

## Erfaringer om medvirkning i egen rehabilitering

Dybdeintervju med personer som har blitt rammet av hjerneslag og hatt rehabiliteringstjenester i sin hjemkommune

Hege Vigdel Osvåg

VID vitenskapelige høyskole

Sandnes/Stavanger

Masteroppgave

Master i medborgerskap og samhandling

Antall ord: 29557

19. mai 2023

**Opphavsrettigheter**

Forfatteren har opphavsrettighetene til oppgaven.

Nedlasting for privat bruk er tillatt.



Plutselig vanskelig å prate,  
smile eller løfte armene? Det kan være **hjerneslag**.

**Ring 113**  
- hvert sekund teller.



Hentet fra <https://www.helsenorge.no/sykdom/hjerneslag/slik-gjenkjenner-du-et-hjerneslag/> 7.mai 2023

## Sammendrag

**Bakgrunn og formål:** En økning i antall overlevende etter hjerneslag har ført til stadig flere som har behov for rehabilitering. Kommunene skal imøtekomme behovet for rehabilitering, og utformingen av rehabiliteringstjenester skal, i den grad det er mulig, utformes i samarbeid med brukere. Denne studien handler om erfaringer med medvirkning i eget rehabiliteringsforløp, fra et brukerperspektiv. Problemstillingen er formulert slik: Hvordan erfarer brukere å medvirke i eget rehabiliteringsforløp i samarbeid med tjenesteyter i kommunen? Formål med denne studien er å belyse rehabilitering og medvirkning i et medborgerskapsperspektiv.

**Metode og utvalg:** Denne studien har et kvalitativt fenomenologisk-hermeneutisk forskningsdesign for å svare på problemstillingen. Semistrukturert intervju ble valgt for å få frem utdypende beskrivelser fra erfaringer hos informantene. Totalt fem personer i aldersgruppen 45-60 år, som har erfaring med å motta tjenester fra kommunesektor i etterkant av hjerneslag, ble rekruttert og intervjuet. Datamaterialet ble bearbeidet med temaanalyse og drøftet i lys av relevant teori og policydokumenter.

**Funn:** Resultatene i denne studien tyder på at informantene har erfaringer med å medvirke i eget rehabiliteringsforløp, men også erfaringer med å ikke få medvirke. De trekker frem gode relasjoner med tjenesteyter og opplevelse av at de drar i samme retning som faktorer hvor medvirkning fremmes. De fleste savner mer informasjon fra tjenesteyter. Tanker rundt det å sette mål i samarbeid med tjenesteyter ble ikke vurdert som avgjørende for medvirkning i rehabiliteringsforløpet som helhet. Det var personavhengig om samarbeidet fungerte, og vonde enkelthendelser med tjenesteytere har satt spor som lager en form for «oss mot dem»-tankegang. Informantene medvirket også aktivt selv ved å stille spørsmål, kreve eller takke nei til det tjenesteyter kunne tilby. Når behovet for tjenester blir langvarig, erfarer informantene at det ikke er like lett å medvirke i tjenestetilbudet og tid er en luksus som ikke er alle forunt. De med behov for langvarige tjenester erfarer det som en påkjenning å være avhengig av hjelpen de mottar.

**Oppsummering:** Studien kan gi indikasjoner på at den personlige relasjonen mellom bruker og tjenesteyter spiller en stor rolle for om bruker erfarer reell medvirkning i rehabiliteringsforløpet. Informantene erfarer at personsentrert målsetting ikke påvirker hvor mye de får medvirke. Flere erfarer informasjon under forløpet som mangelfull. De med langvarige behov for tjenester erfarer at medvirkning avtar, og opplever å ikke bli prioritert.

**Nøkkelord:** Slagrehabilitering, personsentrert målsetting, medborgerskap, samhandling, brukermedvirkning, erfaring

## Abstract

**Purpose:** An increase of stroke survivors has led to more people in need for rehabilitation after injury. The municipalities in Norway must accommodate rehabilitation needs, where the patient has the right to participate in the design and implementation of the rehabilitation. This study is about experiences of patient involvement in a rehabilitation process, from a patient perspective. The research question is: How do patients perceive involvement in their own rehabilitation, in cooperation with professionals in the municipality? The purpose of this study is to investigate how middle-aged adults with stroke experience their rehabilitation and patient involvement in municipality care.

**Method:** Qualitative phenomenological-hermeneutic approach was used to answer the research question. Semi-structured interviews were performed to get elaborating descriptions from the experiences of people with stroke. A total of five people, aged 45-60 years old, that have experience with municipality care after stroke, were recruited and interviewed. The interviews were analysed with theme analysis and discussed considering relevant theory and Norwegian policy documents.

**Results:** The interviewees have experience with both participating and not participating in their own rehabilitation process. They find factors pertaining to good relationships with professionals and the experience of working towards a common goal to be promoting patient involvement. Most of the interviewees mention lack of information as a negative experience. The goal setting situation was not considered a crucial factor for patient involvement in the rehabilitation process altogether. The crucial factor for perceiving patient involvement, however, was professional's personal characteristics and the relationship they achieved. The interviewees actively gained involvement also by asking, demanding, and turning down propositions from the professionals. Bad single events with professionals have left a mark that shapes an «us against them»-perception. When the need for municipality care becomes long lasting, the interviewees experience a lack of patient involvement, and time is a luxury that come in short. It is a strain for those who still depend on municipality care.

**Conclusion:** The study can indicate that a good personal relationship with the professional is the bottom-line key to patient involvement. The interviewees experience lack of information through the rehabilitation process. A client-centred goal setting approach is not considered a factor to patient involvement. Some experience that they are no longer a priority in municipality care when the needs become long lasting, and patient involvement is diminished.

**Key words:** Stroke rehabilitation, goal setting, citizenship, interaction, patient involvement, experience

## Forord

Tenk at nå er dagen her som jeg har lengtet etter... I skrivende stund innser jeg at jeg har gått på skole over halve livet mitt. De gråe hårene har kommet hyppigere de siste fire årene, og jeg liker å tenke at det er kunnskap og visdom fra studiene. Jeg kjenner at jeg har vært gjennom en prosess for å både forstå og kunne ta eierskap til begrepene medborgerskap og samhandling. Fra å være to høythengende ord, er de nå fulle av betydning både for meg og stadig flere rundt meg.

Jeg har noen mennesker jeg vil takke for at jeg, i det hele tatt, har brukt de siste fire årene på å ta master i medborgerskap og samhandling. Først vil jeg takke min arbeidsplass og nærmeste leder, Sola kommune ved Gunn Laila Dahlseng, for at jeg fikk anledning til å gå på skole samtidig som jeg er i jobb. Min kollega, Monica, må ha takk for å ha tatt ansvar de periodene jeg ikke var på jobb: "Ikkje tenk på det!" Ellers må jeg få takke de fantastiske fem informantene som fortalte om egne erfaringer, og IKART for å ha rekruttert dem til meg. Oppgaven hadde ikke blitt til, hvis det ikke var for dem! Kjersti Helene har vært min veileder, og jeg vil takke henne for konstruktive tilbakemeldinger på oppgaven og refleksjoner til ettertanke. Det har bidratt til en bedre oppgave i sin helhet, og gitt meg følelsen av at jeg ikke har vært helt alene i prosjektet.

Disse fire årene har vært lærerike både på grunn av dyktige forelesere, gode eksamensformer og en gjeng med engasjerte medstudenter. Her vil jeg trekke frem tre medstudenter som skal ha en ekstra takk for at de har vært «flokkens min» på VID. Takk til Eva Renate med sine ufiltrerte tanker og observasjoner. Takk til Tonje for sin varme, for sin løse latter og kloke ord. Takk også til Heidi for å bidra med humor, fag og fjelltur (takk for lånet av lydopptaker. Den burde jeg kanskje levere tilbake snart). Det samholdet med dere har virkelig gjort disse fire årene så gode.

Sist, men ikke minst, vil jeg takke min familie. Det har vært en fornøyelse å ha en ektemann som liker å være med våre barn ekstra mye i de periodene jeg har hatt ansiktet langt ned i bøkene og artiklene, og som titt og ofte disker opp med en god kaffe, bladkrans eller et glass vin for litt kreativ tenkning. Takk, min kjære Steffen. Takk til våre barn, Pia og Are, som har revet meg bort fra eksistensielle spørsmål de dagene studiene har vært tøffe. Are, du er en inspirasjon med din selvdisciplin og konsentrasjonsevne når du kommer hjem fra skolen og pliktoppfyllende gjør leksene i all støyen fra middagslaging og bråk. Jeg gleder meg til å tilbringe mer tid med dere kvelder og helger framover!

Stavanger, mai 2023

Hege Vigdel Osvåg

# Innhold

Sammendrag .....	3
Abstract .....	4
Forord .....	5
1 Introduksjon .....	9
1.1 Samfunnsmessig relevans.....	10
1.2 Hensikt, problemstilling og forskningsspørsmål.....	12
1.3 Begrepsavklaring .....	13
1.4 Litteraturgjennomgang av tidligere forskning og kunnskapsgap .....	14
1.4.1 Hvordan søk av litteratur ble gjennomført.....	15
1.4.2 Presentasjon av relevant tidligere forskning .....	16
1.5 Oppgavens oppbygning .....	18
2 Teoretisk rammeverk inkludert medborgerskap- og samhandlingsperspektiv.....	19
2.1 Betingelser for medvirkende praksis .....	19
2.2 Medborgerskap som medvirkende faktor.....	20
2.3 Medborgerskap i lys av rettferdighetsteori.....	21
2.4 Rehabilitering i et helhetlig perspektiv.....	21
2.5 Samhandling .....	25
2.6 Oppsummering av teoretisk rammeverk .....	26
3 Metode .....	27
3.1 Studiens forskningsdesign .....	27
3.2 Vitenskapsteoretisk ramme.....	28
3.2.1 Fenomenologi .....	28
3.2.2 Hermeneutikk .....	29

3.3 Intervju som tilnærming for dataproduksjon.....	30
3.4 Egen forforståelse.....	31
3.5 Forskningsetiske vurderinger .....	33
3.5.1 Reliabilitet .....	36
3.5.2 Validitet.....	36
3.5.3 Overførbarhet .....	37
3.6 Rekruttering.....	38
3.6.1 Utvalg .....	38
3.7 Praktisk gjennomføring.....	40
3.8 Analyse.....	42
4 Resultat.....	48
4.1 Rehabilitering.....	48
4.1.1 Bli bedre, men også vite hva som er mulig.....	48
4.1.2 Rehabiliteringen er ikke over .....	49
4.1.3 Oppsummering .....	51
4.2 I møte med tjenesteyter .....	51
4.2.1 Ulik oppfølging i starten.....	51
4.2.2 Å bli sett og hørt.....	53
4.2.3 Den fragmenterte hjelpen .....	56
4.2.4 Oppsummering .....	58
4.3 Målsetting.....	59
4.3.1 Målsetting til besvær .....	59
4.3.2 Oppsummering .....	61
4.4 Makt og (an)svar .....	61
4.4.1 Finne noen som har svar og de som tar ansvar .....	62
4.4.2 Et liv i vedtak og lovverk .....	64



4.4.3 I stadige forhandlinger om livet mitt! .....	66
4.4.4 Oppsummering .....	68
5 Drøfting.....	69
5.1 Målsetting erfares ikke som utslagsgivende for et bedre samarbeid med tjenesteyter	69
5.2 Menneskemøtene som understøtter medvirkning .....	75
5.3 En kamp mot tid og ressurser .....	81
6 Avslutning .....	86
6.1 Tilbake til problemstillingen .....	86
6.2 Hovedresultater .....	87
6.3 Veien videre .....	88
Litteraturliste.....	89
Vedlegg 1. Intervjuguide.....	94
Vedlegg 2 Vurdering NSD .....	95
Vedlegg 3 Samtykkeskjema informanter.....	97
Vedlegg 4 Samtykkeskjema informant sin assistent .....	100

## 1 Introduksjon

Dette er en kvalitativ studie om erfaringer med brukermedvirkning i et rehabiliteringsforløp for slagrammede i sin hjemkommune. I underkant av 14000 personer ble rammet av hjerneslag i Norge i 2021 (Folkehelseinstituttet, 2022). Dødeligheten knyttet til hjerneslag har hatt en klar nedgang de siste tretti årene, rapporteres det i Norsk hjerneslagsregister sin årsrapport for 2021 (Fjærtøft et al.). Dette bidrar til en betydelig økning i antall personer som lever med ettervirkninger fra hjerneslag. Livskvaliteten til den enkelte står i fare for å bli forverret, og et reddet liv skal også være et liv verdt å leve! Flere av de personene som rammes av hjerneslag har behov for rehabilitering etter utskrivelse fra spesialisthelsetjenesten, og vil over tid være avhengige av hjelp og støtte fra andre mennesker og av samfunnet (Helsedirektoratet, 2017b). Hver kommune har ansvar for å gi forsvarlige helsetjenester til sine innbyggere, slik at hver enkelt får mulighet til å bo selvstendig og kunne ha en meningsfull og aktiv hverdag (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2012).

En person som blir rammet av hjerneslag kan gå fra å være helt funksjonsfrisk til å bli totalt pleietrengende. I 2021 ble det rapportert i overkant av 9000 hjerneslag til Norsk hjerneslagregister (Fjærtøft et al., 2020) fordelt på 50 sykehus i Norge, og en tredjedel av disse vil ha varige mén etter slaget. Registeret har en dekningsgrad på 87%, så insidensen i Norge for hjerneslag i løpet av ett år er i realiteten høyere.

