Teamet må mestre å integrere to intensjoner: målrettet og personsentrert kommunikasjon som krever kommunikasjonsferdigheter og veiledende kommunikasjon, noe som bidrar til å fremme pasientens innflytelse og målstilling (Moe et al., 2017).

Alle fem studiene er kvalitative studier som er relevante studier. Et felles trekk med alle studiene, er at de viser at det fortsatt er begrenset med forskning på pasientens opplevelse og erfaringer i HVR. Samlet sett viser studiene at brukermedvirkning i HVR bør fremmes ytterligere, kommunikasjon mellom HVR-teamet og pasientene skal være klarere ved valg av mål for rehabiliteringen. Pasientene savner oppfølging etter endt HVR og aktivitetene i hverdagen kan forbedres slik at det blir mer variasjon i aktivitetene. HVR-teamet skal jobbe personsentret og målrettet for å fremme pasientens stemme i hele rehabiliteringsprosessen.

3. Metode

I dette kapitlet skal jeg presentere de valgene jeg har tatt ut fra metode og design for å belyse problemstillingen. Forforståelse, utvalg av deltakere, inklusjons/eksklusjonskriterier som ble lagt til grunn for datainnsamling, og gjennomføring av datainnsamling blir beskrevet. Analyse av datamaterialet med alle trinn, samt et eksempel på analysemetoden blir presentert. Kapitlet avsluttes med etiske overveielser.

3.1 Design

Denne studien er basert på et eksplorativt design med kvalitativt semistrukturert individuelt intervju. Ifølge Kvale & Brinkmann (2015), åpner kvalitativ forskning for å forstå deltakernes opplevelse slik den erfarer, og personens oppfattelse av fenomenet; dette for å gi overbevisende beskrivelser av deltakernes livsverden. I sammenheng med dette, mener Malterud (2017) at formålet med kvalitative studier er å undersøke meningsinnholdet i kulturelle og sosiale fenomener, på den måten dette oppleves for personen selv innenfor sine naturlige forbindelser.

Gjennom samtale og handling kan en overføre kunnskapen til praksis for å utføre effektive handlinger (Kvale & Brinkmann, 2015). Ut fra studiens tema og problemstilling, blir en fenomenologisk tilnærming gjennom kvalitative intervjuer en aktuell metode for å kunne søke etter svar på opplevelse og erfaringer, samt utforske karakteriske aspekter ved fenomenet HVR. Den individuelle forståelsen av HVR skal i utgangspunktet gi en beskrivelse av hvordan den enkelte opplever HVR, men sett i sammenheng med de andre deltakernes opplevelse i denne studien, fås en bedre forståelse av HVR.

3.2 Metodologi

Kvale og Brinkman (2015) redegjør for fenomenologiens historie. Filosofen Edmund Husserl grunnla fenomenologi rundt år 1900. Heidegger som eksistensfilosof har videreutviklet den, og Satre og Merleau-Ponty har senere videreført den i eksistensialistisk og dialektisk retning. Bengtsson (2001) hevdet at fenomenologi blir kalt for opplevelsesfilosofi og skiller seg fra både det tradisjonelle alternativet, empirismen, og fra kantianismen. Fenomenologi forsøker både å anta og gjøre den naturlige opplevelsen mer rettferdig. Ifølge filosofen Martin Heidegger, handler fenomenologi om å la det som viser seg bli sett ut fra seg selv. Han mener at i forskning bør man vende seg «Til sakene selv!». I tillegg har fenomenologi en annen mening enn uttrykkene i teologi og lignende fag. I den enkelte vitenskapens objekter angir slike uttrykk saklig innhold, og i fenomenologi beskrives denne forskningen verken gjenstand eller saklig innhold, men en skal kunne si noe om *hvordan det* som denne vitenskapen behandler, skal presenteres og behandles (Heidegger, 2007). Målsetningen for den fenomenologiske tilnærming i kvalitative studier er å komme så nær som mulig, samt å beskrive nøyaktig hva den enkelte har opplevd om fenomenet (Kvale & Brinkmann, 2015). Mennesker har ulik bakgrunn og ser på samme fenomen med ulikt syn. Videre, med utgangspunkt i Heidegger (2007) sin fenomenologiske analyse, vises hvordan verden ikke er helhet av alt som eksisterer, men en livsverden som legges til grunn for alle våre oppfatninger av tingene, det som viser seg for oss. Verden ikke er noe mennesket er seg bevisst; verden er det mennesket lever *i* på en fullstendig og oppslukende måte gjennom faktisk å erfare seg selv og verden i ett, «Verdens verdener». Videre mener Bengtsson (2006) også at med en livsverden-tilnærming vil forskeren studere verden i sin helhet slik den viser seg å være for den som er med i en studie. Forskeren må ha et åpent holistisk syn på deltakernes livsverden, som har mangesidige og mangfoldige egenskaper og egenskapstyper, og hvilken betydningsverdi dette har for deltakeren.

Fenomenologien gjør det mulig å se på HVR med deltakernes «briller», resultatet av deltakernes opplevelse vil gi en ny beskrivelse av deltakernes livsverden, kan brukes til å utvide virkelighetsforståelsen, og kan være med å skape ny kunnskap om HVR. For å kunne utforske ny kunnskap er man avhengig av å stille riktige spørsmål i form av ord og språk. Det er en sammenheng mellom språk og livsverden ifølge Kvale & Brinkmann (2015), og i kvalitative intervju er det språklige samspillet en viktig dimensjon. Siden den språklige teksten er et produkt av intervjuene, vil man forstå viktigheten av språk i den konteksten. Gadamer

(2012) mener at det språklige ordet ikke bare er tegn som vi får tak i, det er likevel ikke tegn vi produserer eller gir den andre, det er ingen værende ting som vi mottar og tildeler vår forestilling av; men det er på den måten vi beskriver vår oppfatning av tingen. Det er ordet som egentlig tilhører saken, derfor kan saken selv komme til orde. Kvale og Brinkmann (2015) hevder at språklige trekk i intervjuene kan bidra til å genere og verifisere meninger i deltakernes utsagn.

Studiens resultat skal videreformidles på en vitenskapelig ryddig måte, derfor bør studien inneholde metodisk refleksjon som belyser fremgangsmåten som ble benyttet. Den metodiske refleksjonen kommer i oppgaven under diskusjonskapittelet.

3.3 Forforståelse

Ved å studere empiri og teorien samt tolke innholdet ville en få en forforståelse. Malterud (2017) kaller forforståelse for forskerens ryggsekk både før og under prosjektet. Forforståelsen vil påvirke forskerens tolkning hele veien når han eller hun leser gjennom datamaterialet. Jeg har ingen direkte erfaringer fra HVR annet enn det som kommer frem i teoridelen, og har ikke erfart å utøve HVR, slik som det er presentert i denne studien.

Gjennom mange års erfaring i hjemmesykepleie har jeg vært opptatt av pasientenes tilbakemeldinger, deres synspunkter på behandling og opplevelse av å bli ivaretatt som mottakere av helsetjenester.

Ved oppstart av HVR i kommunen ble det holdt informasjonsmøte, og på den tiden var jeg og mange av mine kollegaer veldig opptatt av HVR, og at denne nye arbeidsmåten ville være en positiv endring i hjemmesykepleien. Samtidig kom det forventninger fra ledere som sa at en alltid bør bruke HVR i sitt daglige arbeid, og at personalet burde endre sin arbeidsmetode. Mye av bakgrunnskunnskapen min og forforståelsen ble påvirket av informasjonsmøtene. Det er naturlig at en blir opptatt av det som blir gjentatt og sagt mange ganger, og dette vil påvirke ens tankegang.

Etter tre-årig sykepleierutdanning og to års utdanning i masterprogrammet for avansert klinisk sykepleie har jeg fått et bevisst forhold til sykepleierens rehabiliterende funksjon både i spesialisthelsetjeneste og kommunehelsetjeneste. Etter oppstart av utdanningen deltok jeg i faglige diskusjoner med mine faglærere og i begynnelsen var jeg bestemt på at HVR er den nye og den beste måten å levere tjenesten på. Jeg argumenterte ofte med at pasientens autonomi blir fremhevet og at HVR fører til bedre livskvalitet. Faglig diskusjon har åpnet for merforståelse av sakens ulike sider, samt kritisk tenking ved endringsprosesser i helsetjenesten og ivaretagelse av sykepleiefaglige verdier. I tillegg har aktuell empiri og teori preget min forforståelse, noe som igjen har bidratt til mer faglig forståelse av temaet som ble valgt i denne studien. Forforståelsen ble dokumentert i prosjektplanen hvor det ble lagt vekt på min bakgrunn som sykepleier i hjemmesykepleien, og at det å kunne vurdere pasientens beste i enhver situasjon krever faglig forståelse og kritisk blikk. Denne avklaringen ble brukt som påminnelse under datasamling og analyse. Jeg kjenner meg igjen i Malterud (2017) som hevder at forskerens forforståelse gir motivasjon for å starte forskning rundt et bestemt tema. Forskerens rolle er å legge sin forforståelse i parentes slik at den ikke skal påvirke studien, den vanligste feilen man kan gjøre er at forforståelsen overdøver budskapet fra studien.

3.4 Utvalg

Inklusjonskriterier for denne studien var samtykkekompetente kvinner og menn over 65 år eller eldre, som har mottatt HVR fra kommunen. Studien ekskluderte pasienter med alvorlig grad av psykiske lidelser, de med nedsatt kognitiv funksjon, og ikke-norsktalende pasienter. Rekruttering av utvalget ble gjennomført av avdelingsleder for hjemmesykepleie. Videre har avdelingslederen gitt HVR-teamet informasjon om studien, og HVR-teamet valgte 13 potensielle deltagere. Alle de 13 pasientene fikk skriftlig informasjon om studien (vedlegg 1), samt muntlig informasjon av teamet. En av de 13 pasientene valgte å ikke være med på studien grunnet mye belastning i daværende livssituasjon. 12 personer takket ja til å være med på studien, og har skrevet under og returnert samtykkeskjemaet. Etter samtale med en ansatt i HVR-teamet ble det oppdaget at en mannlig deltaker fortsatt hadde aktiv HVR, og han ble ekskludert fra studien. I tabell 1 vises demografiske data om deltakernes alder, kjønn, grunnlag for inklusjon for HVR, behandlingstid og deres mål.

Alder	Kjønn	Grunnlag for HVR	Behandlingstid	Mål for HVR
94	Kvinne	Lårhalsbrudd	6 uker	Trening, gjenvinne tapt fysisk funksjon
90	Mann	Hjerteinfarkt	3 uker	Gå trening i ute område
84	Mann	Lårhalsbrudd	4 uker	Trening, gjenvinne tapt fysisk funksjon
84	Mann	Hjerneslag	4 uker	Å gå uten rullator
82	Kvinne	Alvorlig UVI	4 uker	Å komme ut på egenhånd
80	Kvinne	Parkinson	10 uker	Å gå i trappa uten støtte, selvhjulpet i hverdagen
79	Kvinne	Brudd i ryggen	10 uker	Å bli trygg ved forflytting
78	Mann	Lårhalsbrudd	3 uker	Trening, å bli selvstendig i hverdagen
78	Mann	Operasjon i hode	6 måneder	Å bli selvhjulpet i hverdagen
76	Kvinne	Brannskade/ polynevropati	16 uker	Gjenvinne tapte funksjon og bli selvstendig i hverdagen
70	Kvinne	Infeksjon på operasjonssåret i abdomen	5 uker	Trygghet i hverdagen

Median 81,3 år N= 11 Utvalget består av 6 kvinner og 5 menn.

Tabell 1. Demografiske data

3.5 Datainnsamling

For å kunne besvare problemstillingen og forskningsspørsmålene valgte jeg å bruke kvalitative intervju som metode. Kvale & Brinkmann (2015) understreker at et semistrukturert intervju er et utgangspunkt for å kunne innhente deltakerens egne perspektiver i form av deres livsverden og deres fortolkning av fenomenet slik de beskriver det. Semistrukturert intervju foregår verken som lukkede spørsmål eller som en åpen samtale, men den overordnede intervjuguiden sirkler inn i bestemt temaer. Ifølge Thagaard (2013) foregår det i en samtale mellom forsker og deltaker hvor hovedtema er forhåndsbestemt; man tar opp temaet som skal belyses og tilpasser spørsmålene til relevante temaer som deltakeren bringer opp. Malterud (2017) mener at samtalsens dybde er avhengig av studiens problemstilling og relasjonen mellom forsker og deltaker, man kan velge å gå dypere inn i tema hvis det er ønskelig fra begge partene i samtalen. Jeg har gjennomført alle intervjuene selv med en semistrukturert intervjuguide (vedlegg 4). Intervjuguiden er selvutviklet og tok utgangspunkt i problemstillingen og forskningsspørsmålene med inspirasjon fra teori og eksisterende empiri. Alle deltakerne fikk muntlig informasjon om deres rettigheter ved oppstart av intervjuet for å sikre deres rett til informert samtykke. Intervjuene ble tatt opp på lydopptaker og transskribert. Etter at studien er avsluttet vil lydopptakene slettes, i tråd med beslutning i NSD-godkjenning.

3.6 Gjennomføring

Før intervjuet fikk alle deltakerne telefon om hvor og når de ønsket å stille til intervju. Alle ønsket å stille til intervju hjemme. Under telefonsamtalen fikk deltakerne informasjon om at jeg var fleksibel til å møte dem når det passet best for dem. De fikk bestemme selv når de ønske å møte, samtidig det ble tatt hensyn til at deltakernes andre aktiviteter ikke kom i konflikt med intervjuene. Ett intervju ble holdt i en kafé etter ønske fra en deltaker, og grunnen var mye forstyrrende lyd fra oppussing i naboeliligheten. To deltakere måtte ha sin ektefelle med under intervjuet grunnet begynnende kognitiv svekkelse. Selv om nedsatt kognitiv funksjon var et eksklusjonskriterium, ble det først oppdaget under intervjuene at de to deltakerne trengte bistand fra sine ektefeller for å minnes noe som hadde betydning for

deltakernes utsagn. Ektefellene kommenterte underveis, og la rette for deltakeren slik at vedkommende fikk støtte til å uttrykke seg så tydelig som mulig.

Varigheten av intervjuene var fra 22 til 58 minutter. Det ble ingen avbrytelser under intervjuene. Før intervjuene snakket jeg med deltakerne for å bli litt kjent med dem, slik at de kunne føle seg komfortable. Jeg startet intervjuene med et åpent spørsmål om deltakernes generelle inntrykk av HVR. Dersom det var behov for tilleggsspørsmål, benyttet jeg anledningen uten å avbryte dem. Under intervjuene har jeg notert stikkord for meg selv, og de notatene var stor hjelp med å huske hvordan for eksempel deltakerne brukte nonverbale signaler når de kommuniserte med meg. Intervjuene ble tatt med noen dagers pause, det var en bevisst avgjørelse for å kunne bruke tid til å transkribere og lære mer om intervjueteknikkene, for å bli bedre til neste intervju. Kvale & Brinkmann (2015) kaller det «opplæringslæring», noe som gir nybegynnere mulighet til å merke seg teknikker og dilemmaer ved det å overføre samtaler til skrevne tekster. Lydopptakene ble gjennomhørt to ganger; første gang bare lyttet jeg til intervjuene uten å transkribere for å danne meg et bilde av hele samtalen; andre gang for å transkribere. I tillegg ble noen av lydopptakene hørt opptil flere ganger for å skape nærhet til materialet. Intervjuene ble transkribert ordrett av meg selv. Noen dialektord ble erstattet med andre ord av hensyn til å ikke endre meningsinnholdet i setningen. Transkripsjonen var en tidkrevende prosess, men har samtidig bidratt til mye læring om selve temaet og i tillegg bedre kjennskap til deltakernes livsverden.