En tredjedel av de som rammes av hjerneslag er i aldersgruppen under 70 år, og er forventet å leve i flere år etter skade (Fjærtøft et al., 2020). Kommunen skal samordne de ulike tjenestene hver innbygger har behov for, for å fremme helhetlig tankegang, og dette gjelder også de innbyggere med behov for rehabilitering (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2012). Yngre slagrammede har gjerne andre utfordringer enn de eldre. De er midt i livet, og er omsorgspersoner for både sine barn og for sine foreldre. Unge voksne er i yrkesaktiv alder og har gjerne mange jern i ilden på fritiden, med drømmer og ønsker om hva de skal gjøre videre i livene sine. Når disse rammes av hjerneslag skaper det ringvirkninger for ikke bare dem selv, men også for dem rundt. Omsorgsroller blir snudd på hodet, og det kan oppstå en økonomisk belastning om den yrkesaktive blir ufør.

## 1.1 Samfunnsmessig relevans

Samhandlingsreformen (St.meld. nr.47 (2008-2009)) som trådte i kraft i 2012 ga mer ansvar fra spesialisthelsetjenesten og over til kommunene. Pasienten skulle skrives tidligere ut og rehabilitering skulle skje nærmest mulig hjemme og i hverdagslige situasjoner.

Samhandlingsreformen ble fulgt opp med stortingsmeldinger som Kommunereformen (Meld. St. 14 (2014-2015)) og Primærhelsemeldingen (Meld. St. 26 (2014-2015)) hvor mer makt og myndighet skulle overføres til kommunene. Målet var å gjøre kommunene i stand til å imøtekomme de nye oppgavene som tidligere var forbeholdt spesialisthelsetjenesten. Videre kom Opptappingsplan for habilitering og rehabilitering (Prop. 1 S (2016-2017)) for å iverksette målsettinger som ble fremmet i Primærhelsemeldingen. Opptappingsplanen (Prop. 1 S (2016-2017)) var strategier for å ruste kommunene til å gi et godt rehabiliteringstilbud til sine innbyggere, gjennom å øke kvalitet på tjenester og styrke brukermedvirkning når flere rehabiliteringsoppgaver skulle overføres fra spesialisthelsetjenesten til kommunene. Alt bygget på at den demografiske og epidemiologiske utviklingen kunne true samfunnets økonomiske bæreevne.

Ifølge en evaluering av opptappingsplanen (KPMG, 2020) rettes det kritikk til strategiene som svake og lite systematiske, hvor økonomiske insentiver og sentrale føringer kun har ført til et kortvarig løft i kommunale rehabiliteringstjenester. Den økonomiske støtten er midlertidig, og evalueringen spår at det også vil gjelde løftet i tjenestene (KPMG, 2020).

Stortingsmeldingen «Kommunereformen» (Meld. St. 14 (2014-2015)) meldte om store variasjoner i rehabiliteringstjenestene fra kommune til kommune, som kunne ha sammenheng med både uklart ansvarsområde mellom kommune og spesialisthelsetjenesten, og ulikt nivå av kompetanse i kommunen (s. 42). Det var behov for klare føringer for ansvarsfordeling, og målet med mer oppgaver over til kommunene ble begrunnet med redusert byråkrati og økt effektivitet (Meld. St. 14 (2014-2015), s. 82).

Vekst i oppgaver fører til vekst i økonomiske utgifter, og denne regningen skulle kommunene ta. Til gjengjeld skulle kommunene bli rustet med bedre budsjetter i form av frie inntekter til kommunen (St.meld. nr.47 (2008-2009), s. 149). Kommunene måtte nå stå økonomisk ansvarlig for utskrivningsklare pasienter ved sykehusene, og det skulle innføres en

kommunal medfinansieringsmodell av spesialisthelsetjenesten (St.meld. nr.47 (2008-2009), s. 30). Slik ble kommunene bevisstgjort utgiftene for sine innbyggere, som igjen skulle være et incentiv til å organisere og tilrettelegge tjenester på lavest effektive omsorgsnivå. Det skulle lønne seg for kommunene å opprette forebyggende tjenester. Daværende helse- og omsorgsminister, Bjarne Håkon Hansen, skrev at rett behandling skulle komme på rett sted og til rett tid (St.meld. nr.47 (2008-2009), Forord). Brukerperspektivet skulle legges til grunn i tjenesteytelsen, og den enkelte skulle få et realistisk bilde av hvilke tjenester de kunne få og kunne medvirke til i gjennomføringen (St.meld. nr.47 (2008-2009), s. 51).

Brukermedvirkning har fått økende oppmerksomhet de siste tjue årene, og har formet politikken på blant annet rehabiliteringsfeltet (Solvang, 2019, s. 37). Tidligere var fagpersoner spesialistene som vurderte og konkluderte, og nå skal pasient inkluderes og være en likeverdig partner i samarbeidet om best mulig rehabiliteringsforløp for pasient. Det er lovpålagt at tjenestene skal så langt som mulig utformes i samarbeid med pasient (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-1). Den økende mengden av oppgaver som overføres fra spesialisthelsetjenesten og over til kommunehelsetjenesten skjer i takt med at pasienten får en sterkere posisjon.

En rapport (Rambøll Managing Consultant, 2016) om hjernehelse<sup>1</sup>, utført på oppdrag fra Helsedirektoratet, trekker frem at selv om kommuner nå vektlegger brukermedvirkning i større grad, så er brukermedvirkning på individnivå fortsatt en mangel i flere kommuner (s. 36). I evalueringen av opptrappingsplan for rehabilitering og habilitering (2020) kommer det frem at brukermedvirkning også på systemnivå er mangelfull, der over 50% av de spurte brukerorganisasjonene svarer at de har i liten eller ingen grad deltatt i utforming av planer for rehabilitering og habilitering i kommunene (s. 65).

I enda en rapport utført av Rambøll Managing Consultant (2014), i oppdrag fra Helsedirektoratet om tilbud innen habilitering og rehabilitering, trekkes det også frem særlig mangelfullt tilbud til mennesker med langvarige behov for rehabilitering (s. 6). En av disse gruppene er personer med omfattende utfall etter hjerneslag. Nasjonal faglig retningslinje for behandling og rehabilitering av hjerneslag utdyper ikke brukermedvirkning noe mer enn

---

<sup>1</sup> Et relativt nytt begrep i Norge; hjernehelse handler om helsetilstanden knyttet til funksjoner, sykdommer, skader, tilstander i hjernen og nervesystemet vårt (Rambøll Managing Consultant, 2016).

at det skal være i tråd med faglige anbefalinger, og i et pasient- og brukerperspektiv (Helsedirektoratet, 2017b). Uten en felles forståelse og klar ramme for hva brukermedvirkning innebærer, vil det forekomme stor variasjon i praksis i hvor stor grad en pasient får medvirke. Dette bekreftes også i rapporten om hjernehelse, som slår fast at det er store forskjeller knyttet til hvordan tjenesteytere tolker at brukermedvirkning skal ivaretas (Rambøll Managing Consultant, 2016, s. 16). Kultursosiolog Ann-Beathe Myhra (2012) skriver at brukermedvirkning "... er et ideal som skal etterstrebes, og det er knyttet til en verdi som vi har bestemt skal være gyldig i det norske samfunnet" (s. 54).

## 1.2 Hensikt, problemstilling og forskningsspørsmål

Hensikten med studien er å kunne produsere kunnskap om hvordan slagrammede opplever å medvirke i rehabiliteringsforløpet. Det kommer stadige endringer i lovverk og stortingsmeldinger for å ivareta pasientens egen rett til å medvirke, og denne studiens formål er å kunne gi utdypende kunnskap om erfaringer fra pasientens perspektiv.

Tjenesteyters erfaringer med brukermedvirkning i praksis finnes det mye forskning om, men det foreligger lite forskning basert på pasienters egne erfaringer med medvirkning (Sørensen & Garnweidner-Holme, 2021). Det er lite forskning på erfaringer om medvirkning hos personer som rammes av hjerneslag, og det til tross for høye insidenstall. Især de som rammes i ung alder og skal leve lenge med følgene etter slaget. Brukers erfaringer er viktig kunnskap for tjenesteytere, for mulig å utvikle kvalitet i tjenesteytingen (Myhra, 2012, s. 15).

Problemstillingen jeg har valgt er:

Hvordan erfarer brukere å medvirke i eget rehabiliteringsforløp i samarbeid med tjenesteytere i kommunen?

Forskningsspørsmål:

1. *Hvilke erfaringer har brukere med å sette egne mål?*
2. *Hvilke forhold er det som understøtter medvirkning?*
3. *Hva skjer med medvirkningen fra bruker kom til kommunen og den videre prosessen?*

### 1.3 Begrepsavklaring

Her vil sentrale begrep for problemstillingen bli gjort rede for.

**Hjerneslag:** Hjerneslag er en fellesbetegnelse på plutselig forstyrrelse av blodsirkulasjonen i hjernen, forårsaket av at en blodåre tilstoppes (hjerneinfarkt) eller blodåren sprekker (Thomassen, 2021). 90% av tilfellene er hjerneinfarkt, og utfallet etter hjerneslag avhenger hvilken del av hjernen som mistet blodtilførsel og over hvor lang tid (Thomassen, 2021).

**Rehabilitering:** Jeg viser til definisjonen av rehabilitering slik den står i forskriften, fordi dette er den offisielle norske definisjonen, som norsk lovverk nå bygger på.

#### «§ 3 Definisjon av habilitering og rehabilitering

Habilitering og rehabilitering skal ta utgangspunkt i den enkelte pasient og brukers livssituasjon og mål.

Habilitering og rehabilitering er målrettede samarbeidsprosesser på ulike arenaer mellom pasient, bruker, pårørende og tjenesteytere. Prosessene kjennetegnes ved koordinerte, sammenhengende og kunnskapsbaserte tiltak.

Formålet er at den enkelte pasient og bruker, som har eller står i fare for å få begrensninger i sin fysiske, psykiske, kognitive eller sosiale funksjonsevne, skal gis mulighet til å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltagelse i utdanning og arbeidsliv, sosialt og i samfunnet.»

(Forskrift om habilitering og rehabilitering, 2012)

**Bruker:** Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) definerer bruker som en person som ber om eller mottar tjenester omfattet av Helse- og omsorgstjenesteloven (2012), men som ikke er helsehjelp. Tjenester med formål om å rehabiliterer, behandle eller pleie er helsehjelp, og mottaker av helsehjelp har betegnelsen pasient (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). Til tross for lovverket vil det i denne oppgaven bli benyttet betegnelsen bruker også i de tilfeller hvor personen mottar helsehjelp. Dette er formålstjenlig for oppgaven, fordi det i stor grad benyttes i dagligspråk i kommunehelsetjenesten.

**Tjenesteyter:** Enhver statsborger som jobber i etablert foretak hvor en tilbyr og yter tjenester (Tjenesteloven, 2009). I denne oppgaven vil tjenesteyter være alle de som jobber i kommunens tjenesteapparat rundt bruker. Kommunen har ansvar for alle som bor eller oppholder seg midlertidig i kommunen, og skal sørge for at nødvendig helsetjeneste blir gitt

(Helse- og omsorgstjenesteloven, 2012). Samarbeidende private og statlige aktører som tilbyr tjenester når brukere bor i sin egen kommune er også inkludert og formulert som tjenesteyter i denne oppgaven.

**Brukermedvirkning:** I Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) kapittel 3, står det at «bruker har rett til å medvirke ved gjennomføring av helse- og omsorgstjenester». Loven sier videre at brukere har rett til å medvirke til hvilke type tjenester og behandlingsmetoder hen mottar, og brukers medvirkning skal tilpasses ut fra vedkommende sin evne til å gi og ta imot informasjon (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §3-1). Brukers rett til medvirkning er ufravikelig, og gjelder i alle helse- og omsorgstjenester. Dette innebærer at brukere med kognitive utfordringer, som gjør det vanskelig å forstå den informasjonen som blir gitt, likevel har rett til å medvirke på et tilpasset nivå.

**Samhandling:** Det samspillet som skjer når to eller flere aktører er i aktivitet med hverandre. Det er en forutsetning at aktørene er klar over at de er deltakere og det er en viss grad av gjensidighet mellom dem (Noack & Tjora, 2018).

**Pasientsentrert målsetting:** Målsetting operasjonaliserer rehabiliteringsprosesser (Helsedirektoratet, 2017a). Anbefalingen hos Helsedirektoratet er at målene bør være konkrete og målbare for å kunne evaluere måloppnåelse (2017a). Et eksempel på kartleggings- og evalueringsverktøy er Pasientspesifikk funksjonsskala, forkortet med PSFS, som benyttes for å sikre brukerinvolvering i utarbeidelse av prioriterte mål for rehabilitering (Eggen et al., 2022). Målgruppen for PSFS var opprinnelig personer med muskel- og skjelettplager, men har i etterkant blitt testet ut på andre pasientgrupper. Det har blitt forsket på om PSFS er anvendelig for tjenesteyter i møte med personer etter hjerneslag, og verktøyet ble vurdert til å fungere godt når personene ikke hadde for store kognitive utfall (Eggen et al., 2022; Evensen et al., 2020).

#### 1.4 Litteraturgjennomgang av tidligere forskning og kunnskapsgap

I dette kapitlet viser jeg hvordan litteratursøk av tidligere forskning ble gjennomført, før de forskningsartiklene som ble vurdert relevante for studien blir presentert.

#### 1.4.1 Hvordan søk av litteratur ble gjennomført

Innledende søk med fraser som “patient involvement” og “stroke rehabilitation” ble gjennomført i Oria for å finne hvilke databaser som inneholdt relevant litteratur om emnet. Derav ble det valgt ut databasene Medline, Cinahl og Academic Search Elite.

Systematiske søk ble gjennomført i alle tre databasene, inspirert av PICO-skjemaet (Problem, Intervention, Comparator, Outcome) fra helsebiblioteket sin nettside (Helsebiblioteket, 2016). Enkeltordene «hjerneslag» og «rehabilitering» ble slått sammen til frasen «stroke rehabilitation», fordi ordene hver for seg inkluderte flere tusen artikler som ikke var innenfor emnet i denne studien. Dette resulterte i skjemaene nedenfor, med «problem», «intervention» og «outcome», også forkortet med P, I og O.

	Norske ord	MeSH (emneord)	Tekstord
Population/problem	Slagrehabilitering Rehabilitering etter slag	Stroke rehabilitation	Stroke recovery
Intervention	Brukermedvirkning	Patient participation	Patient empowerment Patient engagement Patient participation Patient involvement Consumer participation
Outcome	Erfaring		Experience Perceptions Attitude Views

Database Dato for søk		ASElite 08.05.22	Cinahl 21.05.22	Medline 22.05.22
P	1 Stroke rehabilitation	4558	7564	18703
	2 Stroke recovery	1430	586	2533
	3 1 OR 2	5800		20467
	4 1 OR 2 (Pub etter 2010)	5046	7935	14798
I	5 Patient participation	9590	14567	30974
	6 Patient empowerment	9234	1095	17738
	7 Patient engagement	9907	2618	19829
	8 Patient involvement	9807	2183	19732
	9 Consumer participation	691	22853	442
	10 5 OR 6 OR 7 OR 8 OR 9	14256	28082	38565
	11 10 (Pub etter 2010)	13135	18781	22772



O	12 Experience	1026071	41125	939088
	13 Perceptions	509366	179690	497240
	14 Attitudes	471738	377780	462342
	15 Views	859774	111164	404732
	16 10 OR 11 OR 12 OR 13	2562246	885087	2045423
	17 16 (Pub etter 2010)	1563824	618986	1067159
PIO kombinert	4 AND 11 AND 17	34	42	64

I veiledningstime med bibliotekar fra VID ble det anbefalt å søke på hvert emneord hver for seg, for så å kombinere emnene etterpå. Dette skaper et mer fleksibelt og oversiktlig søk, hvor alle treff innenfor hvert emneord er inkludert før emnene kombineres. En får også en oversikt over hvilke emneord de ulike databasene har benyttet for å sortere artikler.

Eksempel på dette er «consumer participation», som ga få treff i Academic Search Elite og Medline, men høyt antall treff i Cinahl. Ved å kombinere treff etterpå med «OR» inkluderes alle treff på hvert emne, inkludert treff som inneholder begge emnene. Da utvides søket, og en inkluderer flere treff. I skjemaet ovenfor vises hvordan treff i P, I og O ble kombinert med «AND» for å avgrense søket til kun treff som inneholdt alle tre emnene. De søkene som ble gjort i de tre databasene førte til et knippe forskningsartikler hvor en del ble ekskludert allerede ut fra tittel og en del ble ekskludert etter gjennomlesing av sammendrag. Studier som ble ekskludert omhandlet spesifikke behandlingsmetoder, ren forskning på afasi og noen studier handlet ikke om slagrehabilitering. De studiene som ble valgt ut, ble søkt opp i Oria for tilgang til fulltekst. Det var ingen av forskningsartiklene i søkeresultatet som omhandlet utelukkende slagrammede personers erfaringer med medvirkning i rehabiliteringsforløpet. Fire studier fra dette søket vil her bli presentert for å tydeliggjøre bakgrunn og samfunnsmessig relevans for oppgaven.

#### 1.4.2 Presentasjon av relevant tidligere forskning

Den første studien som blir presentert her ble vurdert til å ligne denne oppgavens problemstilling i størst grad: I en kvalitativ studie, gjennomført i Sverige, har de intervjuet elleve personer om deres erfaringer med pleie og rehabilitering i sykehus og i kommune etter de ble rammet av hjerneslag (Tholin & Forsberg, 2014). Resultatet var at informantene opplevde at rehabiliteringen ikke var intensiv nok i kommunen, men det nevnes ikke noe om

medvirkning i rehabilitering. Flere informanter opplyste derimot at medvirkning var mangelfull innenfor pleie. Informanter var fornøyd med personale, men følte at autonomien forsvant og de ble avhengige av hva pleiepersonell mente (Tholin & Forsberg, 2014). Intervjuene tok sted i 2009-2010, og har kun ett spørsmål i intervjuguiden som handler om brukermedvirkning.

Et av forskningsspørsmålene i min studie er «Hvilke forhold er det som understøtter medvirkning?». Det ble ikke funnet studier direkte på fremmede faktorer for medvirkning i rehabilitering innenfor de litteratursøk som ble gjort, men det ble blant annet funnet to litteraturstudier som handler om deltakelse. Den ene litteraturstudien er fra 2013 og søker etter hvilke faktorer som fremmer og hemmer deltakelse i rehabilitering for slagpasienter, og konkluderer med at det er behov for mer forskning av direkte berørte personer (MacDonald et al.). Litteraturstudien viser til fremmede faktorer for deltakelse som individuelt tilpasset rehabilitering, pasientsentrert målsetting, opplevelse av autonomi, den terapeutiske forbindelsen mellom tjenesteyter og pasient, og opplevelsen av å få nok relevant informasjon (MacDonald et al., 2013). På den andre siden ble mangel på informasjon, mangel på autonomi, motsigende råd fra ulike tjenesteytere og tidsbegrensning faktorer som hemmet deltakelse. En nyere litteraturstudie fra 2021, med samme fokus, trekker frem flere faktorer som fremmer deltakelsen i rehabilitering (Forgea et al.). Troen på egen mestring, god relasjon til helsepersonell, egendriv, pasientsentrert målsetting og støtte fra familie og venner er faktorer som ifølge studien øker deltakelsen hos pasient (Forgea et al., 2021). Det vil være interessant å se om informantene i denne oppgaven fremhever de samme faktorene som disse litteraturstudiene.

Pasientsentrert målsetting er tema i flere av studiene som kom frem i databasesøkene, fordi det løftes frem som et godt verktøy for helsepersonell for å fremme brukermedvirkning i rehabiliteringsforløpet. En finsk fenomenologisk studie med 20 deltakere om deres opplevelse av målsettingssamtale trekker frem at deltakerne føler seg respektert og troen på egen mestring blir forsterket (Alanko et al., 2019). Også her kom det frem hvor viktig det er for enkelte å ha pårørende til stede under samtalen som støtte. Hemmende faktorer under målsettingssamtalen var smerteproblematikk og uvissheten om fremtiden (Alanko et al., 2019).

## 1.5 Oppgavens oppbygning

Oppgaven er inspirert av en vitenskapelig artikkels oppbygning med; innledning, metode, resultater og diskusjon (Hem, 2020). Sidsel Sverdrup (2020) sine råd og vink til oppgaveskriving har vært viktig i utformingen av oppgaven. I første kapittel gjøres det rede for politiske føringer som er trådt i kraft for at store deler av rehabilitering skal foregå i kommunene og føringer for at pasientrollen skal være mer deltakende i eget rehabiliteringsforløp. Deretter kommer en redegjørelse av slagrammede som pasientgruppe, før det vises til rapporter som påpeker store behov og utfordringer innenfor rehabilitering og brukermedvirkning.

Andre kapittel inneholder teorier om rehabilitering, medborgerskap og samhandling som utgjør det teoretiske rammeverket for oppgaven. Kapittel tre er metodedel hvor vitenskapsteoretisk forankring, metode for dataproduksjon, eget faglig ståsted og forskningsetiske vurderinger blir gjort rede for. Utvalg, rekruttering, gjennomførelse av dataproduksjon og analyse blir også fremstilt i kapittel tre. I kapittel fire blir resultatene fra analysen lagt frem, og resultatene blir videre diskutert i kapittel fem. Hovedfunn blir oppsummert i kapittel seks med tanke på å belyse eventuelle implikasjoner for praksis og anbefaling for videre studier.

## 2 Teoretisk rammeverk inkludert medborgerskap- og samhandlingsperspektiv

Her vil sentrale perspektiv bli presentert for å lage en teoretisk ramme for å belyse problemstillingen i denne studien. Først vil brukermedvirkning bli presentert ved å vise til hvilke betingelser som ligger til grunn for medvirkende praksis på individnivå, dermed blir medvirkning løftet opp i et medborgerskapsperspektiv. Videre presenteres rehabilitering som et felt i stadig utvikling, hvor den medisinske diskursen blir utfordret av både en relasjonell og sosial forståelse. Rehabilitering forutsetter at tjenesteytere og bruker samarbeider på kryss og tvers av fagfelt og sektor, så samhandling sett i lys av rehabilitering vil bli presentert. Teorien er valgt ut med hensikt om å gi en nyansert forståelse av relevant kunnskap og et grunnlag for diskusjon av problemstillingen «Hvordan erfarer brukere å medvirke i eget rehabiliteringsforløp i samarbeid med tjenesteytere i kommunen?».

### 2.1 Betingelser for medvirkende praksis

Rett til brukermedvirkning er hjemlet i Pasient- og brukerrettighetsloven (1999), og bestemmelser om medvirkning er utdypet i Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator (2012). Det å operasjonalisere brukermedvirkning viser seg å være utfordrende, og dermed også svært varierende hvordan medvirkning føres ut i praksis. En konseptanalytisk litteraturgjennomgang fra 2015 konkluderer med, det samme som skrevet innledningsvis, at medvirkning ikke er klart definert og det er lite konsensus i hva medvirkning innebærer (Bright et al.).

Et annet begrep for brukermedvirkning, som er mer vanlig internasjonalt, er pasientsentrert praksis. Pasientsentrert praksis krever ikke bare at pasienten skal kunne medvirke i tjenester, men skal bli møtt som et helt menneske med sin livshistorie og de rollene pasienten har i en familie eller i sitt samfunn (Solvang, 2019, s. 39). For at brukere skal kunne ha reell medvirkning, må tjenesteytere aktivt fremme medvirkende faktorer som tilgang til kunnskap og ha et syn på brukeren som en likestilt partner i rehabiliteringen. Myhra (2012) understreker at brukermedvirkning er en del av yrkesutøvelsen til tjenesteytere, og er ikke noe som kommer i tillegg (s. 15).

Solvang (2019) skriver at brukere av tjenester i dag står i en styrket posisjon hvor de kan velge ny fastlege, de har fritt sykehusvalg og deltar på undersøkelser om brukertilfredshet som de ulike tjenestetilbyderne forventes å justere sin praksis etter (s. 38). Brukerne blir også omtalt som medprodusenter av tjenester fordi de følger aktivt opp med egentrening etter fysioterapeutens regi (Solvang, 2019, s. 38). Politiske føringer har gitt brukere større mulighet for å medvirke på individnivå, og på politisk, administrativt og lokalt nivå blant annet gjennom krav om å opprette brukerutvalg (Tjora & Melby, 2013, s. 96).

Brukerrepresentanter taler på vegne av hele brukergrupper, og ikke ut fra egen erfaring. Når de får delta i planleggings- og beslutningsprosesser, bidrar dette til å forbedre kvaliteten på offentlige tjenester (Myhra, 2012, s. 69). Reell brukermedvirkning krever forankring i ledelse (Myhra, 2012, s. 73).

## 2.2 Medborgerskap som medvirkende faktor

Medborgerskap handler om at alle mennesker er utstyrt med rettigheter og plikter i det samfunnet de lever i. Marshall (2009) deler inn i sivil, politisk og sosialt medborgerskap, og omtaler videre at medborgerskap er en status på de som er fullt ut medlem av samfunnet. Det sivile medborgerskapet handler om ytringsfrihet, trosfrihet, rett til å arbeide m.m. Det politiske medborgerskapet handler om deltakelse i utøving av politisk makt. Det sosiale elementet handler om retten til et minimum av økonomisk velferd og sikkerhet, slik som utdanningssystemet og helse- og sosialsystemet (Marshall, 2009). Reelt medborgerskap forutsetter at alle har like muligheter til å utøve sine plikter og like muligheter til å ha kunnskap og å utøve sine rettigheter.

Selvbestemmelse, autonomi og rettigheter er verdier i vår moderne velferdsstat, skriver Trygve Wyller (2011, s. 44). Velferdsstaten bygger på tanken om «universelle rettigheter som ethvert menneske har krav på, uavhengig av kjønn, alder, livssyn, sosial sammenheng eller økonomisk situasjon» (Wyller 2011, s.45). Når en innbygger har behov for helsehjelp, har vedkommende rett til å benytte seg av velferdsstatens goder. Det være seg sykehus, sykehjem og andre institusjoner innenfor helse. Innbyggere har ikke bare rettigheter til å benytte seg av tjenestene velferdsstaten har, men vedkommende har også rett til å medvirke i utformingen av tjenesten hen mottar. For å sikre reelt medborgerskap har

myndighetene styringsmakt til å pålegge og lovfeste innbyggerne sine rettigheter og plikter. Å medvirke i utforming av eget rehabiliteringsforløp er en rettighet som alle innbyggere har gjennom forskrift om habilitering og rehabilitering (Forskrift om habilitering og rehabilitering, 2012).

### 2.3 Medborgerskap i lys av rettferdighetsteori

Sykdom og skade kan hindre borgeren i å delta i samfunnet, og dette har ikke Marshall tatt høyde for i sin definisjon av medborgerskap. Jeg ønsker derfor å trekke inn rettferdighetsteorien til filosof Martha Nussbaum, som forkaster forutsetningen om at vi alle er like. Hun bygger rettferdighetsteorien sin på at vi er ulike med hensyn til makt, styrke og ressurser, og dermed har ulike behov. Hun har, i samarbeid med Amartya Sen, utarbeidet en liste over ti menneskelige funksjonsbetingelser, som er kalt Kapabilitetstilnærmingen (Halsaa & Hellum, 2010, s. 18). Den ene betingelsen er kroppslig integritet, at mennesker skal kunne bevege seg dit de vil. En annen er å kunne ha innflytelse på eget miljø, som yringsfrihet, politisk engasjement, eie eiendom og kunne søke arbeid på lik linje med andre. Nussbaum er opptatt av at mennesker er sårbare vesener som varierer i funksjonsevne, og de mennesker med ulike funksjonsnedsettelse som er avhengige av pleie og omsorg skal ha de samme rettighetene og mulighetene som funksjonsfriske (Halsaa & Hellum, 2010, s. 19). Karen Whalley Hammell (2006) skriver at evne er til liten nytte uten mulighet.