3.7 Analyse av datamaterialet

I studien har jeg valgt å benytte systematisk tekstkondensering som analysemetode. Ifølge Malterud (2017) kan en bruke denne metoden som pragmatisk tematisk tverrgående analyse, og analyseprosessen kan gjennomføres på en overkommelig og systematisk måte. Malteruds systematiske tekstkondensering er inspirert av Giorgi sin fenomenologiske analyse. Det er en eksplorativ, deskriptiv og databasert analysemetode som er med på å gi kunnskap om deltakernes erfaring og livsverden, og som kan brukes til analyse av ulike typer empiriske data med forskjellig grad av teoretisk forankring (Malterud, 2017).

Malterud (2012) deler analysemetoden i fire trinn.

1. Helhetsinntrykk
2. Meningsbærende enheter - fra foreløpige temaer til koding og sortering
3. Kondensering - fra kode til abstrahert meningsinnhold
4. Syntese - fra kondensering til beskrivelser, begreper og resultat

I det første trinnet skal forskeren få et *helhetsinntrykk* av datamaterialet med fokus på problemstillingen, med et formål om å få et åpent inntrykk. Dette gir forskeren mulighet til å observere hvilke *foreløpige temaer* som kommer tydelig fram i teksten (Malterud, 2017). I dette trinnet skrev jeg ut alle intervjuene og begynte å lese dem hver for seg, og deretter leste jeg intervjuene på tvers utfra svarene deltakerne hadde gitt på spørsmålene fra intervjuguiden. Jeg lot tekstene snakke for seg, og var lyttende til tekstens uttrykk om hva hvert enkelt intervju egentlig handlet om, samt at jeg prøvde å ikke tolke dem. Problemstillingen var styrende, men jeg søkte etter hva tekstene handlet om i alle intervjuene. Hovedfokuset mitt var å kunne danne et helhetsinntrykk, med et samtidig bevisst forhold til min forforståelse og teorigrunnlaget. Malterud (2017) hevder at man skal være åpen for de inntrykkene som datamaterialet formidler, forutsetningen er å lytte til deltakernes stemme nøye. Etter to gangers lesing av materialet begynte jeg å farge de meningsbærende enhetene med forskjellig farge og dannet åtte foreløpige temaer. Hvert tema fikk navn med farge, og alle tekstbitene fra alle intervjuene ble flyttet under de foreløpige temaene.

I andre trinn har jeg tatt en gjennomgang av materialet linje for linje i søk etter *meningsbærende enheter*. Meningsbærende enheter ble identifisert og sortert til koder og kodegrupper. Malterud (2017) beskriver at i denne fasen skal en skille vesentlig fra uvesentlig, og sortere ut den delen av teksten som skal kunne gi svar problemstillingen. Etter at forskeren har identifisert de meningsbærende enhetene, og kodegruppene er sortert, forestiller hver kodegruppe forskerens foreløpige ideer om forskjellige sider av problemstillingen. Systematisering av meningsbærende enheter kalles for koding. Jeg valgte ni kodegrupper, og de meningsbærende enhetene ble delt med en annen forsker og min veileder. Etter at jeg og den andre forskeren hadde diskutert kodene, så drøftet jeg kodene med veileder. Ifølge Malterud (2017) medfører koding en systematisk dekontekstualisering, der deler av teksten tas ut fra sin opprinnelige kontekst for senere å leses i sammenheng med lignende tekstelementer på bakgrunn av problemstilling og forskningsspørsmålene. Kodene klassifiseres utfra mengden av fenomenets beskrivelse av symptombekymringer som har i

felles. Det hadde vært krevende å plassere meningsbærende enheter under samme kodegrupper, fordi noen kunne tilhøre to eller flere kodegrupper. Jeg måtte legge materialet fra meg, og komme tilbake til det for å kunne se på de kodene fra et annet perspektiv.

I tredje trinn skal meningsenhetene og kodene *systematisk kondenseres* til meningsinnhold og materialet deles i to til tre sub-kategorier. De ni kodegruppene ble plassert i sub-kategorier og deretter fant jeg de nyansene som var i hver meningsbærende enhet som gav felles mening i sub-kategoriene. Ifølge Malterud (2017) er hensikten med det ikke å skape enigheter om sub-kategorier, men å gi rom for flere tolkninger og mulige tilnærminger. Forskeren skal hente ut meninger ved å kondensere innholdet i de meningsbærende enhetene som er kodet sammen, den delen av materialet hvor man ikke fant meningsbærende enheter skal legges til side. Resten av materialet sorteres i tre til fem kodegrupper, tanken er å holde oversikt over robuste resultatpresentasjoner for hver av dem. Jeg gikk frem og tilbake i sub-kategoriene og tema for å finne deltakernes utsagn som illustrerte kategorien.

I fjerde trinn skal forskeren *sammenfatte* betydningen av fortolket data som gir grunnlag for ny beskrivelse og nye begreper, med det formål å bevare deltakernes stemme i analysen. Kodegruppene og sub-gruppene kondenseres for å lage en analytisk tekst som belyses med eksempler i form av gullsitater som kan utdypes i hovedfunn (Malterud, 2017). Det har blitt mye endringer underveis både i sub-kategoriene og kodegruppene og før resultatkapittelet ble skrevet. I denne fasen jeg har formidlet til leseren hva materialet forteller om problemstillingens hensikt og den kunnskapen jeg har søkt etter i studien.

Tema	Meningsbærende enhet	Kodegrupper	Sub-kategorier	Kategori	
Mestring og motivasjon	<p><i>Det var det at det var mange som trodde på meg, og at jeg har fortsatt verdier i meg selv om jeg var syk, at de trodde på meg ga meg et veldig løft.</i></p> <p><i>Jeg mestrer livet mitt nå, jeg står opp om morgenen og utfører personlig hygiene og er selvhjulpent ved måltider.</i></p> <p><i>Etter ti minutter han sa takk for innsatsen! og det betydde utrolig mye.</i></p> <p><i>De så jo at jeg trivdes og at jeg fikk til ting. Jeg så at jeg mestrer ting og jeg ble glad.</i></p> <p><i>De hadde en veldig positiv innstilling og greide å få sin positive innstilling over på meg.</i></p>	<p>Fremheve verdighet.</p> <p>Mestringsevne. Støtte til mestring. Oppmuntring.</p> <p>Positiv innstilling.</p>	Opplevelse av mestring.	Personstyrking	
Mestring og motivasjon	<p><i>Jeg var avhengig av hjelp. Jeg dusjer selv, går opp og ned trappen. Jeg mestrer alt selv nå og jeg er ikke avhengig av noen.</i></p> <p><i>De var oppkvikkende. HVR-teamet har vekket meg opp.</i></p> <p><i>De hjalp med til komme tilbake på rett kjøring igjen.</i></p> <p><i>At jeg så med egne øyne at det er framgang og min egen innsats er avgjørende for resultatet.</i></p> <p><i>Etter tre uker sammen med dem klarte jeg å komme meg opp på trappa uten problemer.</i></p> <p><i>Jeg har et barnebarn som jeg ønsker å følge opp, jeg bruker barnebarnet som motivasjon for å fortsette.</i></p>	<p>Selvstendighet</p> <p>Veiledende støtte.</p> <p>Egeninnsats</p> <p>Veiledende støtte.</p> <p>Motivasjonskilde</p>	<p>Bistand til selvstendighet</p> <p>Oppmuntrende støtte.</p>		
Mestring og motivasjon	<p><i>Det å vise at jeg klarte å gjøre noe ga mestringsopplevelse så etter et par dager fikk jeg oppgaver som skulle løses på egenhånd med støtte fra HVR.</i></p> <p><i>Alle var positive og alle hadde troa på meg, ingen sa det at du klarer det ikke. Det med at jeg ble tiltrodd på å ha et normalt liv.</i></p> <p><i>De tok seg veldig god tid det synes jeg. De tok mine problemer på alvor.</i></p>	<p>Mestringstro</p> <p>Verdisyn</p> <p>Å bli sett og hørt.</p>	Verdigstyrking		

Tabell 2. Eksempel på systematisk tekstkondensering fra kategorien «personstyrking».

3.8 Etiske overveielser

Etiske utfordringer kan ofte oppstå på grunn av det komplekse i å «utforske menneskets private liv og legge beskrivelsen i det offentlige». Slike etiske utfordringer vil prege hele forløpet i studien, derfor er det viktig å ta hensyn til slike problemer helt fra begynnelsen av undersøkelsen til prosjektet fremlegges (Kvale & Brinkmann, 2015). Ruyter, Førde og Solbakk (2014) påpeker at før starten av en studie bør man vektlegge flere vurderinger før man ber om samtykke fra studiens deltakere. Det er mange kriterier som skal oppfylles og oppnås med tanke på hensyn til deltakernes integritet og autonomi. Derfor er det viktig å være oppmerksom på at det ofte vil være et misforhold mellom hva lovgiver har gitt samtykke til, og hva forsker kan levere om den enkeltes situasjon. Ifølge Thagaard (2013) pålegger forskningsetiske retningslinjer forskeren å reflektere over hvordan deltakernes personvern skal beskyttes, samt at deltakernes rettigheter blir ivaretatt. Dette samsvarer med autonomiprinsippet der man skal sørge for at andre personer bevarer sin integritet. For å kunne praktisere autonomiprinsippet er studien meldt til Norsk senter for forskningsdata (NSD) for vurdering av personopplysning (vedlegg 3).

3.8.1 Informert samtykke

Deltakerne i studien ble informert skriftlig om prosjektets hensikt og mål, hvem som har tilgang til intervjumaterialet, at de er med frivillig og at de kan trekke seg når som helst under studien uten å måtte begrunne (vedlegg 1). Leseth og Tellmann (2018) hevder at det stilles krav til forskeren om å innhente samtykke fra deltakerne, og samtykket skal informere om studiens formål og hensikt med mulige fordeler og ulemper med å være deltaker i studien. Dette er i tråd med Declaration of Helsinki (1964) som fastslår at all forskning på mennesker ikke kan gjennomføres uten personenes informerte samtykke.

Alle deltakerne i studien skrev under en samtykkeerklæring (vedlegg 2) og returnerte denne før oppstart av studien. Ifølge Thagaard (2013) er det viktig å huske på at deltakerne beskriver deres opplevelser og uttrykker sin oppfattelse av egen situasjon, uten påvirkning fra forskeren, for å gjenspeile informert samtykke. Det er essensielt at deltakerne står fritt til å svare på spørsmålene som stilles. Med dette forstås at informert samtykke ikke bare er å innhente samtykkeerklæring. Forskningsetiske prinsipper skal bevares under hele studien, man bør

reflektere over sitt ansvar som forsker for deltakernes troverdighet for å bevare deres autonomi.

3.8.2 Frivillighet

Deltakerne er blitt informert om at det er frivillig å delta i studien gjennom at informasjons-skrivet (vedlegg 1) ble sendt på forhånd, samt at frivilligheten ble sikret når HVR-teamet informerte deltakerne muntlig. Alle som ble invitert til å delta i studien ble informert om at hvis de velger å delta, kan de trekke seg når som helst uten å oppgi noen grunn. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for dem hvis de velger å trekke seg. Ved å informere deltakerne på forhånd om deres rettigheter, vil man fremheve deltakernes autonomi. Kvale & Brinkmann (2015) hevder at samtykke skal svære frivillig uten noen form for press, og deltakerne skal ha fått informasjon og forstått hva de samtykker til. Det samsvarer med Declaration of Helsinki (1964) som fastslår at forskeren må respektere hvert individs rett til å beskytte sin personlige integritet, og de må ha frihet til å trekke seg fra studien uten begrunnelse. Deltakerne ble informert om at de har rett til datamaterialet hvis de ønsker det. Ingen av deltakerne har etterlyst det frem til dags dato.

3.8.3 konfidensialitet

Kvale & Brinkmann (2015) påpeker at forskeren skal sikre konfidensialitet ved å endre navn og sørge for deltakeren ikke blir gjenkjennbar, dette for å bevare deltakernes privatliv. Dette betyr at informasjon må endres, men på en måte som ikke påvirker betydningen av innholdet. I denne studien ble deltakerne aidentifisert ved å sette kode for hver deltaker, slik at det ikke er mulig for andre personer å identifisere dem. De kvinnelige deltakerne ble kodet K med tall foran og mannlige deltakere ble kodet M med tall foran. Denne framgangsmåten ga mulighet for at deltakerne ikke kan bli gjenkjent av andre personer. Både lydopptaket og transkriberte intervjuer ble oppbevart i en innelåst safe og på en datamaskin med passord, slik at uvedkommende ikke får tilgang. Deltakerne i studien har fått informasjon om det kan være aktuelt med publisering av studien, og de har fått informasjon både skriftlig (vedlegg1) og muntlig om at de ikke kan gjenkjennes i studien, på den måten er konfidensialitet ivaretatt.

Ifølge Kvale & Brinkmann (2015) bør forsker være oppmerksom på formidlingen av deltakernes utsagn, slik at de ikke blir gjenkjent når en studie skal offentligjøres.

4. Funn

I dette kapittelet presenteres studiens funn og direkte sitater fra deltakerens uttalelser trekkes frem for å illustrere deltakerens opplevelser og erfaringer med HVR. Med bakgrunn fra funnene og en fenomenologisk tilnærming til studiet vil jeg gi en beskrivelse av analysen som har dannet grunnlag for funnene.

Funnene fra studien viser at deltakernes positive opplevelser av HVR. De fleste deltakerne opplevde mer selvstendighet i hverdagen. HVR-teamet har gjennom varierte og meningsfulle aktiviteter økt pasientenes motivasjon til å fortsette målrettet gjennom behandlingstiden. Alle deltakerne opplevde at de ble inkludert i behandlingsplanen og de hadde opplevelsen av å bli sett, samt at deres synspunkter ble verdsatt. Deltakerne har gitt uttrykk for at HVR har gitt dem mulighet til å frembringe egne ressurser og muligheter. Flere av deltakerne løftet frem betydningen av HVR-teamets engasjement og faglige bidrag, i kombinasjon med pårørendes støtte, som suksessfaktor for å oppleve mestring i hverdagen. Funnene viser at de fleste av deltakerne opplevde positive endringer i sin daglige omsorg. Deres tenkemåte er endret fra avhengighet og-til egenomsorg, noe som igjen ga dem mulighet til være selvhjulpne.

4.1 Presentasjon av funn

4.2 Personstyrking

4.2.1 Opplevelse av mestring

I HVR og i alle rehabiliteringsprogrammer kreves det motivasjon og mestring av pasienten, for å kunne oppnå et vellykket resultat av behandlingen. Personalet i HVR har jobbet bevisst med å øke pasientens mestringsevne ved å gi dem tilbakemeldinger underveis, samt

tilrettelegging for små og oppnåelige mål for å styrke motivasjonen til den enkelte pasient. En deltaker delte sin opplevelse av støtte til mestring ved å si at:

«det var mange som trodde på meg, og at jeg har fortsatt verdier i meg selv om jeg var syk, at de trodde på meg ga meg et veldig løft! Når man er ganske langt nede og når noen kommer og sier at dette klarer vi betyr veldig mye».

En annen deltaker delte sin erfaring under treningen og sier:

«jeg skulle ha fysioterapi med ham og etter ti minutter sa ha takk for innsatsen! og det betydde utrolig mye og det som gjorde at jeg kom et skritt videre»

Under intervju ble pasienten glad og det lyste lykkefølelse av vedkommende. Mange av deltakerne i studien opplevde tilbakemeldinger fra personalet som positive, samtidig som de syntes at det hadde vært givende og betydningsfullt for dem. De følte at deres innsatt ble verdsatt av personalet. Alle deltakerne i studien har gitt uttrykk for at de opplever betydelig fremgang og mestring i sitt liv. Mange av deltakerne sier at HVR-personalet hadde en sentral rolle, med sin kunnskap og sine personlige egenskaper har de klart å overføre en positive innstilling til den enkelte pasient. En deltaker forteller at:

«de hadde en veldig positivt innstilling og greidde og få sin positive innstilling over på meg. Det å vise at jeg klarte å gjøre noe ga mestringsopplevelse så etter et par dager fikk jeg oppgaver som skulle løse på egenhånd med støtte fra HVR».