Nussbaum stiller krav til myndighetene om å legge til rette for nettopp å styrke mulighetene for samfunnsdeltakelse for alle (Halsaa & Hellum, 2010). Bruker har rett til å være med på å utforme tjenestetilbudet og dermed rett til å medvirke i rehabiliteringsforløpet (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). En bruker, i dette tilfellet en som nylig har blitt rammet av hjerneslag, er i en svært sårbar situasjon.

### 2.4 Rehabilitering i et helhetlig perspektiv

Rehabilitering for slagrammede blir ofte kalt slagrehabilitering, og refererer til veileder og pakkeforløp som er utviklet av Helsedirektoratet (2017b, 2019). Pakkeforløpet er medisinsk rettet og kun gjeldende de tre første månedene etter slag med ulike målepunkter og

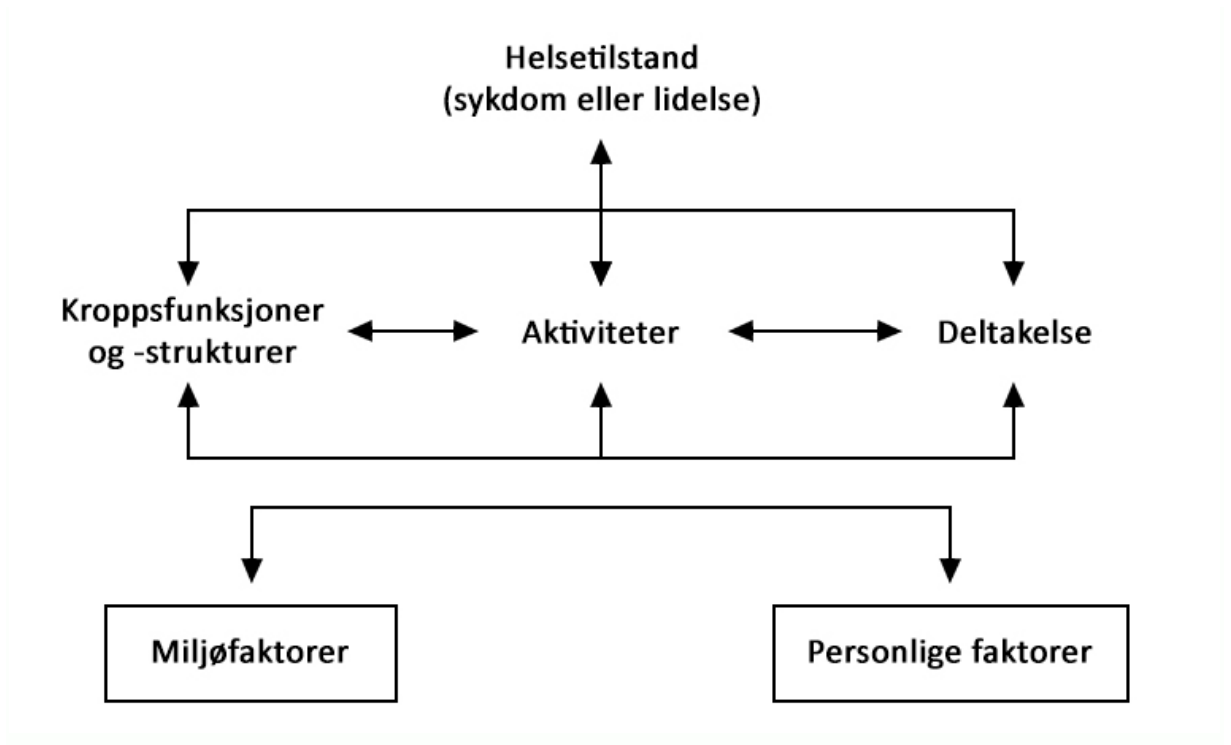
standardiserte skjemaer. Denne tidsavgrensningen vil ikke være hensiktsmessig i denne studien, fordi det er slagrammede sin erfaring med rehabilitering i kommunen som er temaet og ikke pakkeforløpet som omfatter akutt fase.

Rehabilitering har blitt definert som i Forskrift om habilitering og rehabilitering (2012). Forskriften rommer en videre forståelse av rehabilitering enn tidligere, da rehabilitering kun handlet om målrettet og tidsavgrenset opptrening etter skade eller sykdom. Da rehabilitering fikk en videre definisjon, ble rehabiliteringsfeltet etter hvert skjøvet fra spesialisthelsetjenesten og mer over til kommunehelsetjenesten, samtidig som bruker har blitt mer myndiggjort (Meld. St. 26 (2014-2015); St.meld. nr.47 (2008-2009); Tjora & Melby, 2013). Den vide forståelsen av rehabilitering kan, ifølge Solvang (2019), være problematisk for å utløse nok ressurser fra velferdsstaten Norge (s. 13). Han skriver at medisinske diagnoser med konkrete behandlinger er mer ressursutløsende enn en helhetlig forståelse av rehabilitering med vekt på inkludering i samfunnet (Solvang, 2019, s. 13). Når rehabilitering ikke lenger kan forstås innenfor en klar ramme, skaper det også utfordringer med hvor mye midler som skal bevilges til feltet. Grensen mellom behandling, rehabilitering og pleie og omsorg viskes mer ut, men Solvang (2019) mener denne måten å forstå rehabilitering på vil tjene dem det gjelder (s. 13).

Tradisjonelt sett har rehabiliteringsfeltet hatt lite interesse i sosiologi og humanistiske fag, og heller lent seg mer på medisinske og biologiske fag antagelig for å fremme status og renomme i feltet (Hammell, 2015, s. 50). En medisinsk forståelse av funksjonshemming har tidligere vært gjeldende. Ifølge Hammell (2015) er det dermed lite grunnlag i rehabiliteringsfeltet for å kunne forstå behovene og erfaringene til de som lever med funksjonsnedsettelse (s. 50). Ved medisinsk forståelse er det fagpersonene som vurderer og diagnostiserer, og slik sitter med definisjonsmakten over hva som er funksjonshemming. Dette igjen gir ikke bruker en posisjon til å kunne uttale seg om valg av behandling (Hammell, 2006, s. 59). Fagpersonene blir ekspertene, og bruker blir en passiv mottaker av ekspertenes vurdering og tiltak.

Det var behov for en annen forståelse av funksjonshemming for å inkludere bruker mer aktivt i rehabilitering. ICF er Verdens helseorganisasjons internasjonale klassifikasjon av funksjon, funksjonshemming og helse (WHO, 2006). Som begrepsmodell bidrar ICF til et

skifte fra den medisinske forståelsen til en relasjonell forståelse av funksjonshemming (Østensjø & Sjøberg, 2012, s. 300). En relasjonell forståelse innebærer at «Funksjonshemming forstås som resultatet av et misforhold mellom enkeltmenneskers forutsetninger og samfunnets innretning» (NOU 2016:17, 2016). Sigrid Østensjø og Helene L. Sjøberg (2012) skriver at ICF er et viktig bidrag for utviklingen av rehabilitering som tverrfaglig virksomhet (s. 298). Modellen nedenfor viser det vekselvirkende samspillet mellom funksjon, miljøfaktorer og personlige faktorer, og gir en flerdimensjonal forståelse av funksjon og funksjonshemming (Østensjø & Sjøberg, 2012, s. 300). Det er også rettet kritikk mot modellen, fordi funksjonsvurderinger graderes ut fra hva som er vanlig for personer som ikke har den aktuelle helsetilstanden, og i så måte blir tilnærmingen til menneskelig funksjon mer reduksjonistisk og normativ enn det begrepsmodellen forespeiler (Østensjø & Sjøberg, 2012, s. 306).



Figur tatt fra (WHO, 2006)

Når modellen tar utgangspunkt i en gitt normal, vil alt som ikke er innenfor normal være et avvik. Halvor Hanisch (2014) påpeker at begrepet funksjonshemming blir da dikotomisk til funksjonsfrisk og normal (s. 115). Det vil si det er kun mulig å være enten det ene eller det andre, altså enten er man funksjonshemmet eller så er man normal og funksjonsfrisk.



Funksjonshemmet blir kontinuerlig sammenlignet med de funksjonsfriske, og dermed blir liv som funksjonshemmet ansett som et liv med begrensninger (Hanisch, 2014, s. 115).

Funksjonsfrisk blir referansepunktet, selv om personen er født med sine funksjonshemminger. Det blir tatt for gitt at personen heller ville vært født uten sine funksjonsnedsettelse, og at det er her problemet ligger istedenfor å tenke at ytre faktorer kan være grunnen til begrensningene. Hammell (2015) skriver at funksjonsnedsettelse er en del av mangfoldet både historisk sett og i hvert samfunn (s. 47). Hun fortsetter med at det er ikke evidens for at normal funksjon og fysisk uavhengighet gir bedre livskvalitet, selv om dette er en «sannhet» som er gjennomgående i rehabiliteringsfeltet (Hammell, 2015, s. 46).

Rehabilitering er et felt der samarbeid mellom mange helse- og sosialaktører er helt nødvendig for å skape en god tjeneste, uavhengig av hva som er siste «mote» hos myndighetene (Tjora & Melby, 2013, s. 16). Rehabiliteringsfeltet kan forstås som et praksisnært kunnskapsområde (Feiring, 2013, s. 85). Denne type kunnskap kan ikke løsrives fra de aktørene som besitter den, ei heller fjernes fra de situasjonene hvor den er produsert. Fagkunnskapen er i så måte kontekstuell, både med tanke på situasjon og på aktørene (Feiring, 2013, s. 85).

Hammell (2015) definerer rehabilitering som en prosess for å forbedre velvære og gjenvinne et meningsfullt liv etter skade og sykdom. Hun utelukker eksempelvis opptrening etter enkle benbrudd o.l. hvorpå det kun er nødvendig med oppfølging fra fysioterapeut og kaller dette for behandling og ikke rehabilitering. Videre mener hun at aktørene i rehabiliteringsfeltet antar de har et samfunnsoppdrag om å gjenvinne funksjonene til en funksjonshemmet til «normalen», men feiler i dette og målet blir likevel å tilnærme seg «normalen» i den grad det er mulig (Hammell, 2015, s. 46). Denne antagelsen om en menneskelig normal bygger ikke på forskning eller virkelighet, men er et resultat av kulturelle verdier og normer i vårt samfunn. Et skritt videre fra den medisinske og relasjonelle forståelsen av funksjonshemming finner vi den sosiale modellen. Funksjonshemming vil da bli forstått først og fremst som sosialt konstruert gjennom barrierer i samfunnet (Hammell, 2006, s. 61).

Solvang (2019) skriver at i vår vestlige kultur har målsetting høy verdi, og defineres som «ønsket fremtidig situasjon som skal oppnås av en person med funksjonsnedsettelse som resultat av rehabiliteringsinnsatser» (s. 50). Målsetting kan styrke brukermedvirkning og

gjøre tverrfaglig samarbeid enklere fordi alle er innforstått med felles mål for rehabiliteringen (Solvang, 2019, s. 51).

Oversikt over hvor mange som mottar rehabiliteringstjenester er mangelfulle, fordi tjenestene praktiseres på så ulike vis rundt i kommunene at det blir utfordrende å finne ut kostnader sett opp mot effekt (Sunnaas sykehus HF, 2021, s. 25). Rehabiliteringstjenester må vise seg samfunnsøkonomisk bærekraftig gjennom målinger og tall. Hvis en yrkesaktiv person kan komme helt eller delvis tilbake i arbeid etter sykdom, så vil kostnadene bli vesentlig lavere enn hvis personen blir ufør og pleietrengende.

## 2.5 Samhandling

Samhandling er en forutsetning for medborgerskap. Mangel på samhandling kan føre til at bruker opplever dårlige tjenester (Tjora & Melby, 2013, s. 17). Stortingsmelding «Ansvar og meistring» (St. Meld. nr 21 (1998-99)) pekte på behovet for at kommunene opprettet koordinatorkfunksjon for bedre samhandling og for å organisere tjenester til sine innbyggere bedre. Siden ble alle kommuner pålagt å ha en koordinerende enhet (Solvang, 2019, s. 95). Samhandlingsreformen (St.meld. nr.47 (2008-2009)) skulle skape en helhetlig tankegang i tjenestene, med felles mål og en bedre flyt i oppgavefordelingen mellom tjenestene og tjenestenivåene. Rehabilitering er et felt hvor samhandling mellom flere tjenesteytere er helt nødvendig for å skape en god tjeneste (Tjora & Melby, 2013, s. 20). Solvang (2019) deler inn samhandling i tre dimensjoner; samhandling mellom bruker og tjenesteyter, samhandling tjenesteytere seg imellom og samhandling mellom de ulike tjenestene (s. 29). Tjora og Melby (2013) deler inn samhandling i likhet med de to sistnevnte dimensjonene til Solvang; vertikal samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten, men også horisontalt mellom de ulike tjenestene i en kommune (s. 16).

Denne studien omhandler først og fremst samhandling på mikronivå, mellom bruker og tjenesteyter. Det er likevel for enkelt å tenke at det kun er denne dimensjonen som påvirker de erfaringene bruker innehar. Måten de ulike tjenestene er organisert på har stor betydning for brukers opplevelse av tjenestene (Tjora & Melby, 2013). Organiseringen påvirker hvordan tjenesteyter samhandler direkte med pasient og kolleger, og denne samhandlingen er avgjørende for den profesjonsetiske kvaliteten i arbeidet. Solvang (2019)

viser til samfunnsteoretiker Jürgen Habermas sin teori om livsverden og systemverden, for å forklare bruker sin verden og verdenen helsetjenestene har oppstått i (s. 30). Systemverden blir her helse- og omsorgstjenestene, som er bygget opp av lovgivning og offentlig regulering fra myndighetene. Livsverden er den verden vi lever i og erfarer gjennom (Solvang, 2019, s. 31). Når livsverden møter systemverden vil det oppstå spenninger, men det er gjennom samhandling at partene kan lære av hverandre og komme til enighet. Gjennom samhandling har vi mulighet til å lære av, og korrigere egenskaper som vil være fordelaktig i samhandlingen (Wyller, 2011, s. 50).

## 2.6 Oppsummering av teoretisk rammeverk

I dette kapitlet er det forsøkt å lage en teoretisk ramme for denne studien, hvor perspektiv på sentrale begreper som brukermidvirkning, medborgerskap, rehabilitering og samhandling har blitt belyst. Brukermidvirkning er en rettighet, og ved å se på brukermidvirkning i lys av rettferdighetsteori, blir det synlig hvor stort ansvar som pålegges myndighetene for å styrke ikke bare midvirkning, men samfunnsdeltakelse for alle. Teoretiske perspektiver gir forståelse av hvordan synet på funksjonshemming endrer seg, og dette påvirker hva som er gjeldende praksis i rehabilitering, og hvordan tjenesteapparatet samhandler med bruker. Det rettes også kritikk mot at tjenesteyter i rehabilitering fortsatt har en diskurs med funksjonsfrisk og normal som mål.

## 3 Metode

### 3.1 Studiens forskningsdesign

I dette kapitlet gjøres det rede for design og valg av metode for studien. Designet for studien er en skisse over hvordan studien er planlagt utført, og gir svar på studiens hva, hvem, hvor og hvordan (Thagaard, 2018, s. 50). Denne studien har et kvalitativt fenomenologisk-hermeneutisk forskningsdesign. Problemstillingen er retningsgivende for designet, og derfor presenteres den igjen her: *Hvordan erfarer brukere å medvirke i eget rehabiliteringsforløp i samarbeid med tjenesteyter i kommunen?* Denne studien søker ikke å generalisere, men å få en dypere kunnskap om hvordan denne slagrammede erfarer medvirkning i egen rehabilitering. Problemstillingen søker beskrivende svar om menneskers erfaring med å medvirke i eget rehabiliteringsforløp.

I søk etter tidligere forskning innenfor medvirkning og slagrehabilitering ble det funnet lite som omhandler erfaringer direkte fra slagrammede selv. I slike tilfeller er det formålstjenlig med en kvalitativ tilnærming, for å kunne utforske fenomenet slik brukerne som deltar erfarer det (Thagaard, 2018, s. 11). Den ytre verdenen kommer i bakgrunnen og fenomenverden kommer frem i lyset (Thagaard, 2018, s. 36). I kvalitative studier søker en etter forståelse av sosiale fenomener (Thagaard, 2018, s. 11). For å studere menneskers erfaringer om medvirkning, kan dette best gjøres ved å komme i direkte kontakt med dem som gjør erfaringene (Hammell, 2006; Johannessen et al., 2021). For å produsere kunnskap i kontakt med brukere, vil feltarbeid være riktig metode, og i denne studien vil intervju være en hensiktsmessig tilnærming. Et kvalitativt semistrukturert intervju er å foretrekke når målet er å få frem utdypende beskrivelser fra erfaringer av ulike fenomen.

Aktuelle deltakere for denne studien er personer som har erfart å samhandle med tjenesteyter i forbindelse med rehabilitering etter hjerneslag. Studien tar sted i Rogaland, og det er dermed hensiktsmessig at deltakere blir rekruttert fra dette fylket. Dette vurderes som gjennomførbart etter å ha vært i dialog med IKART som vil være behjelpelig med å rekruttere informanter.

Dette er samfunnsvitenskapelig forskning, siden den viten som problemstillingen søker er meninger og oppfatninger fra mennesker (Borg & Brandt, 2007). De dataene som da produseres kalles for empirisk data, og det er empirisk data som skal besvare problemstilling

og forskningsspørsmål. Thagaard (2018) skriver at den forståelsen som vi produserer av data gjennom studien, må ses i sammenheng med forforståelsen vi tar med inn i studien (s. 33). Den vitenskapsteoretiske forankringen vil bli gjort rede for i neste underkapittel, og tydeliggjør hva denne studien søker kunnskap om.

### 3.2 Vitenskapsteoretisk ramme

Formålet med studien er å produsere kunnskap fra informantene om deres erfaring med å medvirke i eget rehabiliteringsforløp. Dette er en kvalitativ studie hvor det er foretatt dybdeintervju med fem personer som har vært rammet av hjerneslag. Studien har en hermeneutisk-fenomenologisk tilnærming, med vekt på hermeneutikken. Å vektlegge hermeneutisk tilnærming er valgt på grunn av tid og sted for intervjuene. Informantene blir intervjuet om erfaringer de har gjort seg tilbake i tid, og med vekt på hermeneutikk vil de umiddelbare erfaringene være tilslørt av fortolkninger og senere erfaringer. Dette blir tydeliggjort av noen informanter når de uttaler «Sett i etterkant så...» «Tidligere så ville jeg nok...».

#### 3.2.1 Fenomenologi

De erfaringene som brukerne har, er viktig i den kliniske hverdagen for å kunne forstå hvordan man som tjenesteyter kan bli enda bedre på å møte og forstå tjenestemottakerne. I en fenomenologisk tilnærming retter man oppmerksomheten mot verden slik den konkret oppleves og erfares fra et subjektperspektiv og er dermed et egnet utgangspunkt for kunnskapsutvikling i helse- og sosialfag (Thomassen, 2006, s. 83).

Fenomenologi som teoretisk ramme i denne studien er å få økt forståelse av, og innsikt i andres livsverden (Johannessen et al., 2021; Kvale & Brinkmann, 2015). Livsverden er et begrep filosofen Edmund Husserl (1859-1938) benytter om verden slik den fremstår for oss, slik vi alltid erfarer den fra et eller annet perspektiv (gjengitt i Thomassen, 2006, s.85). En søker etter beskrivelser av det som kommer til syne for personen, og ikke det personen tilføyer av egenskaper ved ting for å gi dem mening og helhet (Thomassen, 2006, s. 83). En utfordring i forhold til fenomenologi er at våre minner blir tilslørt for å skape helhet og

mening i vårt sinn (Zahavi, 2014, s. 192). Informantene i denne studien skal tenke tilbake på sine erfaringer, og dermed må man være bevisst at erfaringene kan ha blitt endret med tiden. Virkeligheten vil aldri bli annet enn slik verden fremstår i vår bevissthet (Thomassen, 2006, s. 84). Gjennom fenomenologi legitimeres personens subjektive opplevelse, og denne opplevelsen fremmes og blir tatt på alvor.

Den intuitive forståelsesakt i Husserl sin filosofi har, ifølge Thomassen (2006), mange kritikere fordi det betyr at vi må se bort fra hele sammenhengen vi erfarer fenomenene innenfor (2006). Dette bringer oss videre til neste avsnitt som omhandler en filosofi om hvordan fenomener alltid erfares i en kontekst.

### 3.2.2 Hermeneutikk

Fenomener oppstår alltid i en kontekst som de ikke kan løsrives fra, enten historisk, kulturelt eller sosialt (Thomassen, 2006, s. 86). Erfaringer deles intersubjektivt fra et innenfraperspektiv, som vil si at informantene forteller om egne erfaringer og ikke noe de observerer utenfra (Borg & Brandt, 2007, s. 723; Thomassen, 2006, s. 170). Forskeren kan ikke nøytraliseres i studien, fordi det handler om menneskelige fenomener, og forskeren lever i den verden hvor fenomenene oppstår (Borg & Brandt, 2007; Johannessen et al., 2021, s. 31). Det er dermed viktig å gjøre rede for egen forforståelse og være klar over egen påvirkning i kunnskapsproduksjonen og i databehandlingen i etterkant. Thomassen (2006) skriver at vi ikke kan stille oss utenfor vår forståelseshorisont, men vi kan bevege oss og erfare landskapet i nytt perspektiv (s. 87). Fenomener kan ifølge hermeneutikken ikke frigis fra konteksten de er erfart i (Thomassen, 2006, s. 86). Ved å kombinere fenomenologi med hermeneutikk erkjenner man personens historisitet (Thomassen, 2006, s. 161). Det er ikke bare informanten som erkjennes, men også forskeren erkjennes som et tenkende, historisk vesen i forskningen, og det er dens forståelseshorisont som gir fenomener mening (Thomassen, 2006, s. 171). Ved å være åpen for den andres meningsunivers, kan egenforståelsen bli endret eller satt på prøve. Det finnes ikke bare en sannhet i menneskelige erfaringer, og erfaringer kan beskrives på mange måter. Det er i møte med informantene at kunnskapsproduksjonen skjer, og forsker er medprodusent i en fremstilling av virkeligheten (Thomassen, 2006, s. 180).

### 3.3 Intervju som tilnærming for dataproduksjon

Intervju er valgt som tilnærming for at informantene skal ha rom til å fortelle utfyllende om sine erfaringer. Når informantene skal fortelle ut fra eget perspektiv om temaer fra dagliglivet, brukes semistrukturert livsverdenintervju (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 46; Thagaard, 2018, s. 12). Et intervju som er semistrukturert har en intervjuguide med bestemte temaer, og gjerne forslag til spørsmål rundt temaene (Kvale & Brinkmann, 2015, s.46). Intervjueren er ute etter nyanserte beskrivelser av informantens livsverden (Kvale & Brinkmann, 2015, s.47). Her har man som intervjuer mulighet til å gå i dybden av temaer ved å be informantene om å utbrodere og forklare, slik at det blir erfaringer fra en gitt kontekst, og ikke bare ja/nei-svar som står helt åpent for fortolkning.

Personlige erfaringer er sensitiv informasjon som krever mye både fra intervjuer og fra personen som blir intervjuet. Den kontakten intervjuer etablerer med personen, vil ha innvirkning på kvaliteten av intervjuet og datainnsamlingen. Kvalitativt intervju krever at informanten deler informasjon om private forhold i eget liv. Slik oppstår det en asymmetri i relasjonen mellom intervjuer og informant, siden intervjuer er den som stiller spørsmål og ikke deler av sine erfaringer (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 51). Den makt som likevel ligger hos informant er at vedkommende bestemmer selv i hvor stor grad den vil dele med seg (Thagaard, 2018, s. 91-92). Intervju er en sosial konstruksjon som i stor grad vil påvirke kunnskapsproduksjonen (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 36). Dette betyr ikke at det informanten forteller ikke er virkelighet, men det er en versjon av virkeligheten. Hvor intervjuet finner sted, og hvordan intervjuer oppfører seg og er kledd i møte med informanten kan ha innvirkning på hva informant velger å fortelle (Sverdrup, 2020, s. 73). Intervju er en konstruert samtale, og de fortolkningene informanten gjør og de fortolkningene forsker gjør vil forme produksjonen av kunnskap (Thomassen, 2006, s. 182).

Kvale og Brinkmann (2015) anbefaler å stille både faktaspørsmål og meningsspørsmål (s. 47).

Da vurderer jeg at jeg kan legge opp til faktaspørsmål, for å få samtalen i gang, og deretter komme med oppfølgingsspørsmål som handler om hvordan intervjuobjektet følte det, eller opplevde situasjonen. Da vil meningene til personen bli mer tydelige i svarene de gir.

Intervjuguiden bør ikke være for styrende, men ha åpne spørsmål som fordrer til forskningstemaet.

Intervjuguiden ble utviklet med problemstilling og forskningsspørsmål som utgangspunkt (jfr. vedlegg 1). Under intervjuene benyttet jeg en delvis strukturert tilnærming, og tilpasset spørsmål etter det informantene fortalte (Thagaard, 2018). Åpne spørsmål gir mest fullstendige svar (Kvale & Brinkmann, 2015). Intervjuguiden er delt inn i tre temaer med spørsmål under hvert tema: Rehabilitering, medvirkning og målsetting. Hensikten med studien er å gi ny kunnskap om hvordan noen pasienter har erfart rehabiliteringsforløpet sitt. Det var dermed hensiktsmessig å ha spørsmål avslutningsvis om hva som kunne vært annerledes, eller om pasient hadde tips til kommunen basert på egne erfaringer.

Thagaard (2018) skriver at intervju gir innsikt i personers opplevelser, synspunkter og selvforståelse (s.12). Som forsker er det hensiktsmessig å være bevisst naiv i møte med intervjuperson, for å innhente så omfattende og forutsetningsløse beskrivelser som mulig fra intervjupersonens livsverden. Her er utfordringen å kunne løsrive seg fra egne forutsetninger (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 48). Intervjuer og informant skaper kunnskap i fellesskap, gjennom en samtalebasert erkjennelsesprosess som er intersubjektiv og sosial (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 37). Menneskers meninger og oppfatninger er fluktuerende, og intervjuer kan ikke fraskrive seg sin egen påvirkning i kunnskapsproduksjonen som oppstår (Johannessen, 2016).

### 3.4 Egen forforståelse

Samme året som samhandlingsreformen trådte i kraft, 2012, ble jeg ansatt som ergoterapeut i et nyopprettet rehabiliteringsteam som skulle ha søkelys på rehabilitering i hjemmet. Flere av brukerne som var rammet av hjerneslag ble fulgt opp av rehabiliteringsteamet opptil ett år etter skade, så jeg fikk god anledning til å bli godt kjent med dem. I starten satte vi opp mål sammen med bruker, men disse endret seg gjerne til enda mer personlige mål underveis som vi ble mer kjent. Det kunne være satt opp et mål om å bli bedre til å gå, og så kunne bruker plutselig innrømme at målet var egentlig å kunne komme seg ut i hagen for å grille med familien. Bruker var på hjemmebane fysisk, og kunne bestemme tidspunkt for avtaler med rehabiliteringsteamet. Målsetting foregikk i samarbeid med bruker, og fikk også medvirke i innholdet i avtalene. Jeg opplevde at bruker fikk



medvirke i stor grad, men ikke bestemme alt. Det var klare tidsrammer for vedtak på tjenesten, og ble målene nådd så skulle vedtaket avsluttes.