Gjennom denne beskrivelsen ser man hvor viktig opplevelse av mestring for deltakerens liv. Ved å gi omsorg og ved å fremheve mestring gis pasienten muligheten til å prøve selv. En annen deltaker bekrefter betydningen av mestring for å oppnå selvstendighet-ved å si:

«jeg mestrer livet mitt nå, jeg står opp om morgenen og utfører personlig hygiene og er selvhjulpen ved måltider. Jeg har kun hjelp fra hjemmesykepleie til dusj og hjelp til å dra på meg støttestrømper».

4.2.2 Bistand til selvstendighet

Studiens funn viser, av det deltakerne har fortalt om sine utfordringer før HVR og veien til et mer selvstendig liv, at det hadde vært krevende, men også at behandlingstiden hadde vært mer

spennende enn de hadde forestilt seg. Deltakerne uttrykker at de var mest opptatt av måten HVR behandlet dem på, mens HVR var hos dem. Det var viktig i hvilken grad de følte at de ble sett og tatt på alvor. Deltakerne opplevde at de ble verdsatt og at de fikk oppmuntring og støtte. En deltaker sier at:

«jeg følte at jeg ble tatt på alvor og hadde god opplevelse av det. Jeg kunne spørre dem til råd så og de rådet meg og sa at jeg kunne gjøre ting på en annen måte».

En annen deltaker delte sin erfaring med HVR-støtte med å si:

«de var oppkvikkende. HVR-teamet har vekket meg opp da og det var godt å ha noen å snakke med om hverdagslige ting og hvordan de skulle gjøres».

Alle deltakeren beskrev sine opplevelser av selvstendighet i kombinasjon med de daglige gjøremålene sine som hovedmålet med HVR. Flere av deltakerne har beskrevet at personalets arbeidsmetode, som innebærer å aktivisere pasientens egenressurser, sammen med personalets støtte, medførte at de nådde sine mål. Personalets evne til å aktivisere den enkeltes mestringsressurser ved å være fullt og helt til stedet var avgjørende. En deltaker beskriver det slik:

«jeg er så glad at noen foreslo at jeg skulle få HVR. De forandret hele meg. Nå skjønnte jeg at jeg kan klare ting selv, jeg kan dra til byen alene uten å ha med meg hjelp, de hadde positiv innvirkning på meg».

Deltakerne tydeliggjorde sine ønsker og mål med HVR, og selv om alle de målene som ble satt opp ved oppstart av HVR ikke ble nådd, hadde deltakeren fortsatt hadde en god opplevelse av HVR:

«jeg mestrer hverdagen bedre nå, selv om jeg var så opptatt av denne gåinga mi, så de lærte meg å mestre hverdagen min på annen måte og jeg måtte innse at jeg hadde ikke så mange valg enn å sitte i rullestolen».

HVR klarte, gjennom å gi pasienten forståelse for realistiske mål og mulighet til å akseptere funksjonstapet, å gi pasienten en opplevelse av mestring på andre arenaer i hverdagen. Å flytte fokus til noe annet som har betydning for den enkelte, er illustrert i denne beskrivelsen. Deltakeren fikk støtte til å tilpasse seg den ny livssituasjonen til tross for sykdom og

begrensninger. Vedkommende klarte, med hjelp og støtte fra HVR, å endre sin tenkemåte fra det som opplevdes som hindre og over til å mestre de daglige gjøremålene.

4.2.3 Oppmuntrende støtte

Mange av deltakere begrunner en endring i tankesett i at de ble motivert av måten de ble behandlet på og at HVR klarte å sette dem i stand til å komme et steg nærmere sitt opprinnelige mål. En deltaker beskriver sin opplevelse av mestring og motivasjon ved å si:

«at jeg så med egne øyne at det er framgang og min egen innsats er avgjørende for resultatet. Og hvis jeg var sterk nok i troa at det skal gå bra så vil jeg se resultatet av det».

I beskrivelsen ovenfor ser man hvordan personen har klart å aktivisere sin motivasjon ved å se sammenhengen mellom sin egen innsats og mestringsevne, noe som har gitt et vellykket resultat gjennom hele rehabiliteringsforløpet. Målet om et fullverdigriv ble brukt som motivasjonskilde. De fleste av deltakerne har brukt forskjellige motivasjonsfaktorer som kilde til måloppnåelse. Analyse av deres beskrivelser viser at å bruke eget hjem som arena for trening har gitt dem motivasjon for rehabiliteringen. Mange av deltakerne har gitt uttrykk for at det var best for dem å trene i deres egen trapp, stue og kjøkken fordi de i bunn og grunn ville være selvstendige i sitt eget hjem. Derfor er det viktig at de er i kjente omgivelser, det har gitt dem en trykghetsfølelse. Deltakerne fortalte at måten de fikk informasjon fra HVR, om kravene, opplevdes som motiverende. Teamet la det frem på en hyggelig og pent-måte, slik at den enkelte fikk lyst til å fortsette.

Under analysen har det kommet tydelig frem at familierelasjonen spiller en stor rolle for deltakerne. Familie er en motivasjonskilde for dem. En deltaker forteller at:

«jeg har et barnebarn som jeg ønsker å følge opp, jeg bruker barnebarnet som motivasjon for å fortsette».

En annen deltaker forteller at det å ha familien rundt seg, kombinert med profesjonell støtte, betydde gode støttespillere:

«jeg oppleve betydningen av å ha familien rundt meg, jeg hadde ikke klart meg uten min kone hjemme. Jeg tror jeg hadde aktive pårørende i tillegg til HVR som et faglig sikkert i bakgrunn for å hjelpe meg tilbake til et normalt liv».

4.2.4 Verdighetsstyrking

Alle deltakerne tydeliggjorde at personalet hadde verdsatt dem høyt og de opplevde at de ble behandlet med respekt og verdighet. Personalet hadde gode evner til å frembringe det positive hos dem på en god måte, og at det ga dem følelse av å bli ivaretatt.

«Jeg var ganske forvirret og følte meg på en måte ikke verd noe lenger. Alle var positive og alle hadde troa på meg, ingen sa det at du klarer det ikke. Men alle sa at vi klarer dette, først sammen og etterpå du alene Jeg ble tiltrodd på å ha et normalt liv».

Under intervjuet var deltakeren berørt. Måten vedkommende beskrev sin opplevelse av å bli møtt med verdighet av HVR-teamet, viste at det hadde stor betydning. Det at noen var interessert i å hjelpe en som trengte bistand og støtte med engasjement, satte vedkommende stor pris på. Det gjenspeiles i andre deltakerens opplevelser, de har satt ord på at de også ble behandlet på samme måte. En deltaker beskriver sitt møte med HVR slik:

«de presset meg ikke, de oppmuntret meg, og de tok seg veldig god tid det synes jeg. De tok mine problemer på alvor. Så jeg gledet meg til at de kom hver dag».

Alle deltakeren har gitt uttrykk for at det å bli sett som en person og ikke som et prosjekt, kasus eller diagnose betydde mye for dem. En deltaker delte sin opplevelse ved å si at:

«de så på meg som et mennesket som var kommet i en situasjon hvor man trengte hjelp og satt mine ønsker og behov i fokus fra første dag».

Mange eldre i studien mente at man kan bli mer sensitiv i sine relasjoner med andre mennesker. I en sårbar situasjon der den eldre personen har kroppslige begrensinger og i tillegg har mindre sosial kontakt med andre medmennesker, ser man hvor viktig opplevelsen av å bli verdsatt er. Eldre observerer helsepersonellens oppførsel og væremåte i praksis.

4.3 Selvråderett

Deltakerne i studien hadde klare meninger om utformingen av sin behandlingsplan med HVR, og de fleste beskrev under intervjuet hvordan de hadde opplevd behandlingstiden og hvilken betydning HVR hadde for hver enkelt. Alle deltakerne fikk spørsmål fra HVR teamet om hva som er viktig for dem ved oppstart av HVR. Nesten alle hadde ulike behov og mål med HVR. I intervjuene kom det tydelig frem at flere av deltakerne ønsker å være selvstendig i sitt liv. De snakket mye om hva som skulle til for at de følte seg trygge i hverdagen og hvilken rolle HVR hadde for hver enkelt for å sikre trygghet.

«det var det at jeg skulle greie mest mulig selv og det ga meg veldig fin trygghet.

Det var en sikkerhet at de kom hver morgen og hjalp meg å komme i gang. I begynnelsen hadde jeg litt hjelp til personlig hygiene, men etter hvert klarte jeg meg selv».

Betydningen av sosial kontakt trer frem når mennesker mister sin opprinnelige kontakt med sine venner og bekjente, som de har skaffet seg gjennom et langt livsløp. I alderdommen kan behovet for sosiale relasjoner ha større betydning og særlig når man blir hindret, på grunn av sykdom eller fysiske begrensinger, fra å delta i sosiale sammenkomster. Samtidig er samfunnet bygd slik at man på grunn av jobb eller moderne boformer har de eldre adskilt. En deltaker fortalte:

«når man er i de grader avhengig av hjelp og når man får den følelsen av at de er for å hjelpe, blir hverdagen lys. Vi gamle trenger kontakt og det er livsviktig for meg at noen kom å så til meg.

Deltakerne gav uttrykk for at det å klare seg selv i sitt liv er grunnfundamentet hos hvert individ, og det blir påvirket når dagliglivets aktivitet blir begrenset av sykdom eller skade. For å kunne gjenvinne eventuelle tap av funksjon og for å kunne fungere i dagliglivet, trenger personen støtte og veiledning av andre mennesker. En deltaker forteller:

«jeg er sikker på at jeg kommer til å klare meg selv så langt det er mulig i forhold til sykdommen. Jeg føler at jeg klarer å oppnå mange mål enn for mange måneder siden kunne klare»

Flere av deltakerne fortalte at de trengte hjelp for å kunne gjenvinne sin tapte funksjon eller lære nye metoder for å leve med sykdommen, samt betydningen av profesjonell støtte.

«De sa det på den måten så at jeg skulle gjøre ting! Nå greier du deg så fint, så gjør det dette selv og vi trekker oss litt tilbake, men vi er her, sånn at jeg prøvde meg og gradvis fikk jeg den trygghetsfølelsen».

De fleste deltakerne beskrev at selvstendighet i hverdagen har gitt dem trygghet, og de ga uttrykk for at livet før HVR hadde vært krevende med mange fysiske utfordringer, som hadde vært både aldersrelaterte og sykdomsrelaterte.

«Det er deres skyld at jeg har blitt bra og de betydde mye for at jeg har kommet så langt, men jeg veit ikke hvordan det hadde gått med meg uten dem. Jeg vil jo gjerne komme videre med hjelp fra HVR».

Måten HVR hadde planlagt deres behandling på, er styrt av hverdagsmestring som tankesett. Det har kommet tydelig frem i studien at deltakerne ved oppstart ikke var klar over hvorfor HVR-temaet jobber på en annen måte enn tradisjonell-hjemmesykepleie. Deltakerne ga uttrykk for at det som er annerledes med HVR er at personalet legger mer til rette for at pasienten blir selvstendig, noe en deltaker uttrykker slik:

«de lærte meg mer og mer til at jeg greide meg til enkelte ting, men de var jo her, og det var trygt og godt, så ble jeg mer og mer selvhjulpet uten å skjønne det».

4.3.1 Pågangsmot

Alle deltakerne snakket om egeninnsats som drivkraften for å kunne fortsette med HVR og det som har gitt dem pågangsmot. De snakket om smerter, ubehag og kroppslige plager som hinder-for en optimal treningsperiode, men tross alle plagene valgte de å fortsette sin trening målrettet, og de fleste hadde nådd sine mål. Ved spørsmål om hva som har gitt dem styrke, svarte de fleste at de følte et slags pågangsmot og en livslyst som det var uunngåelig å ikke sette fokuset på:

«Jeg prøvde det slik de fortalte meg å gjøre, men jeg bestemte meg jeg skal klare det og jeg skal ikke gi opp. Da bestemte jeg meg selv - til jul skal du gå med rullator. Det gjorde jeg!».

Under intervjuene har det kommet frem at deltakeren var fullt pleietrengende, men at vedkommende hadde stort pågangsmot og potensiale til å fortsette sine daglige treningsprogram. Det å ha stor egeninnsats var avgjørende for å gjenvinne tapt funksjon som hadde gitt deltakeren en begrenset hverdag. En deltaker delte sin erfaring om de små hverdagslige gjøremål ved å si:

«mine pårørende fikk også sett hvordan jeg klarte det, de små endringene så de veldig fort. Jeg merket det selv så jeg ble glad og fornøyd fordi jeg så pågangsmot».

Gjennom analyse finner man en felles reaksjon hos de fleste deltakerne når de strever med små hverdagslige gjøremål som virker store når de ikke mestrer det, og det krever mye pågangsmot av hver enkelt å ikke gi opp håpet om å bli bedre.

4.4 Daglig omsorg gir bedre hverdag

Før oppstart av HVR hadde de fleste av deltakerne daglig tjeneste fra hjemmebasert omsorg, og de mottok hjelp til både personlig hygiene og medisinerings, for å nevne noe. Etter avslutning av HVR hadde mange av deltakerne kraftig redusert sine tjenestebehov. De opplevde selv stor endring i hverdagen sin, samt de følte selv at de hadde hatt bedre oppfølging fra HVR enn hjemmesykepleie. Deltakeren oppga ikke noen misnøye med hjemmesykepleie, men de pekte på at HVR hadde bedre tid og jobbet mest med konkrete aktiviteter som ble lagt til grunn for rehabiliteringen. Aktivitetene skulle i utgangspunktet utføres med deltakeren, ikke for deltakeren. Dette illustrerer tydelig at tankegang (modellen?) for HVR ble praktisert og gjennomført systematisk etter en mer tverrfaglig og personsentrert behandlingsplan for den enkelte. En deltaker forteller at:

«det var da de hverdagslige ting som jeg skulle gjøre selv, så jeg fikk informasjon om det, men jeg måtte gjøre alt selv da. De satt meg i gang og de hadde kunnskaper om det».

Gjennom analysen fremkommer daglig omsorg som et viktig tema. De fleste er opptatt av at HVR legger til rette for å ivareta grunnleggende behov i daglig omsorg. Man ser en sammenheng med HVR sin arbeidsmåte som tar utgangspunkt i å fremheve pasientens egenomsorg ved å bevisstgjøre dem til et mer selvstendig liv uten å være avhengig av andres hjelp i hverdagen. Med dette utgangspunktet opplevde nesten alle deltakerne i studien, og har gitt uttrykk for, at de klarte å fremme sin helse og livskvalitet med støtte fra HVR. En deltaker beskriver ivaretagelse av sin egenomsorg ved å si:

«Jeg synes jeg har det bra, nå jeg trener meg opp selv, nå trives jeg og nå sover jeg og har det bra slik».

Selv om det er vanskelig å måle effekten av HVR på livskvaliteten, viser denne beskrivelsen at man kan oppdage et glimt av bedring i livskvalitet hos den enkelte. Denne deltakeren satt i rullestol og har etter intensiv trening med HVR teamet kommet seg så mye at per dags dato har vedkommende ingen aktive tjenester fra kommunehelsetjenesten. En annen deltaker delte sin opplevelse med å si at:

«jeg ble hørt og tatt på alvor, de var enestående. De tok også meg med ute, jeg har ikke vært ute på lenge, vi var på den nye restauranten».