De fire siste årene har jeg jobbet ved en korttidsavdeling, der jeg følger opp de pasientene som var innvilget rehabiliteringsopphold. Merk her at jeg bruker ordet pasient istedenfor bruker, fordi det er benevnelsen som flittigst blir brukt om innlagte i avdelingen. Her må avtaler med pasient passe inn mellom fastsatte måltider og morgen- og kveldsrutiner i avdelingen, og det er press på sengeplassene. Mål og plan blir utarbeidet i samarbeid med pasient, der pasient svarer på spørsmålet; «Hva er viktig for deg?». Jeg opplever at jeg i flere tilfeller har omformulert meg til «Hva må til for at du skal kunne reise hjem?». På den måten har jeg effektivt funnet ut hva vi må trene på eller ordne for pasienten, men mister på samme tid en del av den holistiske og helhetlige biten med rehabilitering. Det blir fort medisinsk rettet, noe som kanskje egner seg for korttidsopphold. Det er en del fastsatte rammer og rutiner i institusjon som man må forholde seg til, og det oppstår utfordringer med i hvor stor grad pasient skal ha innflytelse og medvirkning i disse rutinene. Pasientene er ikke på hjemmebane, de har nyoppstått skade og er avhengige av personhjelp for å mestre hverdagen. Jeg mener at fordelene med å være på korttidsavdeling for en pasient er at det er personale der hele døgnet, lokalene er universelt utformet og det kan tilbys trening daglig. Det er laget for å kunne skape trygge rammer rundt pasient. Personalet i avdelingen har det travelt, og prøver etter beste evne å ha pasienten i fokus. Utskrivningsklare fra sykehuset venter på korttids plass, saksbehandlere ringer avdelingen og purrer på når pasienten er klar for hjemreise og jeg opplever at dette presset utenfra fører til tidligere utskrivelser av pasienter til eget hjem.

Jeg lurer på om slagrammede opplever at de får medvirke i rehabiliteringen, og om de har tanker om hva de ikke ønsker å medvirke i. Jeg kjenner selv på at det er godt når noen andre tar avgjørelser for meg, avgjørelser som jeg ikke har noen forutsetning for å kunne ta. Eksempelvis når bilmekanikeren spør meg om bremseskivene skal skiftes, så legger jeg min lit til bilmekanikerens faglige vurdering.

Som intervjuer i denne studien har jeg med meg min erfaring som ergoterapeut. Jeg har bred erfaring med å samhandle med brukere i sårbare situasjoner, og erfaring med å være gjest i andre sitt hjem. Et redskap jeg har god erfaring med for å kartlegge bruker, er intervju.

Jeg ser på min erfaring som intervjuer som en ressurs, men også en utfordring. Det er positivt å ha erfaring med å fasilitere samtale, og ha erfaring med hvordan ulike formuleringer på spørsmål kan gi ulike svar fra bruker. Slik kan det også være en utfordring, at jeg vet hvordan jeg kan føre en samtale over på de tema som jeg selv er interessert i. Det er også meningen i en intervjusituasjon at jeg skal kunne føre intervjuet i den retning at alle forskningsspørsmål blir besvart. Likevel må jeg være bevisst å ikke føre for mye for å bekrefte eller avkrefte egen forforståelse fra egen erfaring som tjenesteyter. Slik kan jeg fort gå glipp av ytringer som står i kontrast til egen forforståelse. Jeg forsøker å legge min forforståelse til side, slik at informantene skal få frem sine egne erfaringer uten innblanding fra meg. Likevel er dette lett å planlegge, men vanskelig å utføre. Min forforståelse er med meg, både ved utformingen av intervjuguiden og i møte med informantene.

### 3.5 Forskningsetiske vurderinger

Generelle forskningsetiske retningslinjer (2014) og prinsipper ligger til grunn i denne studien. For å kunne intervjuere personer til denne oppgaven var det behov for en vurdering hos Norsk senter for forskningsdata (jfr vedlegg 2). Datamaterialet ble behandlet på slik måte at det sikret om personvern og anonymitet. Alle informantene i studien ga et skriftlig informert samtykke om å delta, der det også ble opplyst at de kunne trekke samtykket i etterkant (jfr. vedlegg 3). Intervjuene ble tatt opp på båndopptaker som ble låst inn i skap. Intervjuene ble senere transkribert og lagt over på kryptert minnepenn. Minnepennen ble oppbevart separat fra samtykkeskjema som informanter skrev under på, og i låst skap. Håndskrevne notater fra intervjuene ble skrevet inn elektronisk og lagret på kryptert minnepenn. Som student ved VID forholder jeg meg til VID sine retningslinjer for behandling av forskningsdata (2019). VID har eget personvernombud. Datamaterialet vil bli destruert etter oppgaven er vurdert.

Jeg har med min erfaring som tjenesteyter i rehabilitering, men skal etterstrebe at jeg kan legge fra meg min partiskhet, og stille åpne spørsmål som er minst mulig farget av min forforståelse. Dette krever hjelp fra andre personer, både fra veileder og gjerne fra personer med brukererfaring. Førende forskningsspørsmål som «*Erfarer brukere å medvirke i rehabiliteringen annerledes fra institusjon til hjemmet?*» har gjennom veiledning blitt

omformulert til «*Hva skjer med medvirkningen fra bruker kom til kommunen og den videre prosessen?*» På den måten er forskningsspørsmålet mindre påvirket av min forforståelse om at medvirkning er annerledes i institusjon og hjem. Det blir ikke satt søkelys på å sammenligne. Jeg skal etterstrebe ærlighet, og forsøke å finne helheten i dataene jeg produserer sammen med informantene.

De informanter som, gjennom frivillig, dokumenterbart og informert samtykke, deltar i studien skal behandles med respekt. Samtykke er hovedregelen ved forskning på mennesker eller på opplysninger og materiale som kan knyttes til enkeltindivider (Den Nasjonale forskningsetiske komité for samfunnsvitenskap og humaniora, 2022). Dette gjelder både i intervjusituasjonen, i databehandlingen og i hvordan de fremstilles i oppgaven. Mine tanker er at informantene sin erfaring er unik og til nytte for alle som arbeider i helse.

Kvale og Brinkmann (2015) skriver at intervjusituasjonen er preget av et asymmetrisk maktforhold, og at dette har konsekvenser på studien (s. 37). Intervjuer er den som styrer samtalen og som definerer når nok info er gitt og når det er hensiktsmessig å skifte tema (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 52; Thagaard, 2018, s. 91). Det er også intervjueren som i denne studien fortolker det som informanten har sagt, og dermed rapporterer hva informanten virkelig mente (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 52). En informant utbrøt «*Siden jeg sitter her og det er intervju på en elektronisk ting, så vil jeg i hvert fall si at ALT ble TILBYDD, for all del, det er bare JEG som ikke har takket JA.*» Dette fortolker jeg som at vedkommende var redd for å svare «feil», og kjente på et behov for å rose kommunen i intervjusituasjonen. En annen informant som ble oppringt i etterkant av intervjuet lurte på om han hadde svart riktig, og gjentok hvor godt ivaretatt han var blitt i kommunen. Igjen viser dette et behov for å fremsnakke de tjenestene, som kan være helt reelt, men det kan også være preget av intervjusituasjonen og en uvisshet om hvem som får disse opplysningene i etterkant. Samtlige informanter ytret at de håpte deres bidrag vil være til nytte i prosjektet.

Informantene blir oppsøkt i en fase i rehabiliteringsprosessen, hvor de har gjort seg mange erfaringer som slagrammet, og hvor det har gått tid etter slaget. De er forhåpentligvis på vei til å bli sterkere, og er ikke lenger vurdert til å være i en like sårbar situasjon lenger. Under intervju kan det oppstå situasjoner som ikke jeg alene kan håndtere, og derfor var det gjort

en del vurderinger i forkant. Jeg hadde mobiltelefon tilgjengelig hvis en nødsituasjon skulle oppstå og det ville være behov for å kontakte nødetatene.

Vurderinger ble gjort om intervjusituasjonen kunne vekke følelser og minner som kunne bli så sterke for informantene at vedkommende ville avbryte hele intervjuet. Et intervju med ustrukturert form kan fort forveksles med en fortrolig samtale, og informantene kan fortelle om hendelser eller følelser som de i utgangspunktet ikke hadde planer om å fortelle. Det var derfor viktig at jeg som intervjuer holdt den røde tråden og kun ba informantene om å utdype temaer som var relevant for studien. Informantene har vært gjennom en livskrise, og skal nå tenke tilbake på det som har vært. Dette kan også utløse uventede reaksjoner fra informantene. Intervjuet kan på den ene siden være en måte å få bearbeide tanker og følelser på. På den andre siden kan intervjuet oppleves som en belastning for dem. Jeg opplevde å ha en god tone med informantene under intervjuene, og fikk heller ingen negative tilbakemeldinger fra informantene i etterkant. I oppfølgings samtalen ble samtlige spurt om hvordan de erfarte intervjusituasjonen, og informantene ga utelukkende positive tilbakemeldinger.

Et rehabiliteringsteam ble kontaktet for å rekruttere deltakere. IKART er et interkommunalt ambulerende rehabiliteringsteam som følger opp personer med omfattende rehabiliteringsbehov, og er behjelpelige både klinisk og som veiledere for ansatte i kommunehelsetjenesten. I samarbeid med IKART-ledelsen, og på bakgrunn av egen erfaring med tjenesteform og brukere, er belastningen på deltakere vurdert forholdsmessig ved å delta i et slikt intervju. Deltakerne er innforstått med at de ikke nødvendigvis har et eget utbytte av samtalen, men de kan bidra til noe som kan være nyttig for andre. De sier ja til å stille til intervju og til å motta en telefonsamtale litt tid etter intervjuet.

Et annet moment som er viktig å avklare er min habilitet i studien. Jeg kjenner til IKART fordi jeg jobber i en kommune som er med i samarbeidet, og har følgelig hatt samarbeid og veiledning fra ergoterapeut og fysioterapeut i tre saker. Disse sakene er avsluttet, og brukerne i disse sakene skal ikke intervjues. Jeg har ingen økonomiske fordeler med å fremstille IKART på positiv eller negativ måte. Det vil heller ikke bli aktuelt å intervju brukere i egen kommune, med fare for dobbeltrolle som fagperson og som student.

### 3.5.1 Reliabilitet

Reliabilitet er et innarbeidet begrep innenfor kvantitativ forskning, hvor det refererer til om studien kan repliseres av annen forsker med de samme metodene og oppnå de samme resultatene (Thagaard, 2018, s. 187). Dette er ikke et krav i kvalitativ forskning, fordi kunnskapsproduksjonen skjer i samhandling mellom forsker og deltakere og kan dermed ikke løsrives fra den konteksten kunnskapen oppsto i. En annen forsker vil på denne måten ikke kunne reprodusere den samme studien, selv om vedkommende fulgte metoden på samme måte. En kan likevel tilstrebe reliabilitet ved å gi detaljerte beskrivelser av fremgangsmåte, slik at andre kan vurdere hvert steg i forskningsprosessen, og på denne måten kan det vurderes om studien er utført på en troverdig og tillitsvekkende måte (Thagaard, 2018, s. 188).

Det er forsøkt å beskrive fremgangsmåten i denne studien i detalj, for å oppnå en transparenss i forskningsprosessen. Det er gjort rede for egen forforståelse og hvordan denne kan påvirke intervjuamtalene med deltakerne, og videre påvirke resultatene. Intervjuene ble tatt opp på bånd, og transkribert så kort tid etter intervjuene som mulig. Da var det mulig å notere ned i margin kroppsspråket som kunne understreke eller formilde det som ble sagt. Jeg forsøkte å transkribere intervjuene ordrett, men måtte i noen tilfeller skrive «mumle» da jeg ikke forsto hva som ble sagt. I noen av tilfellene hvor ord ble utydelige ble det spolt tilbake for å høre hele setninger og avsnitt på ny, og på den måten kunne jeg resonnerer meg frem til utelatte ord. Jeg hørte også gjennom hele intervjuet på nytt, og redigerte fortløpende i transkriberingen hvor jeg hadde utelatt eller hørt feil. Det ble tidvis utfordrende å sette punktum og komma under transkribering, siden informantene kunne si halve setninger og supplere med kroppsspråk og variasjon i stemmeleiet for å gjøre ytringene forstått. Dette omtaler også Kvale og Brinkmann (2015) der talespråket ikke har samme inndeling som skriftspråket med dens setninger og klare punktum (s. 212).

### 3.5.2 Validitet

Validitet handler om resultatene en kommer frem til er gyldige (Thagaard, 2018, s. 181). Jeg gjør rede for min posisjon som fagperson med tilknytning til temaet i denne oppgaven, og dette utdyper Thagaard (2018) kan ha betydning for tolkningene vi kommer frem til (s. 181).