Deltakeren viser sin tilfredshet med tjenesten, samtidig som hensikten med turen var å trene ute, og det kan også være noe som ga vedkommende mulighet til å dekke sin sosiale behov. De fleste deltakerne opplevde at hverdagen deres ble fylt med meningsfulle aktiviteter med HVR og det var mye variasjoner i aktivitetene slik at det vekket deres interesse for å følge med. Flere deltakerne har gitt uttrykk for at de opplevde en økende positiv endring i deres liv etter oppstart av HVR. En deltaker valgte å si:

«Jeg hadde veldig god hjelp for å komme meg videre. Når jeg ser tilbake da jeg ble stelt som en unge på sykehjemmet så er man nødt til å si det. Jeg synes de hjalp med på alle mulige måter».

Deltakeren med dette sitatet beskriver det helhetlige omsorgsperspektivet som ble lagt til grunn for å møte deltakerens ønske og mål med sitt liv og sin helse. For at en person skal oppleve å bli ivaretatt, kreves omsorg for den enkelte og et helhetlig menneskesyn. Med det å bli stelt som en unge, mente deltakeren at vedkommende ikke hadde så mye evner til å klare

seg selv. Man ser en stor forandring i helsetilstanden hos deltakeren, noe som har gitt vedkommende mulighet til å gjenvinne sine fysiske funksjoner og bli selvstendig.

«Jeg vil si at jeg er sjeleglad for at jeg fikk den muligheten å delta i HVR og det setter jeg virkelig pris på fordi det gjorde situasjonen min mye lettere».

Livsglede og å ha noe å se frem til hadde stor betydning for alle deltakerne. Mange forteller at alderdom og et begrenset nettverk gjør at man blir mere eller mindre isolert og at kontakt med HVR hadde stor betydning for dem. I analysen kom det frem at de fleste opplevde at deres daglige omsorg ble godt ivaretatt av HVR og de satt virkelig pris på den hjelpen de har fått. Deltakerne opplyste at de følte at hverdagen deres ble fylt med mening og mange trakk frem viktigheten av å gjøre noen aktiviteter sammen med andre mennesker har gitt dem mulighet til å se mere lyst på fremtiden.

4.5 Samarbeid mellom personen og profesjonelle

4.5.1 Inkludering og personsentret tilnærming

Deltakerne opplevde at det var lett for dem å komme med sine ønsker og mål til HVR-teamet, men noen av deltakerne hadde utfordringer med å komme med klare mål og de trengte støtte og veiledning for å finne de riktige målene for trening. De fleste opplevde at det ble brukt god tid til å finne ut hva slags aktiviteter de skal ha. Mange følte også at personalet ble godt kjent med dem og det resulterte i bedre samhandling mellom dem. Utfra deltakernes opplevelse av å bli inkludert i både planlegging og gjennomføring av daglige aktiviteter som tok utgangspunkt i spørsmålet *hva er viktig for deg?* mente alle deltakerne at de ble inkludert fra første møte med HVR, og at det ble lagt til rette for den enkelte for å ta sine egne valg og bevare friheten sin på en verdig måte. En deltaker opplyste at:

«samspillet gikk vel med mine premisser egentlig. Det var mine premisser som var lagt til grunn for det som skulle gjøres, og jeg tror ikke jeg opplevde en eneste gang at de satte målene. Målene ble satt av meg hele tida»

Alle deltakerne gav uttrykk for at det å bli inkludert er den viktigste delen for deres liv, og at når en vil komme med sine ønsker, da er det svært viktig å bli møtt med respekt og verdighet. De fleste mente at selv om man ikke vet hva utfallet av uprøvde målsettinger kunne bli, klarte personalet å møte dem der de er. Mange av deltakeren hadde delt sine hverdagslige utfordringer med personalet og brukte deres kunnskap og erfaringer til å finne løsninger som kunne passe for dem. De opplevde at personalet hadde jobbet målrettet for å være med å planlegge realistiske mål utfra den enkeltes ressurs og motivasjon for innfri deres ønsker om rehabiliteringen. En deltaker opplyste at:

«Jeg delte de tingene som var problematisk for meg med HVR teamet og forventet gode tips og råd fra dem. Og jeg hadde denne følelsen av at de hadde allerede drøftet de utfordringene og kommet med en løsningsstrategi som kunne passe for meg»

Deltakeren var opptatt av hvordan de skulle finne gode løsninger sammen med HVR-teamet for å normalisere hverdagen så godt som mulig. Ofte ble de hverdagslige utfordringene drøftet og alle deltakerne opplevde at de ble inkludert hver gang de kom med sine ønsker. Samtidig, når deltakeren og HVR teamet hadde planlagt mål og tiltak for den enkelte, følte de at teamet hadde vist hensyn til deres pårørendes tilbakemeldinger, slik at pårørende også hadde følelsen av å bli inkludert.

«Jeg opplevde at HVR teamet hadde en lyttende holdning overfor meg slik at jeg følte at de var interessert i å høre hvordan jeg hadde. Jeg hadde hele tida en følelse at de var opptatt av meg og min situasjon»

Med beskrivelsen ovenfor uttrykker deltakeren egenskaper hos personalet som vedkommende satt pris på. Denne beskrivelsen gjenspeiles i mange intervjuer. Flere deltakerne trakk frem at det som var grunnlaget for rehabiliteringen var at HVR-teamet jobbet personsentrert. Mange hevdet at HVR-teamet hadde engasjement i hver enkeltes behandlingsforløp, noe de har vist i sin faglige utøvelse. Under samtalene deltakerne hadde med HVR, har viktigheten av skreddersydd individuell rehabiliteringsplan som fungerte hos de fleste, kommet frem. Alle deltakerne ga uttrykk for at temaet jobbet personsentrert med utgangspunkt i hva som var viktig for den enkelte til enhver tid.

«Jeg hadde møtt folk som hadde et profesjonelt syn på hva HVR er og så kunne de? hjelpe meg på et profesjonelt grunnlag og det betydde mye for meg, det ga meg trygghet».

De fleste deltakerne har satt ord på en opplevelse av at HVR-teamet har et profesjonssyn som er i takt med utøvelse av omsorg for en som trenger bistand og støtte for å kunne fungere best mulig i den nye livssituasjonen. Deltakerne mente at HVR teamet brakte med seg hjelp til selvhjelp som har gitt mulighet til å aktivisere den enkeltes ressurser for å normalisere hverdagen.

4.5.2 Samhandling

HVR krever tverrfaglig samarbeid og de fleste deltakeren i studien opplevde at samarbeidet mellom personalet hadde vært enestående. Deltakerne trakk frem at når en annen person av teamet som kom på besøk hos deltakeren, så var vedkommende orientert om dens situasjon og visste hvor langt deltakeren hadde kommet i behandlingsopplegget og hvilke utfordringer vedkommende hadde, slik at de kunne fortsette samme trening med utgangspunkt i behandlingsplanen. En deltaker sier at:

«de hadde allerede diskutert tydelig på forhånd og gitt informasjon videre til hjelpere som skulle komme. Det forbauset meg da at den nye pleieren som kom var orientert om min situasjon».

Kommunikasjonen mellom teamet og deltakerne hadde vært god og de fleste deltakerne fortalte at de har opplevd at når de ga beskjeder ble det alltid tatt hånd om. To av deltakerne opplevde kommunikasjonssvikt når en av ansatt var hos dem og ikke fikk med seg det som ble sagt til vedkommende og de brukte mye tid til å forstå hverandre, men etter at deltakerne hadde sagt ifra om det, tok HVR-teamet hånd om det slik at de sendte aldri denne personen til dem. Det var positivt med HVR-teamet at de reagerte fort hvis ting kom i ubalanse, samt de var raske med å skaffe hjelpemidler når det var behov for det.

«det var jo beundringsverdig egentlig at dem reagerte så fort. Ingen sånn byråkratisk fremgangsmåte, når jeg trengte noe hjelpemidler, kom noen dagen etter fra kommunale hjelpemiddellager og leverte det»

Samlet sett hadde alle deltakerne en opplevelse av kontinuitet i tjenesten, og de har gitt uttrykk for at kontinuiteten har gitt dem trygghetsfølelse, samt at det bidro til at deltakerne ikke måtte forholde seg til mange forskjellige hele tiden. Når det oppstod sykdom blant personalet i teamet, prøvde de å erstatte med en kjent vikar, som kjente den enkeltes behandlingsplan. De

deltakerne som hadde hjemmesykepleietjeneste la ekstra vekt på det med tanke på at personalet i hjemmesykepleie har større flertall enn HVR teamet. En deltaker sammenlignet gjennom sin beskrivelse av kontinuitet i HVR-tjeneste med hjemmesykepleie og valgte å si at:

«jeg synes HVR er mye bedre, hjemmesykepleien var mange og de var hos meg flere ganger om dagen. Jeg ble kjent med HVR team og det var en stor fordel. Det å kunne forholde seg til få personer gir trygghet»

Videre opplevde de fleste deltakerne at tverrfaglig samhandling virket å være målrettet. Det kom tydelig frem at treningsopplegget ofte ble satt av fysioterapeuten, men det ble gjennomført av annet helsepersonell som ofte var sykepleiere, helsefagarbeidere og assistenter. Noen av deltakerne ønsket mer aktiv behandling med fysioterapeuten, dette ble ikke satt mer fokus på, en deltaker opplyser at:

«jeg skulle hatt fysioterapi med engang da jeg kom hjem fra rehabilitering og en ordentlig trening med fysioterapeut. Det måtte jeg gjøre selv ved å søke privat fysioterapeut».

4.5.3 Innstilling

I intervjuene fikk deltakerne spørsmål om var det noe som ga dem styrke under HVR. Mange av deltakerne trakk frem at HVR-teamet med sin kompetanse og personlige egenskaper som positive, lyttende, imøtekommende, hyggelige og engasjerte, var en motivasjonskilde. Det å ha evne til å oppdage den enkeltes ressurser og evner for å bringe frem det positive hos den enkelte, ble verdsatt av mange av deltakerne.

«De hadde noe godt med seg hele tida, smilende, vennlige og hørte aldri negativt ord fra noen av dem. De var alltid positive og de hjalp meg å rette blikket framover».

Mange deltakere mente at teamets holdning overfor egen fagutøvelse medførte positive endringer i deltakernes hverdag. De opplevde at teamet var interesserte å hjelpe den enkelte, de var tålmodige og det ga likeverdfølelse hos de fleste deltakerne. Samlet sett fortalte deltakerne at de hadde positive forventninger til HVR-teamet, de la spesielt vekt på at teamet snakket mye med dem om all slags mulige tema og mest de temaene den enkelte var opptatt

av. De skapte dialog med deltakerne under trening slik at den fysiske påkjenningen ble mindre merkbar og ga den enkelte følelsen av at de hadde felles mål og visjon.

«Hver gang de kom så lyste håp og vennlighet av dem og det gjorde meg trygg på den situasjonen jeg var i».

Et fellestrekk for opplevelsen hos de fleste deltakerne var at helsepersonell er engasjert i andre menneskers velvære og legger til rette for en bedre. Deltakerens beskrivelse av personalets væremåte bekrefter at de har kunnskap og personlige egenskaper.

4.6 Tilpasse de individuelle krav

4.6.1 Krav til selvhjelp

Alle deltagerne hadde fått et treningsprogram å følge. Treningsprogrammet var basert på den enkeltes funksjonsnivå og mål for HVR. De hadde fått informasjon om at de skulle gjøre noen daglige øvelser på egenhånd, slik at når teamet kom neste gang, skulle deltakeren fortelle hvordan gjennomføring av øvelsene hadde vært. Under trening med teamet ble det stilt krav ut fra den enkeltes helsetilstand og fysiske funksjoner. Analysen viste en felles forståelse hos alle deltakerne for at det å stille krav ved HVR har satt dem i riktig spor, noe som bidro til målrettet trening.

«Jeg fikk noen øvelser som jeg skulle gjøre dag for dag. Det var ikke å klappe på meg hele tiden, de stilte litt krav, så jeg prøvde virkelig».

Deltakerne var positivt til å stille krav. Mange mente det var nødvendig å sette seg mål, og for å kunne komme dit bør en stille krav og følge det så godt som mulig. Det var en felles enighet hos deltakerne om at det var bevisst handling fra HVR-teamet å stille krav og forventinger til hver enkelt. Mange deltakere brukte det også som en motivasjonskilde. En deltaker beskriver sin opplevelse det å møte krav slik:

«de utvidet stadig rammene for mine aktivitet slik at jeg måtte henge i seila for å klare å oppfylle kravene, så betydde det at jeg stadig nærmet meg et steg til mitt opprinnelige mål om å bli selvhjulpen»

Når HVR så at delmålene for treningen ble oppfylt, satt de ytterligere aktiviteter i samråd med deltakeren som kunne være interessante for den enkelte. Noen deltakere mente at kravene kunne vært mer forsterket overfor dem. Det er mulig at det var bevisst fra temaets side, men de følte noen ganger at teamet var veldig forsiktige med å stille krav. En deltaker forteller at:

«når de gikk, så prøvde jeg selv med strengere krav og øvelser enn det de hadde foreslått, så jeg tøyde grensene selv noe lengre enn dem hadde sagt en skulle gjøre».

4.6.2 Tjenesteutvikling

De fleste av deltakerne sa mye positivt om HVR og hadde opplevd at den nye tjenesten hadde fungert hos dem. Det er mest naturlig å stille spørsmål om eventuelle svakheter med tjenesten til mottakere av tjenesten. Alle deltakerne fikk spørsmål om var det noe de savnet eller var det noe som burde vært gjort annerledes? Samlet sett mente deltakerne at de følte at HVR ble altfor raskt avsluttet, og at det ble veldig lite oppfølging etter avslutting.

«Det jeg var misfornøyd med at det var kun seks uker og brått slutt! Over og ut! jeg kunne ønske meg at de kom en gang eller to ganger i uka, eller ringte og spurte hvordan går det med deg, har du kommet deg videre»

Noen av deltakerne fortalte at de som skal ha HVR bør tenke godt gjennom valg av mål med daglige aktiviteter og ikke overlate det bare til teamet, og gjerne flere delmål underveis. Noen av deltakerne hadde fortalt at de ønsket mer fysioterapi, men på grunn av ressursmangel ble det ikke gjennomført.

«fysioterapeuten burde sagt til meg at jeg burde bruke to krykker og ikke bare en og det betyde at jeg fikk overbelastning på den andre siden som ga nye problemer for meg»

Noen av deltakerne snakket om å utvide tjenesten ytterligere med tanke på behov for å beholde folk i sine opprinnelige hjemmemiljøer istedenfor å sende dem over til institusjon for rehabilitering. Et annet forslag var at HVR-teamet kunne ha mulighet til å benytte rehabiliteringsavdelingen i sine treningsprogram. Der ville man trene i tilrettelagte omgivelser

i tillegg, hvis det er ønskelig for den enkelte og det kan bidra til raskere gjenoppretning av funksjonsfall.

5. Diskusjon

5.1 Resultatdiskusjon

I dette kapitlet drøftes funnene fra denne studie imot teoretisk rammeverk og funnene fra andre relevante studier, fagartikkel og egne erfaringer som sykepleier i hjemmesykepleien. Strukturen på drøftingskapitlet har overskrifter som tok utgangspunkt fra funnene og ble styrt av problemstilling og forskningsspørsmålene. Deretter avsluttes kapitlet med metoderefleksjon.

Problemstilling og forskningsspørsmålene presentert på nytt.

Problemstilling: Hvordan opplever eldre pasienter hverdagsrehabilitering i hjemmebasert omsorg?

Forskningsspørsmålene

1. Hvordan opplever den eldre pasienten mestring under og etter avslutning av hverdagsrehabilitering?
2. Hvordan deltar den eldre pasienten i egne beslutninger om hverdagsrehabilitering?
3. Hvilke styrker og svakheter opplever pasienter som får hverdagsrehabilitering?

5.1.1 Selvstendighet i hverdagen

Funnene i denne studien har beskrevet hvor viktig er for den eldre å være selvstendig i hverdagen og målet deres med den nye tjenesten (HVR) var å kunne klare seg selv og uten å være avhengig av noen. Det som mest virket hinder for deres hverdag var den fysiske begrensingen som var enten aldersrelaterte eller sykdomsrelaterte. Man vet at i høye alder ville man oppleve naturlige funksjonsnedsettelse som en del av livet, derfor man ville ha bistand til fungere så langt som mulig til tross for hindringer. Enten en vil tilpasse seg i den nye livssituasjonen eller ville kjempe mot de kroppslige begrensingene som med sikte på velfungerende hverdag etter

at de har avsluttet HVR. Den som har evnen til å aktivisere sine ressurser ville merke resultatet som kan være bidrag til uavhengighet. Wilde & Glendinning (2012) hevder at HVR kan virke effektiv med å arbeide målrettet for å gjenvinne uavhengighet hos den enkelte. Den eldre pasienten ville trenge bistand til å fremhev sin uavhengighet derfor man sier seg enig i det. I en rekke studier i HVR legges vekt på pasienten ville fremme sin selvstendighet. HVR er en individuell omsorgstjeneste som støtte uavhengighet som tar sikte på å hjelpe pasienter med å fortelle hvordan de skal gjøre ting (Aspinal et al., 2016). Glendinning et al. (2010) hevder at pasientene og HVR teamet visste i utgangspunktet veldig lite om innholdet og målene med HVR, men likevel rapporterte de forbedret uavhengighet, større tillit og økt motivasjon har gitt ytterligere utbytte på egenomsorg hos deltakerne. Det gjenspeiles også studien til Hjelle et al. (2016a) der deres funn støtter at pasientene trengte veiledning og støtte for å kunne planlegge hverdagen for å fremme sine selvstendighet. Hansen et al. (2015) hevder også at selvtillit og uavhengighet de eldre legger generelt stor vekt på, men viktigst når det gjelder personlig hygiene, men de la mindre vekt på ADL.

På en annen side viser Whitehead et al. (2015) i sin studie at det er begrenset for at HVR kan redusere pasientens avhengighet i sin utøvelse. Da vi man reise spørsmål om er det HVR som har gitt deltakerne opplevelse av uavhengighet, eller er det resultat av å sette mer fokus på den nye tjenesten der personalet satt av tid til å utøve sin profesjon på en mer systematisk måte som kan måles ved bruken av kartleggingsverktøy som COMP for å dokumentere pasientens uavhengighet utfra pasientens beskrivelse. Ifølge Fæø, Petersen & Boge (2016) det som skiller HVR fra den tradisjonelle sykepleien at en vil kunne kontrollere kostandene når personalet og pasienten gjør sin del av oppgavene. Man sier seg enig med Birkeland (2014) som hevder at det er for lite fokus på rehabiliteringsaspektet i hjemmesykepleie. Derfor mener han at HVR ikke kommer med noe helt nytt, men hensikten med HVR er å endre tankegangen hos de ansatte i hjemmesykepleie. Man vet at etter en skade eller slag kommer sykepleierens rehabiliterende funksjon til syne. En vil si seg enig med Fjørtoft (2016) som hevder at rehabilitering har avgjørende betydning i hjemmesykepleie.

Av personlig erfaring oppleves hjemmesykepleien som et område i helsevesen som er stadig under press, særlig etter samhandlingsreformen hvor både antall pasienter og oppgavene til sykepleierne er økt betraktelig. En må ikke glemme at hvis man setter fokus på en tjeneste og samler krefter til den tjenesten med økt ressurs vil man ofte få gode resultater. Sykepleierens rehabiliterende funksjon i et tverrfaglig samarbeid har man gjennom en årrekke gitt

rehabilitering til pasienter og har fått gode resultater av det. Når man ser på demografiske data fra denne studien ser man at åtte av elleve deltakerne trengte rehabilitering etter skade eller operasjon. Samlet sett viste alle deltakerne tilfredshet med HVR fordi de opplevde at teamet hadde god tid når de var hos dem. Deltakerne i denne studien opplyste at det var få personer en måtte forholde seg til og det var kontinuitet i tjenesten som har gitt dem trygghet. Studiens funn samstemmer med en del andre studier (Glendinning et al., 2010; Trappes-Lomax & Hawton, 2012) som hevder at kontinuitet ble verdsatt hos nesten alle deltakerne, og de uttrykte en tilfredshet av å motta støtte fra et lite team med HVR og det var lette å kunne bygge gode relasjoner med dem.

5.1.2 Motivasjon under rehabilitering

Funnene i denne studien har vist at de fleste deltakerne har nevnt forskjellige motivasjonskilder som hadde betydning for dem og hva var det som økte deres pågangsmot for å fortsette med rehabiliteringen. Noen brukte den sosiale støtten de fikk av sine nærmeste, noen nevnte teamets støtte, mens mange pekte på det å kunne komme tilbake til et fullverdighv som motivasjonskilde. Hjelle et al. (2016a) påpeker at det å kunne arbeide sammen for å se bedringen samt med å utføre hverdagslige aktiviteter var påvirkende elementet som aktiverte den enkeltes egen og ytre motivasjon. Fürst & Høverstad (2014) vektlegger at for å oppnå et vellykket resultat er pasientens motivasjon for egen innsats avgjørende. De samme forskere vektlegger også at det er viktig at pårørende har forståelse for viktigheten av tiltakene i daglige aktiviteter, slik at pasienten har mål i sine daglige aktiviteter. Hjelle et al. (2016b) hevder at en viktig kjennetegn i rehabiliteringsprosessen var samarbeidet mellom pasient og HVR-teamet. Under det første COPM-intervjuet blir pasientens motivasjon stimulert gjennom å definere egne mål. Førland & Skumsnes (2016) fastslår at ved å benytte COPM-verktøyet i HVR setter en fokus på hva som er viktig for den enkelte pasient, der pasienten selv definerer sine egne mål, noe som kan gi pasienten større motivasjon til å gjennomføre sitt treningsprogram. Rabiee & Glendinning (2011) mener at mesteparten av deltakerne var enige om at de fikk lyst til å trene og deres egen motivasjon ble ansett å være en annen faktor som påvirker effekten av resultatet. Ifølge Birkeland (2014) er motivasjon hos den enkelte en avgjørende faktor i rehabiliteringen og en må tenke seg at ved manglende motivasjon hos pasienten må ikke det brukes som eksklusjonskriterier i rehabiliteringen. Det samstemmer med studien til Jokstad et al. (2016) som hevder at det er ikke alltid nødvendig med å motivasjon

ved oppstart av HVR. Selv om pasientene er lite motivert i starten kan motivasjonen komme etter hvert som de har prøvd aktivitetene og når de selv opplever resultater vil også lysten til å prøve det komme.

I denne studien kom det frem at det å kunne være i sitt eget hus som motivasjonskilde og det ble vist gjennom analysen at flere deltakeren ble motivert. Studiens funn samstemmer med det som har kommet frem i studien til Hjelle et al. (2016a) som opplyser at drivkraften for den enkeltes egen motivasjon skjer i samhandling med ytre motivasjon. Indre motivasjon var basert på personens pågangsmot og ansvar, og ytre motivasjon ble uttrykt for å bli styrket ved å være i sin boområde sammen med sine nærmeste, samt med støtte fra HVR-teamet.

En annen faktor som også hadde positive innvirkning hos den enkelte var tilstrekkelig informasjon og tydelig avklaring av de individuelle målsetningene som hadde forsterket forståelsen av tjenestens mål og økt motivasjon for å nå disse målene (Moe et al., 2017; Wilde & Glendinning, 2012). Ettersom motivasjonsgraden er varierende hos hver enkelt, vil en spørre seg hva som skal til for at den enkelte skal øke sin motivasjon og hvilken rolle helsepersonell har. Man sier seg enig med Glendinning et al. (2010) og Trappes-Lomax & Hawton, (2012) , som hevder at personalet i teamet har en viktig rolle ved å motivere pasientene og gjennom sin engasjement vil det ha en positivt effekt på motivasjoner hos dem. Ifølge Newbronner et al. (2007) er en viktig del av HVR å hjelpe pasientene med det de skal gjøre selv istedenfor å gjøre oppgaver for dem. Å bruke denne nye tilnærmingen kan være utfordrende for både personalet og for pasienten. En forutsetning for at HVR fungerer effektivt, er at teamet trenger ferdigheter til å motivere og oppfordre pasientene til å bli så uavhengige av hjelp som mulig.

I denne studien hadde de eldre god opplevelse av å få positive tilbakemeldinger fra personalet. Samtidig de syntes at det hadde vært givende og betydningsfullt for dem og de følte at deres innsats ble verdsatt av personalet, noe som bidro til at de ble mer selvbevisst på sin fremgang. Det å ha tro på bedre hverdag har gitt dem motivasjon til å fortsette. Det understrekes i studien til Jokstad et al. (2016) at pasienten trenger bekreftelse på det som vedkommende mestrer og teamet må være observant på hvilke utfordringer pasienten har for å kunne sette tiltak rettet mot det. De vektlegger også at balansen mellom krav og støtte er spesielt viktig ved oppstart av HVR. Deltakerne i denne studien har også uttrykt at teamet stiller krav til dem ettersom det

er et tidsbegrenset tilbud og målet deres var å kunne klare seg selv etter at de har avsluttet HVR. Studiens resultat har vist både at den sosial støtten og den tverrfaglige støtten hadde vært motiverende momenter i rehabiliteringsprosessen hos deltakerne.

5.1.3 Brukermedvirkning

Funnene fra denne studien viser at deltakerne opplevde selv at de ble inkludert helt fra starten av HVR og de eldre ga god tilbakemeldinger på at teamet var opptatt av å se hele menneske og de arbeidet systematisk utfra den enkeltes tilstand. Funnene viste at alle deltakerne hadde opplevelse av å bli hørt og tatt på alvor og de mente at teamet hadde personlige egenskaper med gode holdninger overfor dem. De nevnte funn samsvarer med funn fra Hjelle et al. (2016b) som hevder at HVR teamets tilstedeværelse og samarbeide er viktig for å skape tillit hos den eldre, og de fokuserer på å bistå og støtte den eldre personens ferdigheter og evne for å kunne fortsette å delta i hverdagsaktiviteter. Moe et al. (2017) mener at samhandling mellom pasient og helsepersonell forsterkes ved aktiv lytting noe som kan bidra til mer pasientinnflytelse. Noen ganger oppstår utfordringer når pasienten viser lite engasjement ved målsettingen, da ofte de vil ha teamets støtte ved valg av mål i hverdagen. Noen deltakere i denne studien har også gitt uttrykk for at i begynnelsen av HVR var det utfordringer med å finne riktige mål for rehabiliteringen.

Man finner sammenheng i to andre studier som hevder at flere eldre beskrivelser at målene blir opprettet underveis i prosessen, og målene ble satt av HVR-teamet i begynnelsen av rehabiliteringsprosessen (Hansen et al., 2015; Jokstad et al., 2016). Ifølge Hansen et al. (2015) kan en annen mulighet være at de eldre ikke alltid oppfatter HVR som vesentlig forskjellig fra den tradisjonelle hjemmesykepleie, og derfor forventer de ikke å sette mål. Glendinning et al. (2010) mener at teamet begrunner dette med at under målsettingen var deltakerne påvirket av smerte eller traumer, og i noen tilfeller skapte det utfordringer for teamet med å inkludere deltakerne. Selv om det er viktigstrekk i datamateriale i denne studien som fremhever mest det positive erfaringer med brukermedvirkning i HVR, hvor studiens hensikt er kvalitetsforbedring i tjenesten, var det viktig å oppdage at det var noen svakheter ved utøvelse av brukermedvirkning. Man undrer seg om hvor delaktig pasientene egentlig var under målsettingene? Ofte er tiltakene fra HVR nesten like og det er veldig liten forskjell med treningene. Noen ganger er den eldre generasjonen forsiktige med å si fra om ting de er mindre

fornøyd med. Hansen et al. (2015) hevder at de eldre opplevde ikke at de har hatt direkte innflytelse på tjenesten, men de opplevde at de hadde dialog med temaet hele tiden. Samtidig var det en annen side av HVR som kom frem i studien til Glendinning et al. (2010) nemlig at mange deltakerne trodde at innholdet i HVR- tjenesten ikke var åpen for forhandling. Under datasamling i denne studien oppdaget man at når en deltaker har bedre ordforråd til å beskrive sine opplevelse og er klar over sine mål og mening, vil det kunne øke innflytelsen på egen behandling. En annen faktor som også ble vist i studien til Moe et al. (2017) var at det under kartleggingssamtalen noen ganger mål for rehabiliteringen ble tilskrevet av HVR- teamet. På den andre siden pårørende hadde kommet med forslag der pasienten hadde lite å bidra med og det opplevde pasientene som ikke inkluderende og ikke personsentret. Utfra studiens funn er det ulikheter mellom det som deltakerne opplevde å ha innflytelse på i sin behandling. Det kom ganske tydelig frem at deltakerne ikke helt var helt klar over hva begrepet brukermedvirkning innebar rent teoretisk eller intellektuelt på forhånd. Men at de i løpet av tiden med HVR opplevde at de ble inkludert når det gjaldt beslutninger om hva de ønsket, og at de stadig ble spurt om hva de selv ville. De ga uttrykk for at HVR- teamet var inkluderende og de mente deres autonomi ble ivaretatt.

5.1.4 Mestringsopplevelse

I denne studien hadde de fleste deltakerne god opplevelse av mestring i deres hverdag. Mange har gitt uttrykk for at HVR har gitt dem mulighet til å finne ut det hvordan de kunne mestre hverdagen sin til tross for den fysiske begrensninger som var forårsaket av sykdom eller naturlig alderdom. HVR-teamet har jobbet aktivt med å gi deltakerne håp til en bedre hverdag, noe som ble verdsatt høyt hos alle deltakerne. Mange mente at det å få mulighet til å gjøre ting i sitt tempo, samt å ha støtte hvis de trengte det, ga dem god mestringsfølelse. Ifølge Bandura (1998) er det å ha tro på endring i sin egen tankegangen for å øke kunnskap og ferdigheter til å håndtere kravene til hverdagen regulerer også motivasjon ved å bestemme målene som personen setter for seg selv. Det vil styrke personens forpliktelse og resultatene han forventer for egeninnsats. Banduras teori samstemmer med resultatet fra denne studien. Det samme bekreftes også i studien til Jokstad et al. (2016) som hevder at deltakerne fikk en lettelse og glede når de fikk oppleve at målene de satte ble oppnådd, slik at dagliglivets aktiviteter ga dem mestringsfølelse. Det å ha tro på egne muligheter og ressurser ga deltakerne mestringsopplevelse. Ifølge Marks & Allegrante (2005) sin anbefaling hevdes at pasienten

trenger støtte for å fremme sin mestringsevne ved å bruke tidligere erfaringer i kombinasjon med nåværende erfaring for håndtere situasjoner, vil gi bedre resultat for behandlingen.