Resultatene i denne studien er produsert innenfor rammene som er gitt med tanke på tid, sted og rom. Det ble i første omgang rekruttert fire informanter, men etter intervjuene var gjennomført ble det tydelig at det var behov for å rekruttere enda en informant. Resultatene fra de fire informantene var sprikende, og den femte informanten ble rekruttert for å styrke gyldigheten til oppgaven. Fem informanter ga rike og gode beskrivelser, samtidig som en del av beskrivelsene fra informantene var forenlige. Antallet informanter er lite, men vurdert som et overkommelig antall til studiens formål og rammer. Informantene har bidratt til variert kunnskap. Rekruttering bør foregå frem til et metningspunkt, hvor en ekstra informant ikke bidrar med ny kunnskap (Sverdrup, 2020; Thagaard, 2018, s. 59). Denne studien kunne med fordel hatt flere informanter og det kunne bidratt til mer variasjon i erfaringer og flere like erfaringer. Resultatene viser likevel erfaringer fra disse fem informantene og studien søker ikke en viss prevalens for å være gjeldende. Utvalget er vurdert stort nok for å kunne gi en forståelse av, og belyse fenomenet som studeres i denne oppgaven.

### 3.5.3 Overførbarhet

Overførbarhet blir vurdert ut fra om tolkningen av dataproduksjonen i oppgaven er relevant også i andre sammenhenger (Thagaard, 2018, s. 194). Resultatene i denne studien er basert på fem enkeltintervju, og en kort oppfølgingssamtale med hver av informantene. De kommer fra små og store kommuner i Rogaland. Noen av funnene støttes i funn fra tidligere forskning, og dette er indikasjon på at resultatene er overførbare. Erfaringene informantene har delt er ikke universelle, men de gir innsikt i erfaringer som også kan være gjeldende for andre personer rammet av slag. Resultatene er ikke generaliserbare, men resultatene kan likevel legge grunnlag for en mer utvidet studie – både kvalitativ og kvantitativ. Jeg tok kontakt med informantene i etterkant av intervjuet for å høre om hvordan de erfarte å bli intervjuet, men også for å ha mulighet til å bekrefte og avkrefte utsagn de kom med under intervjuet. De ble ikke presentert en gjennomgang av resultatene i sin helhet, selv om dette kunne vært en god strategi for å vurdere gjenkjennbarhet hos informantene. Det ble kun spurt om å utdype mer der dataene ble vurdert uklare, og slik fikk informantene mulighet til å forklare mer grundig eller avfeie hvis noe var feil. Som eksempel ble den ene informanten spurt om hva utsagnet «Jeg bor på en arbeidsplass» betydde for henne, og hun fikk

anledning til å utdype at det handlet om å savne alenetid. I tillegg fikk hun poengtert at stadig utskifting av personell ved rehabiliteringsinstitusjonen hadde vært til stor belastning for henne. Ved å kontakte informantene i etterkant av intervjuet, vurderer jeg at de har hatt en mulighet til å komme med innspill og spørsmål ved behov.

### 3.6 Rekruttering

For å rekruttere informanter ble IKART kontaktet. Det var hensiktsmessig å bruke IKART til å rekruttere informanter, siden det er personer med hjerneslag de i stor grad følger opp. For å unngå at jeg intervjuet personer som er mine egne brukere, valgte jeg å ikke ha informanter fra kommunen jeg jobber i. IKART arbeider interkommunalt, så det var mulig å rekruttere informanter fra ulike kommuner. Å ha informanter fra ulike kommuner vil styrke studien, og se om det er likheter i hvordan medvirkning erfares på tvers av kommunegrenser. IKART ble oppfordret til å ta kontakt med pasienter de har hatt over tid, men også tidligere pasienter. Dette var for å sikre nok informanter innen tidsrammen for denne studien. IKART gir tjenester til personer mellom 18-70 år, og slik er det også mange personer som ikke blir inkludert i denne studien.

Jeg kontaktet prosjektleder for IKART, med en forespørsel om hun kunne hjelpe med rekruttering. Prosjektleder ville gjerne være behjelpelig med rekruttering, og foreslo videre samarbeid med teamets ergoterapeut. Det pågår forskning i IKART av doktorgradsstipendiat, og jeg hadde derfor også en dialog med henne for ikke å være et forstyrrende element i hennes forskning.

#### 3.6.1 Utvalg

I kvalitative studier er forskeren interessert i å finne et begrenset antall informanter som kan bidra til et rikt datamateriale (Johannessen et al., 2021). Utvalget av informanter er strategisk, ut fra om informantene har evne og vilje til å uttale seg om egne erfaringer. Som nevnt ble fem personer rekruttert.

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
Personer over 18 år, som har blitt rammet av hjerneslag, og mottar/har mottatt tjenester av IKART.	Personer som er fratatt samtykkekompetanse
Personer som vurderes til å kunne gjennomføre et intervju som varer opptil 90 minutter.	Personer i akutt fase, kort tid etter hjerneslag
	Personer under 18 år
	Personer med store kognitive utfordringer som hukommelse, apraksi og afasi
	Personer med lite selvinnsett i egen situasjon
	Personer som ikke kan norsk

Dette vil dermed ikke være et representativt utvalg for personer med hjerneslag som gruppe, da jeg ikke vil møte dem med store kognitive utfall etter slaget. Det kan tenkes at de som er villige til å fortelle om egne erfaringer også er de som har samarbeidet og kommunisert godt med tjenesteyter i kommunen, mens de som ikke har mulighet til å uttale seg i denne studien har andre erfaringer med samarbeid og medvirkning.

Kjønn/ alders- spenn	Tid siden slaget	Selvopplevd utfall etter slag	Sivilstatus	Jobb	Mottar tjenester nå
Tre menn To kvinner  45-60 år	8 mnd – 6 år	Fire med fysiske utfall En med kun kognitive utfall	Tre stykker bodde med partner, en skilt og en enslig. Samlivsbrudd hos to i etterkant av slaget	2/5 delvis tilbake i arbeid	2/5



### 3.7 Praktisk gjennomføring

Det var ønskelig at informantene hadde erfaring med både døgnopphold ved institusjon i sin kommune, samt erfart å motta tjenester som hjemmeboende. Etter en prat med IKART, ble vi enige om å inkludere de som ikke har hatt institusjonsopphold, på grunn av for få aktuelle kandidater innenfor tidsrammen for studien. Det var planlagt å gjennomføre intervjuer i august/september 2022.

Ergoterapeut i IKART og jeg utformet en e-post med infoskriv om prosjektet vedlagt, som ergoterapeut sendte til aktuelle kandidater. Jeg var avhengig av den vurderingen IKART hadde gjort om hvem som kunne være aktuelle kandidater, og støttet meg til anbefalingen de ga. Ergoterapeut var informert om inklusjons- og eksklusjonskriteriene. Kort tid etter e-post var sendt ut, fikk ergoterapeut positivt svar fra en person. Jeg fikk kontaktinformasjon til vedkommende, og tok da kontakt for å avtale intervju. Kandidatene kunne velge om intervju skulle foregå i eget hjem, eller om de ville intervjues i kommunalt bygg der jeg booket ledig rom. Det skulle gå over to uker før det dukket opp en ny kandidat. Ergoterapeut i IKART sendte e-post ut til flere aktuelle, og dermed dukket det opp to kandidater til.

Med fire intervjuer gjennomført ble det vurdert at studien kunne med fordel ha enda en informant, men på grunn av tidsrammen ble analyse og framskrivning av resultater gjort med de fire intervjuene. Nesten halvannen måned etter det fjerde intervjuet, så klarte IKART å rekruttere en femte informant til denne studien.

Fire informanter åpnet sine hjem og tok imot meg til intervju der. En informant stilte opp til intervju ved mitt studiested. Før intervjuet startet ble den informasjonen de hadde mottatt skriftlig i forkant gjentatt muntlig, for å sikre at informasjonen var forstått og dermed kunne få et informert samtykke fra informantene. Samtlige av informantene skrev under på samtykkeerklæringen før intervjuet startet, og ble spurt om de kunne kontaktes igjen to uker etter intervjuet. Dette var for å høre om de har noe å tilføye av informasjon.

Sett i etterkant av gjennomførte intervjuer, så er det flere måter jeg kunne ha tilnærmet meg informantene. Jeg kunne ha stilt mer utdypende spørsmål med hvorfor, og bedt dem forklare dypere og fått dem til å eksemplifisere mer. Det jeg opplevde at fungerte godt var de gangene jeg kom med konklusjoner eller gjentok med andre ord det informanten hadde sagt, for så å få en respons fra informanten om at jeg hadde oppfattet riktig. Da var det også

rom for at informanten kunne forklare grundigere, eller komme med en oppklaring hvis vedkommende hadde blitt oppfattet feil.

Den femte informanten hadde sin brukerstyrte assistent til stede, som i første omgang ikke skulle delta i intervjuet. Likevel ble det naturlig, ut fra den retningen intervjuet tok, at assistenten også ga noen svar underveis. For at assistenten sine utsagn skulle kunne benyttes i denne studien, var det behov for skriftlig samtykke fra vedkommende. I mangel på flere samtykkeskjemaer, ble assistenten kontaktet en stund etter intervjuet tok sted. Utsagn som var vurdert som relevante for studien ble lest opp for assistenten, slik at vedkommende kunne gi et informert samtykke. Et tilpasset samtykkeskjema ble deretter underskrevet (jfr vedlegg 4).

Flere av informantene har erfaring fra institusjon, og noen av informantene ble utskrevet fra spesialisthelsetjenesten direkte til hjemmet. Samtlige av informantene er i aldersgruppen 45-60 år, altså i yrkesaktiv alder og i en fase av livet hvor flere er godt etablert med egen familie.

Under intervjuene ble det tydelig at det ikke var lett for informantene å skille mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. En informant skulle fortelle om erfaringer fra korttidsavdeling i kommunen, men endte opp med å fortelle om oppholdet i spesialisthelsetjenesten. Resultatene er produkt av de intervjuene som er gjennomført, og baseres på det informantene velger å fortelle om egne erfaringer. Selv om det ble stilt kontrollspørsmål for å kunne skille spesialisthelsetjenesten fra kommunehelsetjenesten, kan det i noen tilfeller være problematisk for informantene å vite hva som er hva. Det ble blant annet utført ulike samarbeidsmøter på tvers av linjene, for å gi sømløse tjenester til sine pasienter.

Jeg hadde lydopptak fra samtlige intervju, og transkriberte disse fortløpende etter intervjuene. Det vil si at jeg gjorde om lyd til tekst de neste dagene etter intervjuet. Intervjuene foregikk i tidsrommet august-oktober 2022, og varte fra 28 minutter til 74 minutter. De transkriberte intervjuene består av totalt 31063 ord.

Informantene ble kontaktet to uker i etterkant av det fysiske intervjuet for et par oppfølgingsspørsmål. Tre stykker gjennomførte oppfølgingsspørsmål i en telefonsamtale, og

to ba om oppfølgingsspørsmål skriftlig. Følgende spørsmål ble stilt; Hvordan var det å bli intervjuet? Har du noen refleksjoner i etterkant av intervjuet? Første spørsmålet var for å hente inn reaksjoner informantene hadde på intervjusituasjonen, og slik få enda mer læringsutbytte av intervju som metode. Andre spørsmålet var i tilfellet det var noe informantene hadde glemt å si under intervjuet, eller om det hadde dukket opp noen refleksjoner i etterkant. Det ble også en mulighet for å oppklare uklarheter i svarene gitt under intervjuet. Disse telefonsamtalene ble ikke tatt lydopptak på. Det informantene fortalte ble notert ned i stikkordsform underveis. Notatene ble grundigere fylt ut rett etter telefonsamtalen var avsluttet.

### 3.8 Analyse

Temaanalyse ble benyttet for å kunne gå i dybden på ulike temaer i denne studien. Tematisk analyse er en metode for å identifisere, analysere og rapportere mønster i et datasett (Braun & Clarke, 2006, s. 79). Med en slik metode kan temaer fra dataene sammenlignes på tvers av informantene (Thagaard, 2018, s. 171). Thagaard (2018) skriver om kritikken mot temaanalyse, at data blir løsrevet fra konteksten de ble produsert i (s. 171). Data fra de ulike intervjuene som handler om det samme temaet blir gruppert. Thagaard (2018) understreker at data som blir sammenlignet på tvers må alltid vurderes «opp mot intervjuet som helhet» for å utvikle en helhetlig forståelse av dataene (s. 171). Den hermeneutiske sirkelen illustrerer denne bevegelsen mellom helhet og del i datamaterialet vi søker å forstå (Thomassen, 2006, s.91).

Datamateriale fra fire intervjuer ble analysert. Som tidligere skrevet ble en femte informant rekruttert en tid etter de andre informantene, og datamaterialet fra det femte intervjuet ble analysert i etterkant. Dette førte til at datamaterialet fra det femte intervjuet ble analysert ut fra om det tilførte noe nytt til det eksisterende resultatet. Den valgte analysen er inspirert av Braun og Clarke (2006) sin temaanalyse, slik den er beskrevet med seks faser, i artikkelen «Using thematic analysis in psychology».

I fase 4 og 5 skal en gå tilbake til datamaterialet i sin helhet, og vurdere om temaene som er utviklet faktisk henger sammen med helheten (Braun & Clarke, 2006, s. 87). Gjennom hele analyseprosessen er målet å kunne ta vare på helheten og den konteksten temaene er

produsert ut fra, og dermed unngå at temaene er løsrevet fra konteksten. Temaer produseres ut fra hva som er viktig med tanke på forskningsspørsmålene, og det kan være mindre viktig å velge tema ut fra en gitt prevalens – temaet må ikke nødvendigvis komme opp i hvert intervju (Braun & Clarke, 2006, s. 82).