På en annen side skriver Hansen et al. (2015) at hvis pasienten har lav mestringsevne for å kunne håndtere sitt livssituasjon, da er det HVR-teamet sin oppgave å få oversikt over hindringene og sammen med pasienten finne ut nye hensiktsmessige strategier som passer i gitte situasjoner. Ifølge deltakerne i denne studien hadde teamet i samråd med deltakerne valgt både kortsiktige og langsiktige mål bevisst for å øke deltakernes mestringfølelse. Dette samsvarer med Bandura (1997) som hevder at mestringserfaringer er særlig viktig ved oppstart av valgte aktiviteter med tanke på å bygge personens mestringstro på sikt. Personen vil fremkalle sin tidligere erfaringer som er lagret i hukommelsen for å oppleve lykke med mestringen. Samtidig har de fleste deltakerne i denne studien pekt på HVR-teamets positive tilbakemelding som givende og oppmuntrende noe som har økt deres mestringsevne. Man ser også her en sammenheng med mestringsteorien til Bandura. Ifølge Bandura (1989) har tilbakemelding en stor påvirkning på personens mestring og evaluering av egeninnsats for å oppnå ønskede resultater. Etter at personen har oppnådd ønskede resultat på det personen har jobbet med og økt sin mestringsevne, vil personen merke sterk følelse av mestring og dermed stille ytterligere krav for seg selv. Det ble også bekreftet i studien til Tung, Cooke & Moyle (2013) som hevder at ulike nivåer av mestringstro kan oppnås med støtte gjennom sosiale nettverk. Og i den sammenheng har helsepersonell en viktig rolle for å bevisstgjøre personens egne verdier samt øker personens beslutningsevne ved valg av mål i rehabiliteringsprosessen.

Det er størst sammenheng mellom Banduras mestringstro og resultater fra denne studien der mange deltakerne har gitt uttrykk for at de måtte strekke seg enda mer når de opplevde fremgang og stadig flytte grensen for sine aktiviteter, og målet ble endret ettersom de nådde målene. Mange deltakere mente det å finne den riktige aktiviteten og ta initiativ til å prøve det, har gitt dem mulighet til å tørre og prøve ny aktivitet. Som motsetning hevder Bandura (1997) at hvis personen ikke har tiltro til å oppdage egenstyrke til å utføre en bestemt aktivitet for oppnå resultat, er han ikke i stand til å forsøke å fullføre det. Med Banduras teori kan en spørre seg hvilken rolle personalet har ved å støtte pasienten til å øke sin mestringstro, fordi målet med HVR er øke pasientens mestringsevne slik at den enkelte klarer sin hverdagen på en bedre måte, samt legge til rette for selvstendighet i ADL. Denne tilnærmingen vil kreve tid og ressurser for å kunne praktisere i den travle hverdagen i hjemmetjenesten. Som tidligere nevnt

er HVR et begrenset tilbud med mer tid til disposisjon for den enkelte enn den tradisjonelle hjemmesykepleien.

Fürst & Høverstad (2014) fastslår at HVR krever store endringer i arbeidsmåte og et bevisst fokus på mestring hos den enkelte, noe som kan stride mot grunnholdningen i hjemmetjenesten som har fokus på pleie og bistand til mennesker med funksjonssvikt og helseproblemer. En vil kunne si seg delvis enig med Fürst & Høverstad (2014), men man vil reise spørsmål om hva med de eldre som har lite mestringsevne, og kroniske syke med mindre ressurser, som er avhengig av felleskapet og trenger bistand til å ha et så normalt liv som mulig. Av egen erfaring som sykepleier i hjemmesykepleie får man knapp tid til å dekke de grunnleggende behovene hos de aktuelle pasienter. Deltakeren i denne studien har opplevd at ofte at pleieassistenter som var på besøk hos dem. Og de merket fort at forskjellen med å få bistand av sykepleier var ganske klart at behandlingen kunne fungert mye bedre når sykepleieren var tilsted. Samtidig HVR-teamet hadde ikke fulgt opp deltakerne helhetlig når det gjald medikamentbruk, ernæring, smertekartlegging for å nevne noen. Deltakerne måtte hevde seg til hjemmesykepleien for å få bistand til dette. Næss, Kirkevold, Hammer, Straand & Wyller (2017) fastslår at i kommunehelsetjenesten er mangel på sykepleiepleiedekning stor og pasientene får ofte lite observasjoner og kartlegging samt lite oppfølging i sine daglige omsorg. Da vil man si seg enig med Fæø et al. (2016) som hevder at ved økte ressurser hos HVR man henter ut kompetente helsepersonell fra et annet tjeneste for å sette mer fokus på HVR-tjeneste. Og det kan gå med bekostning av andre pasienter som mottar hjemmesykepleie.

Bredland et al. (2011) fastholder at det oppleves utfordrende for helsepersonell å gi pasientene støtte til å ha kontroll, hvor begrunnelsen er at det er mer fristende og lettere å ta over helsekontrollen fra pasientene. Dette vil bidra til at pasientene utvikler et avhengighetsforhold til helsepersonell, de blir avhengig av tjenesten istedenfor å ha kontroll over eget liv. På den annen side mener Bakken (2014) at det å gi den eldre personen rehabilitering for å bevare og fremme mestring er meningsløst, fordi den eldre allerede er *ensidig avhengig* av andre, med unntak av de eldre som er spreke og fortsatt er uavhengig av andre. Bakken (2014) mener videre at å bruke aktivitetslinjen mot den eldre skrøpelige pasienten vil oppleves som overgrep, noe som begrunnes med at aktivitetslinjen ikke skiller mellom sykdom og alderdom, fordi aktivitet forbindes med positivitet og sunnhet. De fleste deltakerne i denne studien hadde ønsker om å mestre sitt liv med støtte fra HVR helt fra begynnelsen, men noen få mente at de hadde følelse av et slags svakt press, fordi de følte forpliktelse overfor HVR-teamet og ville

ikke skuffe dem ved å ikke ville være med på noen øvelser. En kan spørre seg om HVR er for pasientens beste, eller om det er for helsepersonellet som skal iverksette mindre tiltak der hvor behovet er stor. Er hensikten med HVR ressursbruken eller pasientens grunnleggende behov? Det kreves en balansegang mellom krav til selvhjelp og bistand til å fungere i det daglige der hvor behovet for å fungere er stort. Man vet at det å øke mestring for den enkelte er svært viktig for å føle seg verdig, og det vil bidra til å beholde egen integritet. Bakken (2014) hevder at helsepersonell ikke skal bruke aktivitet som et argument hvis en pasienten ber om et konkret bistand til å utføre noe for vedkommende. Bakken (2014) tar opp eksempelet der en eldre mann ber pleieren å hente mer brød fra kjøkkenbenken, og pleieren sier at du skal hente selv fordi det er bra for deg og det vil du klare selv. Hvis man skal ha pasientens mestring i fokus i alle sykepleiehandlinger hele tiden, hva kan dette føre til og hva er hensikten med å øke mestring hos alle pasienter? Man bør ikke misforstå mestring og plikten til å hjelpe en som trenger hjelp. I bunn og grunn har sykepleien omsorg for pasienten og skal dermed ikke skjule seg bak mestring. Mestring og omsorg bør være i harmoni med hverandre, slik at den enkelte føler seg ivaretatt samtidig som han/hun opplever mestring. En begrensning med HVR kan være at det er lite fokus på psykisk helse hos den eldre pasient.

5.1.5 Samhandling

Et av temaene i denne studien var å undersøke hvordan de eldre opplevde samarbeidet i HVR-teamet, og alle de fleste deltakerne opplevde at det var et godt samarbeid mellom teamet. Når for eksempel deltakerne hadde behov for hjelpemidler handlet teamet veldig raskt for å skaffe hjelpemidlene på plass. Det som mange deltakerne verdsatte høyt var at nesten alle personalet i teamet var oppdaterte om den enkeltes helsetilstand samtidig de var orientert om deltakerens fysiske tilstand. Birkeland (2014) hevder at HVR går ut på å oppdage eldre pasienter med funksjonsfall og iverksette rehabilitering slik at de kan fungere optimalt ut ifra sine egne forutsetninger. Ifølge Bredland et al. (2011) er en viktig forutsetning i all rehabilitering det tverrfaglig samarbeidet. Ulike faggrupper skal i sin fagutøvelse legge til grunn sitt faglig verdigrunnlag og legge forholdene til rette for et godt samarbeid med fokus på deltakelse og verdighet. Siden HVR-teamet ofte møter ulike utfordringer som kan bli vanskelig å håndtere det alene derfor det er svært viktig at de utfordringene løstes i et tverrfaglig møte for finne den beste løsningen for den enkelte pasienten. I denne studien hadde mange deltakere delt sine

hverdagslige utfordringer med personalet og brukte deres kunnskap for å finne løsninger. De opplevde at personalet hadde jobbet målrettet for å planlegge realistiske mål for deltakernes rehabiliteringsprogram. Ifølge Vik (2018) hadde teamet verdsatt hverandres tverrfaglige kompetanse gjennom faglig diskusjoner, og det ble tatt frem pasient tilfelle utfra ulike fagperspektiver for å finne løsninger som passet til gitte situasjoner. Vider fremhever Vik (2018) at når HVR-temaet jobber tverrfaglig er det mer inspirerende når de opplever at pasienten får den hjelpen de trenger. Med utgangspunkt fra teamets engasjement i sin fagutøvelse har en deltaker i denne studien fortalt at teamet var faglig interessert i å bistå pasienten med faglig diskurte råd og veiledning, slik at de fikk opplevelse av at de ble tatt vare på en faglig skikker måte.

I studien til Hjelle, Skutle, Alvsvåg & Førland (2018) ble det belyst at fagligkunnskap og erfaringsutveksling i tverrfaglig diskusjon i teamet oppfattes som en spesiell faglig sikkerhet for personalet. Birkeland (2014) reiser i sin fagartikkel spørsmål ved hjemmetjenestens utfordringer ved manglende tilgang til fysioterapi- og ergoterapitjenester i møte med kompliserte situasjoner hos den eldre pasienten. Noe som savnes er en systematisk kartlegging av pasientens hjelpebehov. Ifølge Jónvør & Fagerström (2016) en AKS har nødvendig kompetanse for å utføre klinisk sykepleie med helsevurdering til eldre pasienten med sammensatte sykdomsbilde og dermed kan utøve sykepleie rettet mot forebygging og helsefremming på et avansert nivå. Utfra Birkeland (2014) sin beskrivelse og av personlig erfaring vil en si seg enig i at det er sterkt behov for mer koordinerte tjenester i kommunen som krever ytterlig kompetanseheving blant personalet. En vil spørre seg om hvilke bidrag kan en avansert klinisk sykepleier gi for å være med å løfte pasientens krav for et enda bedre koordinerte tjeneste. Ifølge Fagerström (2019) vil en avansert klinisk sykepleier med sin Case management rolle i rehabilitering og med sin funksjon i et tverrfaglig team arbeide systematisk ved å fremme pasientens deltakelse. Hallberg (2002) undertrekker at med case management rolle vil sykepleieren jobbe for å oppdage individuelt tilpasset aktiviteter med fokus for pasientens mulighet til å håndtere sitt helse med et helhetlig perspektiv som grunnlag. Pasienten vil få tilstrekkelig informasjon om sine rettigheter og vil kunne ha mulighet til å foreta et bedre valg. Med denne rollen vil sykepleieren ha fullt oversikt over ulike tilbud innenfor helsetjenestene. I tillegg hevder Bourbonniere & Evans (2002) at AKS med sin funksjon som case manager vil kunne innhente informasjon om pasientens helsetilstand og samtidig virker som en ambassadør for pasienten og i tillegg kunne evaluerte tilstanden til pasientene for å gi et sammensatt tjenestetilbud. AKS sitt fokuset er å identifisere og gripe inn

i forholdsmessige, atferdsmessige eller andre psykiske helseproblemer som utgjør barrierer for effektiv rehabilitering i et tverrfaglig team.

5.1.6 Kvalitetsutvikling

Ut fra studiens funn vil man si at mange fordeler for den enkelte pasienten som mottar HVR er for eksempel mer kontinuitet, og at det blir mer tverrfaglig enn den tradisjonelle hjemmesykepleien. Ifølge Fagerström (2011) kan en avansert klinisk sykepleier med sin kunnskap om forskning og fagutviklingen bidra med å evaluere tjenesten og vurdere innvirkningen på pasientene, samt vurdering av ressursbruk for kunne opprettholde tjenesten. Man bør merke seg at HVR er et kortvarig tilbud til utvalgte pasientgrupper hvor hovedhensikten er at pasientene skal bli mer selvstendige i sin hverdag. Man vil reise spørsmål om hvor lenge den selvstendigheten vil vare, hvilke belastninger og krav bør en den eldre pasienten tåle, hvor mange gode år har en eldre personen igjen for å komme over de små hindringene i hverdagen. HVR alene er ikke en varig løsning og kan ikke erstatte hjemmesykepleie og dermed uten støtte fra hjemmesykepleie. Målet med HVR er å sette fokus på egenomsorg hos pasienten. Næss et al. (2017) hevder at manglende systematisk vurdering av medikamentbruk, smertebehandling, og fallende funksjonsnivå hos pasientene noe som krever mer kompetanse og helhetlig tilnærming. Ut fra studiens til Næss et al. (2017) kan man derfor hevde at avansert klinisk sykepleier med sin kompetanse i direkte klinisk undersøkelse ville kunne ta en helsevurdering før oppstart av HVR, og denne kompetansen gir AKSen mulighet for å kartlegge pasienten fysiske og psykiske funksjon på et avansert nivå. Fagerström (2019) understreker at AKS med sin kompetanse vil kunne oppdage tidlige tegn på helseproblemer og dermed arbeide systematisk til å forebygge forverring av helsetilstanden. AKSen ville kunne vurdere pasientens både ustabile, og stabile udiagnostiserte tilstand og videre tar hensyn til pasientens differensialdiagnoser. I denne studien uttrykte de fleste deltakerne at en svakhet i HVR kan være mangel på videre oppfølging etter avsluttet HVR. Det ble lite fokus på pasientens tilleggs diagnoser, mest fokus var på hva pasienten skal kunne gjøre selv og hvordan HVR skal hjelpe den enkelte med å mestre en bestemt aktivitet. Med dette utgangspunktet vil man savne en fullstendig vurderinger og kartlegging av pasientens generelle helsetilstand, som en avansert klinisk sykepleier kan imøtekomme og dekke dette behovet.

5.2 Metoderefleksjon

Et kjennetegn på vitenskapelig kunnskap er at forskeren gjennom sin presentasjon av sin studie viser refleksjoner rundt studiens design, begrensninger, styrker og svakheter (Malterud, 2017).

I metoderefleksjonen skriver jeg eksplisitt om validitet, reliabilitet, overførbarhet og avslutningsvis summerer jeg styrker og svakheter for hele studien.

5.2.1 Validitet

Validitet handler om hvorvidt studiens metode er egnet til temaet som skal undersøkes (Kvale & Brinkmann, 2015; Malterud, 2017; Thagaard, 2013; Tjora, 2017). Validitet i kvalitative studier stiller krav til forskeren om å vurdere i hvilken grad metoden og teorien er i tråd med hverandre og hvorvidt problemstillingen ble belyst i resultatdelen (Malterud, 2017). Ifølge Kvale og Brinkmann (2015) handler validitet ikke kun om metode, men krever en fortsettelse av validitetens metodologiske aspekter som frembringer problemstilling og forskningsspørsmål i den fenomenet som skal utforskes. Krumsvik (2015) mener at hvis et studie har et diffust eller uklart forskningsspørsmål, eller for generelle forskningsspørsmål, vil det føre til vanskeligheter med å fullføre studien, samt at det skaper uklarhet i studiens validitet. Validiteten i denne studien ble sikret gjennom en kontinuerlig prosess under veiledning. Med tanke på å kvalitetssikre studiens gyldighet, ble alle ledd i analyse av datamaterialet vist til leseren, jamfør metodekapitlet. Intern validitet blir lav dersom forskeren ikke holde tråden i kartleggingen, og fremgangsmåten ikke gjøres på en måte som er relevant for formålet med studien (Kvale & Brinkmann, 2015; Malterud, 2017).

Validitet i kvalitative studier er avhengig av kvaliteten på intervjuet og forskerens kontinuerlig kontroll av informasjonen som gis. Dette krever at forskeren har fokus på meningsinnholdet i det som blir sagt (Kvale & Brinkmann, 2015). Under intervjuene var problemstillingen veiviser og spørsmålene fra intervjuguiden ble stilt til alle deltakerne. Det ble tatt hensyn til den enkeltes kognitive funksjon under intervjuene slik at spørsmålene ble stilt på den enkeltes premisser, dette for å sikre mest mulig sanne utsagn. Samtidig ble svarene noen ganger gjentatt bevisst for at intervjuer kunne sikre seg at det som ble sagt var riktig ment fra deltakernes sin side. Eksempel på det var ”forstår jeg det riktig at når du sa at ...”, eller ”mente du at ...”. Samtidig var det en utfordring under intervjuene når deltakerne fikk spørsmål om hvor

medvirkende de opplevde HVR-teamet. De fleste deltakerne ga ros til teamet, og mens hensikten med å stille oppfølgingsspørsmål var å utdype innholdet i brukermedvirkning, gjentok de fleste det som de hadde uttrykt før.

5.2.2 Reliabilitet

Reliabilitet handler om undersøkelsen ble gjort på en presis og pålitelig måte (Kvale & Brinkmann, 2015; Malterud, 2017; Thagaard, 2013; Tjora, 2017). I kvalitative studier handler reliabilitet om hvorvidt resultatet fra studien kan reproduseres i andre studier ved et senere tidspunkt. Det stilles krav om i hvilken grad problemstillingen og resultatet har sammenheng med hverandre (Kvale & Brinkmann, 2015; Thagaard, 2013). I denne studien ble det avklart og begrunnet studiens begrensinger, problemstilling og metodevalg tidligere. Ifølge Thagaard (2013) stiller reliabilitet krav til forskeren om å reflektere over konteksten for datainnsamlingen, og hvordan relasjonen mellom deltakerne og forskeren påvirker resultatet. I denne studien det ble tatt hensyn til deltakerens ønske om sted for intervju, samt at intervjuene ble gjennomført i en rolig og fin atmosfære uten forstyrrelser.

Deltakerne har ikke vært påvirket av intervjupersonen, slik at de var fri til å snakke om egne opplevelser og erfaring. Jeg kjente tre av deltakerne fra før siden jeg jobber i hjemmesykepleien, og alle deltakerne var informert om dette på forhånd. Min relasjon til enkelte deltakere kan ha hatt innvirkning på studiens resultat, siden jeg jobber i den kommunen hvor studien ble gjennomført, og deltakerne kan ha reservert seg for å komme med sine utsagn. Kvale & Brinkmann (2015) fastslår at fokus på reliabilitet kan hindre forskerens kreative tenkning og gi variasjoner i studien.

I denne studien ble beskrivende fenomenologi benyttet, og både under intervju og analyse av datamaterialet jeg har forsøkt å være så objektiv som mulig. Ifølge Malterud (2017) bør en ikke være for kreativ med å kode meningsbærende enheter i analyseprosessen slik at selve meningen bli borte. En skal kunne se sammenhengen mellom kode og selve sitatet i kombinasjon med hverandre. Tjora (2017) poengterer at det å vise deltakernes utsagn i form av sitat også vil øke studiens reliabilitet, sitatene skal også underbygges med forskerens kommentarer som beskriver temaet utfra egen refleksjon. På den andre siden hevder Tjora (2017) at forskerens engasjement i temaet som skal undersøkes kan skape støy og påvirke

studiens resultat. Mitt eget engasjement, min bakgrunn og erfaring som sykepleier i hjemmesykepleien er avklart i forforståelsen og det ble begrunnet tidligere ved valg av tema.

5.2.3 Overførbarhet

I kvalitative studier er overførbarheten avhengig av i hvilken grad studiens resultat gir mening ut over studiens hensikt. Samtidig kan en ikke tro eller påstå at studiens funn har samme form for overførbarhet til et større utvalg, i motsetning til kvantitative studier (Drageset & Ellingsen, 2011; Malterud, 2017). Ifølge Tjora (2017) handler overførbarhet i kvalitative studier om å utvikle innsikt som bindeledd til et fenomen, og denne innsikten kan dermed testes i andre studier, eller kan være med på å utvikle nye teorier. Med utgangspunkt i overnevnte forståelse av overførbarhet, kan en ikke være helt sikker på at resultatet fra denne studie kan overføres til andre settinger eller steder hvor fokuset er eldres opplevelse og erfaring med HVR. Det er kun elleve deltakere som har delt sine opplevelse om HVR i denne studien, men det kan være med på å øke forståelse ved gjennomføring av HVR hos ansatte i HVR-team innen en kommune. Hensikten med denne studien var imidlertid tjenesteutvikling i en bestemt kommune, og denne studien kan være et bidrag, og gi ideer til HVR-team i andre norske kommuner.

5.2.4 Studiens styrker og svakheter

En styrke ved denne studien er at de eldre pasientene som hadde mottatt HVR ble hørt, og de fikk mulighet til å sette ord på sine synspunkter ved tjenesten. Samtidig mente mange deltakere at det å bli involvert i en studie hvor de eldre er i fokus ville være deres bidrag til tjenesteforbedring og kvalitetssikring. En annen styrke er at studien ble veiledet av en erfaren forsker som var involvert i alle prosesser helt fra starten av prosjektet, og hans innspill har spilt en stor rolle ved gjennomføringen av studien. Under analyseprosessen ble meningsbærende enheter delt med min veileder og en annen erfaren forsker. Kodene ble forhandlet, temaene og kategoriene ble triangulert sammen med dem. Siden jeg ikke har tidligere erfaring fra forskningsprosjekter, brukte jeg mye tid til å sette meg inn i analyse av datamaterialet. Ifølge Malterud (2017) kan kvaliteten reduseres hvis forskeren gjør analysearbeidet alene. Det er derfor ønskelig å være to til tre personer som analyserer

datamaterialet sammen, noe som vil bidra til at materialet blir sett fra forskjellige perspektiver, samt man finner flere nyanser i det. Dette vil øke studiens validitet. Veien fra analyse til resultat var ganske utfordrende, men det var en lærerik prosess. En mulig styrke i analyseprosessen kan være at jeg var på et dagsseminar med Kirsti Malterud som underviste alle trinnene i tekstkondensering. Studien ble helt fra starten lagt fram i seminar til medstudenter og deres veiledere, slik at de har vært med på å kommentere problemstillingen, forskningsspørsmålene og intervjuguiden, og gjennom diskusjoner rundt valgte tema kom de med mange gode innspill, noe som styrker studien. En annen styrke ved denne studie kan være avklaring av min forforståelse av HVR før oppstart av studien, og at jeg har forsøkt å ha et bevisst forhold til forforståelsen. Siden studien har en beskrivende fenomenologisk tilnærming kreves det bevissthet om egen forforståelse.

Rekrutteringen av deltakerne ble gjennomført av avdelingslederen og HVR-teamet. Det er mulig at HVR-teamet valgte de pasientene som hadde fått gode resultater av sin behandling, og dette kan være en svakhet ved studien. En annen svakhet kan være at siden jeg jobber i hjemmesykepleien i den kommunen hvor studien ble gjort, kan det tenkes at noen deltakerne ikke uttrykte seg så fritt som de kunne likevel. I tillegg er jeg en uerfaren intervjuer, og i de første intervjuene var jeg mer opptatt av mine spørsmål utfra intervjuguiden enn å ha fokus på å holde en naturlig samtale. Under intervjuene opplevde jeg at jeg fikk god informasjon, men kanskje kunne resultatene vært bedre enn de er nå hvis jeg hadde erfaring før studien. På den andre siden hadde jeg ingen tilgang til deltakerens pasientjournal for å kunne se på dokumentasjon og kartlegginger som ble gjort før etter avslutting av HVR. Det kunne vært en svakhet dersom jeg hadde anledning til å se sammenhengen mellom deltakernes opplevelse og HVR-teamets dokumentasjon.

6. Konklusjon

I takt med økende antall hjemmeboende eldre med behov for pleie og omsorg, møter kommunen stadig nye utfordringer som krever ny tenkning innenfor helse- og omsorgssektoren. Denne studien finner at et klart flertall av eldre som har mottatt HVR har positive opplevelser av HVR som en deltjeneste av hjemmesykepleie. Studien avdekker at de eldre opplever mestring i høy grad når personalet arbeider systematisk med å fremheve den enkeltes mestringsevne utfra den enkeltes selvvalgte mål. Et viktig funn i denne studien er at de eldre opplevde at HVR-teamet hadde en bevisst holdning i sin faglige utøvelse der hensikten var å fremme den enkeltes selvstendighet i hverdagen. Samtidig har teamet lagt engasjement i sitt arbeid med fokus på å gjøre hverdagen til den eldre lettere ved å finne løsninger som passer best for den enkelte. Deltakerne opplever lite stress og press underveis i rehabiliteringsprosessen, noe som har gitt motivasjon til å fortsette med sine daglige aktiviteter. Deltakerne utvikler gode relasjoner med teamet, og mange av deltakerne uttrykte et stort tomrom etter avslutning av HVR-tilbudet. Manglende oppfølging er noe som kan forbedres slik at det blir et mer helhetlig tjenestetilbud for den enkelte. Denne studien konkluderer med at de eldre hadde fått en optimal gjenopptrening av sin tapte funksjon, noe som hovedsakelig skyldtes skade eller brudd. Kommunikasjonen mellom pasient og HVR-teamet bør vektlegges ytterligere, spesielt ved oppstart av HVR. Studien avdekker at de eldre mottok lite informasjon om HVR-tilbudet. Mange deltakere visste ikke på forhånd noe om kartleggingsverktøyet HVR-teamet hadde brukt, innholdet i COPM-verktøyet var uklart for de eldre, noe som begrenser brukervedvirkning. HVR-teamets utøvelse av brukervedvirkning kunne vært mer tydelig både før og under HVR, men på en annen side opplevde deltakerne kommunikasjon mellom dem og HVR-teamet som positiv, og at teamet var samkjørte med samme visjon og mål i sin fagutøvelse. En annen unik faktor som skiller HVR fra hjemmesykepleie, er kontinuiteten i tjenesten som har skapt trygghet og dannet et sterkt grunnlag for at HVR ble ekstra verdsatt hos de eldre. Tverrfaglig samarbeid har ført til en bedre tjeneste for den enkelte og har bidratt til mer forståelse for innveides behov for helsetjeneste.

Denne studien bidrar til å kaste lys over de eldre pasientenes opplevelser og erfaringer med HVR, samt kan være med på å øke kunnskap om innholdet i HVR. Videre forskning som ser på hvordan samarbeidet mellom HVR-teamet og hjemmesykepleie i overgangsfasen kan påvirke pasientens helsetjeneste, kan være aktuelt.

7. Litteraturliste

- Aspinal, F., Glasby, J., Rostgaard, T., Tuntland, H. & Westendorp, R. G. (2016). New horizons: Reablement - supporting older people towards independence. *Age Ageing*, 45. doi: 10.1093/ageing/afw094
- Bakken, R. (2014). *Frykten for alderdommen : om å eldes og leve som gammel*. Oslo: Res publica.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84(2), 191-215. doi: 10.1037/0033-295X.84.2.191
- Bandura, A. (1989). Human Agency in Social Cognitive Theory. *American Psychologist*, 44(9), 1175-1184. doi: 10.1037/0003-066X.44.9.1175
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy : the exercise of control*. New York: Freeman W. H. and Company.
- Bandura, A. (1998). Health promotion from the perspective of social cognitive theory. *Psychology & Health*, 13(4), 623-649. doi: 10.1080/08870449808407422
- Bengtsson, J. (2001). *Sammanflätningar : Husserls och Merleau-Pontys fenomenologi* (3. utg.). Göteborg: Daidalos.
- Bengtsson, J. (2006). *Å forske i sykdoms- og pleieerfaringer : livsverdensfenomenologiske bidrag*. Kristiansand: Høyskoleforl.
- Birkeland, A. (2014). Aktiv mestring i hjemmesykepleien. *Tidsskriftet sykepleien*, 102(3), 44-47.
- Bourbonniere, M. & Evans, L. (2002). Advanced practice nursing in the care of frail older adults. *J. Am. Geriatr. Soc.*, 50(12), 2062-2076.
- Bredland, E. L., Vik, K. & Linge, O. A. (2011). *Det handler om verdighet og deltakelse : verdigrunnlag og praksis i rehabiliteringsarbeid* (3. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Brubakken, K., Grant, S., Johnson, M. K. & Kollauf, C. (2011). Reflective Practice: A Framework for Case Manager Development. *Professional Case Management*, 16(4), 180-181. doi: 10.1097/NCM.0b013e318220ae3d
- Declaration of Helsinki. (1964). *Recommendations guiding doctors in clinical research*. Hentet fra <https://www.wma.net/wp-content/uploads/2016/11/DoH-Jun1964.pdf>
- Drageset, S. & Ellingsen, S. (2011). Å skape data fra kvalitativt forskningsintervju. *Sykepleien Forskning*, 5(4), 332-335. doi: 10.4220/sykepleienf.2011.0027
- Fagerström, L. (2019). *Avansert klinisk sykepleie* (1. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.

-
- Fagerström, L. (Red.). (2011). *Avancerad klinisk sjuksköterska : avancerad klinisk omvårdnad i teori och praxis*. Lund: Studentlitteratur.
- Fagerström, L., Eriksson, K. & Engberg, I. B. (1999). The patient's perceived caring needs: Measuring the unmeasurable. *International Journal of Nursing Practice*, 5(4), 199-208. doi: 10.1046/j.1440-172x.1999.00172.x
- Fjørtoft, A.-K. (2016). *Hjemmesykepleie : ansvar, utfordringer og muligheter* (3. utg.). Bergen: Fagbokforl.
- Forskrift om habilitering og rehabilitering. (2011). *Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator*. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2011-12-16-1256>.
- Fürst, R. & Høverstad, L. (2014). *Fra passiv mottaker til aktiv deltaker. Hverdagsrehabilitering i norske kommuner*. KS FoU-prosjekt nr. 134027 Sluttrapport 15.06.2014.
- Fæø, S. E., Petersen, K. A. & Boge, J. (2016). Hverdagsrehabilitering byr på lite nytt. *Sykepleien*(1), 58 60. doi: 10.4220/Sykepleiens.2016.56162
- Førland, O. & Skumsnes, R. (2016). En oppsummering av kunnskap hverdagsrehabilitering. *Senter for omsorgsforskning, vest*.
- Gadamer, H.-G. (2012). *Sannhet og metode : grunntrekk i en filosofisk hermeneutikk* (L. Holm-Hansen, Trans.). Oslo: Pax.
- Glendinning, C., Jones, K., Baxter, K., Rabiee, P., Curtis, L. A., Wilde, A., . . . Forder, J. E. (2010). Home Care Re-ablement Services: Investigating the longer-term impacts (prospective longitudinal study). *Working Paper No. DHR 2438. University of York*
- Hallberg, I. R. (2002). sjuksköterska som case managers. I U. Malm (Red.), *Case management evidensbaserad integrerad psykiateri*. Lund: Studentlitteratur.
- Hansen, E. B., Eskelinen, L., Rahnæk, M. Ø. & Helles, J. N. (2015). Eldres opplevelse af hverdagsrehabilitering,. *KORA. Det nationale institut for kommuners og regioners analyse og forskning*, 92.
- Haugan, G. & Rannestad, T. (2014). *Helsefremming i kommunehelsetjenesten*. Oslo: Cappelen Damm.
- Heidegger, M. (2007). *Væren og tid* (L. Holm-Hansen, Trans.). Oslo: Pax.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (1999a). *Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven)*. Hentet fra https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64#KAPITTEL_2.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (1999b). *Pasient- og brukerrettighetsloven – pbrl*. Hentet fra https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63#KAPITTEL_7.

- Helse- og omsorgsdepartementet. (2009). *Brukermedvirkning*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/sykehus/vurderes/prioriterte-utviklingsomrader/brukermedvirkning/id536803/>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2013). *Morgendagens omsorg*. (Meld. St. 29 (2012–2013)). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-29-20122013/id723252/>.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2015). *Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet*. (Meld. St. 26 (2014–2015)). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-26-2014-2015/id2409890/>.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2018). *Leve hele livet: En kvalitetsreform for eldre*. (Meld. St. 15 (2017–2018)). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-15-20172018/id2599850/sec1>.
- Hjelle, K. M., Alvsvåg, H. & Førland, O. (2016b). The relatives' voice: how do relatives experience participation in reablement? A qualitative study. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 1-11.
- Hjelle, K. M., Skutle, O., Alvsvåg, H. & Førland, O. (2018). Reablement teams' roles: a qualitative study of interdisciplinary teams' experiences. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 11, 305-316. doi: 10.2147/JMDH.S160480
- Hjelle, K. M., Tuntland, H., Førland, O. & Alvsvåg, H. (2016a). Driving forces for home-based reablement; a qualitative study of older adults' experiences. *Health & Social Care in the Community*, 25(5), 1581-1589. doi: 10.1111/hsc.12324
- INC Nurse Practitioner / Advanced Practice Nursing Network. (2005). *Scope of Practice, Standards and Competencies of the Advanced Practice Nurse Final Revision January 2005*. Hentet fra <http://international.aanp.org/>
- Jokstad, K., Landmark, B. T., Hauge, S. & Skovdahl, K.-I. (2016). Eldres erfaringer med hverdagsrehabilitering - Mestring og muligheter – krav og støtte i et dynamisk samspill. *Tidsskrift for omsorgsforskning*(03), 212-221.
- Jonsson, J. & Malm, U. (2002). Case managerns arbete med social nätverk. I U. Malm (Red.), *Case management evidensbaserad integrerad psykiateri*. Lund: Studentlitteratur.
- Jónvør, C. & Fagerström, L. (2016). Behov for avanceret klinisk sygepleje i Norden - Sygeplejelederes perspektiv. *Nordisk Sygeplejeforskning*(03), 278-294.

-
- Karoliussen, M. (2011). *Nightingales arv - ny forståelse : sykepleiens kjerne; verdier, intensjon og handling*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kjeken, I. & Hunnålvatn, T. (2014). Hvorfor egner COPM seg i hverdagsrehabilitering? I H. Tuntland & N. E. Ness (Red.), *Hverdagsrehabilitering*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kjeken, I. & Sand-Svartrud, A.-L. (2012). The Canadian Occupational Performance Measure brukt i rehabilitering. S. 30-37 : port.
- Krumsvik, R. J. (2015). *Forskningsdesign og kvalitativ metode : ei innføring*. Bergen: Fagbokforl.
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Langeland, E., Førland, O., Aas, E., Birkeland, A., Folkestad, B., Kjeken, I., . . . Tuntland, H. (2016). Modeller for hverdagsrehabilitering - en følgeevaluering i norske kommuner,.
- Langeland, E., Tuntland, H., Folkestad, B., Førland, O., Jacobsen, F. F. & Kjeken, I. (2019). A multicenter investigation of reablement in Norway: a clinical controlled trial. *BMC Geriatrics*, 19(1), 29. doi: 10.1186/s12877-019-1038-x
- Legg, L., Gladman, J., Drummond, A. & Davidson, A. (2016). A systematic review of the evidence on home care reablement services. *Clinical Rehabilitation*, 30(8), 741-749. doi: 10.1177/0269215515603220
- Leseth, A. B. & Tellmann, S. M. (2018). *Hvordan lese kvalitativ forskning?* (2. utg.). Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Lewin, G., De San Miguel, K., Knuiman, M., Alan, J., Boldy, D., Hendrie, D. & Vandermeulen, S. (2013). A randomised controlled trial of the Home Independence Program, an Australian restorative home-care programme for older adults. *Health & Social Care in the Community*, 21(1), 69-78. doi: 10.1111/j.1365-2524.2012.01088.x
- Malterud, K. (2012). Systematic text condensation: A strategy for qualitative analysis. *Scandinavian Journal of Public Health*, 40(8), 795-805. doi: 10.1177/1403494812465030
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. utg.). Oslo: Universitetsforl.
- Marks, R. & Allegrante, J. P. (2005). A Review and Synthesis of Research Evidence for Self-Efficacy-Enhancing Interventions for Reducing Chronic Disability: Implications for Health Education Practice (Part II). *Health Promotion Practice*, 6(2), 148-156. doi: 10.1177/1524839904266792

- Moe, A., Ingstad, K. & Brataas, H. V. (2017). Patient influence in home-based reablement for older persons: qualitative research. *BMC Health Services Research*, 17(1). doi: 10.1186/s12913-017-2715-0
- Ness, N. E., Laberg, T., Haneborg, M., Rygh, E., Granbo, R., Færevaaag, L. & Butli, H. (2012). Hverdagsmestring og hverdagsrehabilitering.
- Newbronner, L., Baxter, M., Chamberlain, R., Maddison, J., Arksey, H. & Glendinning, C. (2007). *Research into the Longer Term Effects/Impacts of Re-ablement Services: Homecare Re-ablement Workstream, Care Services Efficiency Delivery Programme.*
- Næss, G., Kirkevold, M., Hammer, W., Straand, J. & Wyller, T. B. (2017). Nursing care needs and services utilised by home-dwelling elderly with complex health problems: observational study.(Report). *BMC Health Services Research*, 17(1). doi: 10.1186/s12913-017-2600-x
- Parsons, M., Senior, H., Kerse, N., Chen, M.-h., Jacobs, S. & Anderson, C. (2017). Randomised trial of restorative home care for frail older people in New Zealand. *Nursing Older People*, 29(7), 27. doi: 10.7748/nop.2017.e897
- Rabiee, P. & Glendinning, C. (2011). Organisation and delivery of home care re-ablement: what makes a difference? *Health & Social Care in the Community*, 19(5), 495-503. doi: doi:10.1111/j.1365-2524.2011.01010.x
- Ruyter, K. W., Førde, R. & Solbakk, J. H. (2014). *Medisinsk og helsefaglig etikk* (3. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Tessier, A., Beaulieu, M.-D., McGinn, C. A. & Latulippe, R. (2016). Effectiveness of Reablement: A Systematic ReviewEfficacité de l'autonomisation: une revue systématique. *Healthcare policy = Politiques de sante*, 11(4), 49-59.
- Thagaard, T. (2013). *Systematikk og innlevelse : en innføring i kvalitativ metode* (4 utg.). Bergen: Fagbokforl.
- Tjora, A. H. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis* (3. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Trappes-Lomax, T. & Hawton, A. (2012). The user voice: older people's experiences of reablement and rehabilitation. *Journal of Integrated Care*, 20(3), 181-195. doi: 10.1108/14769011211237528
- Tung, Y. C., Cooke, M. & Moyle, W. (2013). Sources older people draw on to nurture, strengthen and improve self-efficacy in managing home rehabilitation following orthopaedic surgery. *Journal of Clinical Nursing*, 22(9-10), 1217-1225. doi: 10.1111/j.1365-2702.2012.04252.x

-
- Tuntland, H. & Ness, N. E. (2014). *Hverdagsrehabilitering*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Vik, K. (2018). Hverdagsrehabilitering og tverrfaglig samarbeid; en empirisk studie i fire norske kommuner. *Tidsskrift for omsorgsforskning*(01), 6-15. doi: 10.18261/issn.2387-5984-2018-01-05
- Whitehead, P. J., Worthington, E. J., Parry, R. H., Walker, M. F. & Drummond, A. E. (2015). Interventions to reduce dependency in personal activities of daily living in community dwelling adults who use homecare services: a systematic review. *Clin Rehabil*, 29. doi: 10.1177/0269215514564894
- Wilde, A. & Glendinning, C. (2012). 'If they're helping me then how can I be independent?' The perceptions and experience of users of home-care re-ablement services. *Health & Social Care in the Community*, 20(6), 583-590. doi: 10.1111/j.1365-2524.2012.01072.x
- Winkel, A., Langberg, H. & Whrens, E. E. (2015). Reablement in a community setting. *Disability & Rehabilitation*, 2015, Vol.37(15), p.1347-1352, 37(15), 1347-1352. doi: 10.3109/09638288.2014.963707
- World Health Organization. (1999). *Men Ageing And Health, Achieving health across the life span*. Hentet fra https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/66941/WHO_NMH_NPH_01.2.pdf?sequence=1
- World Health Organization. (2015). *World Report on Ageing and Health*. Hentet fra https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186463/9789240694811_eng.pdf;jsessionid=646B8B44DF6D4B4AE53D554C4C4E6CB0?sequence=1

8. Vedlegg

Vedlegg 1. Informasjonsskriv

Vil du delta i forskningsprosjektet

”Eldres erfaring om hverdagsrehabilitering”?

Vil du delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å utvikle kunnskap om eldres opplevelse og erfaringer om hverdagsrehabilitering?

Formål:

Prosjektet er en del av masterstudie i avansert klinisk sykepleie i kommunehelsetjeneste ved Høgskolen i Innlandet Campus Elverum. Formålet med prosjektet er kvalitetsforbedring i hverdagsrehabilitering som tar utgangspunkt i eldres opplevelse av tjenesten. Prosjektet vektlegger på kvalitet og innhold på tjenesten, tilgjengelighet og organisering. I tillegg ønsker vi belyse pasientens opplevelse av brukermedvirkning.

Problemstilling: Hvordan opplever eldre pasienter hverdagsrehabilitering i hjemmebasert omsorg.

Forskningsspørsmål:

1. Hvordan opplever den eldre pasienten sin mestring både under og etter avslutning av hverdagsrehabilitering?
2. Hvordan deltar den eldre pasienten i egne beslutninger om hverdagsrehabilitering?
3. Hvilke styrker og svakheter opplever pasienter som får hverdagsrehabilitering?

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Ansvarlig veileder for undersøkelsen er professor Sevald Høye ved Høgskolen i Innlandet, som kan kontaktes på telefon 90523818 eller på e-post: sevald.hoye@inn.no

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Du er over 65 år gammel og har mottatt hverdagsrehabilitering. Både menn og kvinner blir spurt. Avdelingssykepleieren formidler kontakten på våre vegne, og vi kjenner ikke din identitet før du eventuelt samtykker til deltakelse.

Hva innebærer det for deg å delta?

Det innebærer at du deltar i et individuelt intervju med undertegnede. Stedet for intervjuet vil vi avtale med deg senere. Intervjuet tar ca. 1 time. Det blir ikke hentet inn opplysninger om deg fra andre kilder. Vi kan ikke innhente informasjon fra din journal både i forkant av prosjektet og underveis i prosjektet. Det eneste vi trenger å vite om deg er at du har mottatt hverdagsrehabilitering. Spørsmålene vil dreie seg om dine opplevelse av hverdagsrehabilitering. Det du sier under intervjuet, vil bli registrert på en lydopptaker.

Frivillighet:

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykket tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle opplysninger om deg vil bli anonymisert og slettet.

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. Det er kun undertegnede og veilederen som har tilgang til dine opplysninger og ditt navn blir erstattet med en kode som lagres på egen navneliste adskilt fra øvrige data. Denne framgangsmåten gir oss mulighet for at du blir ikke gjenkjent for andre personer. Dine opplysninger blir oppbevart i en innelåst safe og på en datamaskin med passord, slik at uvedkommende ikke har tilgang.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Prosjektet skal etter planen avsluttes 31.12 .2019

Når prosjektet er avslutt vil alt datamaterialet (lydopptakene) navneliste, samtykkeskjemaet blir slettet. Det blir ikke mulig å gjenkjenne deg på noen som helst måte i masteroppgaven eller i eventuell artikkelen som vil kunne bli publisert senere.

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 Fakultet for helse- og sosialvitenskap ved Høgskolen i Innlandet, 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:

- Sevald Høye ved Høgskolen i Innlandet, som kan kontaktes på telefon 90523818 eller på e-post: sevald.hoye@inn.no
- Vårt personvernombud: Anne Sofie Lofthus som kan kontaktes på telefon 61288277 eller på e-post anne.lofthus@inn.no

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

Med vennlig hilsen

Sevald Høye

Hosein Behsodi

Prosjektansvarlig

Masterstudent

Vedlegg 2. Samtykkeskjema

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjonen om prosjektet «Eldres erfaring om hverdagsrehabilitering», og har fått anledning til å stille spørsmål.

Jeg samtykker til:

å delta i intervju

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet, ca. 31.12.2019

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

NSD NORSK SENTER FOR FORSKNINGSDATA

NSD sin vurdering

Prosjekttittel

"Eldres erfaring om hverdagsrehabilitering"

Referansenummer

665508

Registrert

22.11.2018 av Hosein Behsodi - 223221@stud.inn.no

Behandlingsansvarlig institusjon

Høgskolen i Innlandet / Fakultet for helse- og sosialvitenskap / Institutt for sykepleiefag

Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)

Sevald Høye, sevald.hoye@inn.no, tlf: 62430202

Type prosjekt

Studentprosjekt, masterstudium

Kontaktinformasjon, student

Hosein Behsodi, hosein128@gmail.com, tlf: 97721875

Prosjektperiode

07.01.2019 - 31.12.2019

Status

05.02.2019 - Vurdert

Vurdering (1)

05.02.2019 - Vurdert

Det er vår vurdering at behandlingen vil være i samsvar med personvernlovgivningen, så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet 05.02.2019 med vedlegg, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD. Behandlingen kan starte.

MELD ENDRINGER

Dersom behandlingen av personopplysninger endrer seg, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. På våre nettsider informerer vi om hvilke endringer som må meldes. Vent på svar før endringen gjennomføres.

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle særlige kategorier av personopplysninger om helseforhold og alminnelige personopplysninger frem til 31.12.2019.

LOVLIG GRUNNLAG

Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 nr. 11 og art. 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse, som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake.

Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes uttrykkelige samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 a), jf. art. 9 nr. 2 bokstav a, jf. personopplysningsloven § 10, jf. § 9 (2).

PERSONVERNPRINSIPPER

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

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

DE REGISTRERTES RETTIGHETER

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

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

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

FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

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

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

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

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

Lykke til med prosjektet!

Kontaktperson hos NSD: Lise Aasen Haveraaen
Tlf. Personverntjenester: 55 58 21 17 (tast 1)

Vedlegg 4. Intervjuguide.

Hvordan kom du i kontakt med hverdagsrehabiliteringsteam?

Hva var viktig for deg ved oppstart av HVR?

Hvordan ble du tatt imot? Opplevde du at du ble hørt og tatt på alvor?

Hvordan opplevde du at du ble inkludert ved valg av målsetninger?

Hvordan opplevde du treningstiden sammen med personalet?

Var det noe som ga deg styrke og mot?

Fikk du den hjelpen som du ønsket? Hadde du forventninger til personalet?

Var det noen egenskaper hos personalet har du satt pris på?

Kan du fortelle hvordan du opplevde samarbeidet i HVR-teamet?

Hvor medvirkende og involvert var du ved utforming av din behandlingsplan?

Var det noe du savnet eller var det noe som burde vært gjort annerledes?

Hva sitter du igjen med etter HVR? Føler du mestring i livet ditt nå

Er det noe mer du ønsker å si før vi avslutter samtalen?

Tilleggsspørsmål som kan være aktuelle for å utdype spørsmål:

- Kan du si mer om dette?
- Hvordan opplevde det du selv?
- Forstår jeg deg riktig når jeg.....?
- Kan du gi meg noen eksempler på dette?