	Fase	Beskrivelse av prosessen
1	Bli kjent med datamaterialet	Transkribering, gjennomlesing og notere ned ideer
2	Koding av meningsbærende enheter	Kode interessante funn i datamaterialet, og systematisere relevante deler på tvers av datamaterialet
3	Lag overordnede temaer og undertema	Tematisere koder, og samle all relevant data til hvert mulige tema.
4	Kritisk vurdere temaene	Vurdere om temaene er relevante for kodene og for hele datamaterialet. Lage et tematisk kart
5	Definere og navngi temaer	Presisere temaene mer. Vurdere om temaene forteller analysen av datamaterialet
6	Skrive frem resultatene	Resultat og diskusjon

Fritt oversatt fra engelsk til norsk tabell i (Braun & Clarke, 2006)

Siden forskere ikke kan løsrive seg helt fra sitt teoretiske standpunkt og dataene som er produsert ikke blir kodet uten et visst kunnskapsgrunnlag hos den som koder datasettet, så vil en induktiv analyse være vanskelig, om ikke umulig (Braun & Clarke, 2006, s. 84). For å ikke gå helt over til en teoretisk analyse, har jeg forsøkt å ha en abduktiv tilnærming, for å kunne ha mulighet til å både ta utgangspunkt i forskningsspørsmålene, og samtidig være åpen for at nye forskningsspørsmål dukker opp i kodeprosessen. Abduksjon er basert på både teori og empiri (Thagaard, 2018, s. 184). Ved å velge en abduktiv tilnærming, erkjenner en det teoretiske grunnlaget studien tar utgangspunkt i, samtidig som en forsøker å utvikle teori gjennom empiri. Teori vil i abduksjon forme hvilket perspektiv en har når dataene skal analyseres, og videre vil analyse av data kunne utvikle nye teoretiske perspektiver (Thagaard, 2018, s. 184). Data analyseres så med teori som utgangspunkt, og det er åpent for å utvikle teori i data.

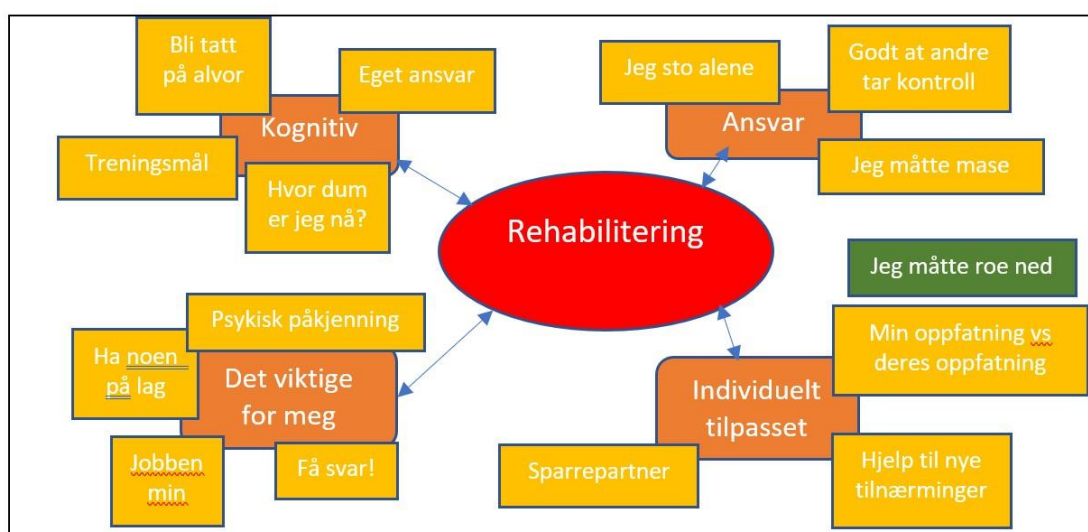
En latent fremgangsmetode vil søke å identifisere eller utforske de underliggende ideene og antagelsene i datasettet (Braun & Clarke, 2006, s. 84). Latent betyr noe som ikke trer klart frem i dagen, men som er skjult (Nilstun, 2021). Utvikling av temaene er da produsert gjennom tolkning av datasettet. Datasettet er resultatet av en sosial konstruksjon hvor det ikke bare er informanten som spiller en rolle. Informantene har uttalt seg innenfor de

rammene jeg har satt som intervjuer, og det er derfor innenfor disse rammene at uttalelsene er gjeldende.

Fase 1: Bli kjent med datamaterialet.

Analyseprosessen starter allerede under intervjuet, hvor man fortolker meningsinnhold sammen med informanten (Kvale & Brinkmann, 2015). Lydspor fra intervju har blitt transkribert til skrevet tekst, og gjennom denne prosessen har jeg blitt enda mer kjent med datamaterialet. Allerede her blir punktum og komma en egen fortolkningsprosess (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 212). Intervjuene ble skrevet med den dialekten informantene hadde, og ulike følelser og gestikuleringer ble notert ned underveis i intervjuene. Slik kunne dette også dokumenteres inn i skrevet tekst, for å få frem «stemningsleiet» gjennom intervjuene. Sitater i denne studien er omskrevet til bokmål for å ikke avsløre informantens dialekter, som igjen kan avsløre informantens identitet.

Alle intervju ble transkribert allerede de første dagene etter intervjuet, for å kunne ha ferskt i minnet den nonverbale kommunikasjonen og dermed få dette med i transkribert materiale. Jeg hørte gjennom intervjuene og noterte ned det som vekket min oppmerksomhet intuitivt. Deretter leste jeg det transkriberte materialet og oppdaget nye sider ved datamaterialet. Jeg tegnet opp tankekart, som også Braun & Clarke (2006) benytter i artikkelen sin, og laget ett tankekart for hvert intervju. Figuren under illustrerer et av tankekartene jeg tegnet.



Et mer helhetlig blikk på datamaterialet viser et skille mellom intervjuene, hvor noen av dem hadde en optimistisk stemning og de resterende var preget av mer alvor og pessimisme. Dette vil jeg komme mer tilbake til i kapittel 5: Resultat.

### Fase 2: Koding av meningsbærende enheter

Her laget jeg et kodeskjema hvor jeg kopierte inn sitater fra datasettet i en kolonne, og kodet disse i en kolonne ved siden av. Noen sitater ble kodet i flere omganger, fordi de inneholdt ulike aspekter som jeg fant interessante. Sitater og utklipp fra datamaterialet som vurderes som interessante for studien kalles for meningsbærende elementer (Johannessen et al., 2021, s. 174). Denne fasen var tidkrevende, siden kodingen av meningsbærende enheter førte til oppdagelser av stadig nye meningsbærende enheter i datamaterialet.

Ikke nødvendig med målsetting	Vi tok det mer på et menneskelig plan  Unaturlig med gradering av aktiviteter	<i>Jeg TROR vi tok det på et mer MENNESKELIG plan, jeg, jeg følte meg absolutt SETT – jeg følte meg eh respektert og tilstede i min EGEN situasjon, og det var ble ble veldig UNATURLIG når de da skulle ta «sukk, og forresten, kan du – er det EN til FEM om du var glad du gikk på do i dag?» Og det som var njei...</i>  <i>For MEG så fungerte det best med den helhetlige måten å gjøre det på. Som sagt; ikke bryte det opp i minimål og tall og ditt og datt, men ser det menneskelige</i>
Usikker på hva som er mulig	Ja, men hva er MULIG?	«Du vet jo ikke det.. hva er mulig. Det skal være realistiske mål. Hva er mulig å få til, liksom? Og det savner jeg jo lite grann at en fysioterapeut burde ha satt seg ned og sagt; ok, hvis du jobber sånn og sånn...
Mangel på eierskap til målsetting	Hj. Tj. Sa jeg burde øve på å gå  Ulik oppfatning av realistiske mål  Andre sitt mål	44:25 «Det ble satt... Det ble satt noen mål at jeg skulle sette fra meg rullestolen mest og gå mer, men det var jo ikke mål som var satt av MEG. Det var jo egentlig hjemmesykepleien som syns det.. (VAR IKKE DET ET MÅL HOS DEG?) .. Nei, for jeg syns ikke at det er realistisk at jeg skal sette fra meg rullestolen og gå. Altså, ja, jeg er mye friere uten rullestol, jeg kunne ha klart mye mer hvis det ikke hadde vært for rullestolen, men jeg ER faktisk avhengig av den.»

Utklipp fra kodeskjema

### Fase 3: Søke etter overordnede temaer i kodeskjemaet

I fase 3 forsøker en å få et overordnet blikk over de ulike kodene som er identifisert i fase 2 (Braun & Clarke, 2006, s. 89). Kodene sorteres så inn i ulike temaer som jeg vurderer er aktuelle med tanke på innholdet i kodene, samtidig som forskningsspørsmålene vil være ledende.

Kodene ble fordelt i syv temaer. Temaene ble så satt opp mot hverandre for å vurdere om noen temaer gikk over i hverandre eller om noen temaer skulle deles. To temaer ble slått

sammen til ett, og i slutten av denne fasen var det identifisert fem temaer og en bunke med «ymse». Dette skriver også Braun & Clarke (2006) om, at det kan være koder som ikke passer inn i et tema i første omgang, men de skal likevel være med videre i fasene for å ikke miste dem (s. 90). Temaene ble som følger:

- Makt
- Mennesker skaper medvirkning
- Målsetting
- Organisatorisk
- Medvirkning – når vi er enige, ja!
- Ymse

#### Fase 4: Kritisk vurdere temaer

Første del i fase 4 er å gjennomgå hvert tema, og lese alle utdrag fra datasettet som hører til kodene under hvert tema. Slik vurderer en om noen temaer blir delt i to eller om noen slås sammen. Temaene «makt», «organisatorisk» og «medvirkning – når vi er enige, ja!» hadde mange av de samme sitatene og kodene med seg, og det ble behov for en ny oppdeling av disse tre temaene som egentlig alle handlet om rammebetingelser. De ble dermed slått sammen og gitt navnet «makt og ansvar». Temaet «Mennesker skaper medvirkning» ble gjort om til «I møte med tjenesteyter» for å kunne også omfavne de erfaringene fra informantene der medvirkning uteble i møte med tjenesteyter.

Data i ett tema bør passe sammen, og når temaene er klare kan en utvikle et temakart med undertemaer (Braun & Clarke, 2006, s. 91). Andre del i fase 4 er å vurdere om temakartet representerer hele datasettet (Braun & Clarke, 2006, s. 91). Da ble hele datasettet lest på ny, både for å vurdere om temaene fungerte i forhold til hele datasettet, og for å kode eventuelle data som ble glemt i første omgang (Braun & Clarke, 2006, s. 91). Her ble enda noen sitater inkludert i et par av temaene, som tidligere ikke hadde blitt sett som interessante. Rehabilitering kom ikke tydelig nok frem i noen av temaene identifisert i fase 3, og det ble gjort ny vurdering hvor «Rehabilitering» ble et eget tema:

- Rehabilitering; «Bli god igjen» og «Fortsatt rehabilitering»
- I møte med tjenesteyter; «Første del av rehabilitering», «Fleksibilitet», «Stykkevis hjelp»

- Målsetting
- Makt og ansvar; «Ansvarsfordeling» og «Et liv i vedtak og lovverk»
- Ymse

Fase 5: Definere og navngi temaer.

I denne fasen ser en gjennom hvert tema og hva de forteller, for så å gi treffende navn på temaene (Braun & Clarke, 2006). Disse skal igjen stemme overens med hele datasettet, og kunne gi et innblikk i hva det handler om (Braun & Clarke, 2006). Her ble det naturlig å hoppe til fase 6, for så heller å komme tilbake til gode titler på temaer etter å ha fremskrevet en del av resultatene. Titlene på temaene forble nesten uforandret i denne prosessen for meg, men undertemaene fikk etter hvert mer presise formuleringer i henhold til datasettet i helhet. Braun & Clarke poengterer hvor viktig det er å ikke bare gjengi data som resultater, men identifisere hvilke deler som er viktige og hvorfor de er viktige (2006, s. 92).

Fase 6: Skrive frem resultatene.

Resultatene blir skrevet frem i kapittel 4 i denne studien. En søker etter de gode sitatene som illustrerer temaene som kom frem i forrige fase av analysen (Braun & Clarke, 2006, s. 93).



## 4 Resultat

Resultatene er delt opp i kapitler etter temaene som ble produsert i analysen; «Rehabilitering», «I møte med tjenesteyter», «målsetting til besvær», «makt og ansvar». Det er fortellingene fra informantene som er de meningsbærende elementene, og disse kan ikke uten videre deles opp i temaer som utelukker hverandre. Innholdet i temaene vil dermed kunne flyte litt inn i hverandre, og fortellingene kan passe i flere temaer.

Da intervjuene tar sted er informantene hjemmeboende, og flere har avsluttet de tjenestene de hadde fra kommunen. De erfarer fortsatt utfordringer i hverdagen på grunn av skade etter hjerneslag, men det varierer i omfang. Noen erfarer at hjernen jobber treigere, og trenger mer tid på oppgaver nå enn før. Andre erfarer fysiske funksjonsnedsettelse som gjør det vanskelig å utføre oppgaver ment for to hender eller det å komme seg rundt utendørs og i trapper. Det er store forskjeller på hvor stor innvirkning hjerneslaget har hatt på livene deres. Noen av informantene er tilbake i jobb, og i samme livssituasjon som før. Andre informanter har vært gjennom samlivsbrudd og blitt arbeidsufør i etterkant av hjerneslaget.

Informantene er blitt gitt fiktive navn i oppgaven for å gi en bedre leseropplevelse og mer nærhet til teksten. Først vil det være nyttig å lage rammen for hva informantene tenker at rehabiliteringsforløpet er, og derfor vil første underkapittel i dette kapitlet være om hvordan de beskriver rehabilitering.

### 4.1 Rehabilitering

Slik informantene forklarer rehabilitering beskrives i første avsnitt. I andre avsnitt tar informantene stilling til om de fortsatt er i en rehabiliteringsprosess, selv etter at tjenester fra kommunen er avsluttet.

#### 4.1.1 Bli bedre, men også vite hva som er mulig

Det kommer frem i analysen at informantene beskriver rehabilitering først og fremst som en personlig prosess. Dette er en prosess som ikke nødvendigvis tjenesteyter er involvert i, slik den er definert i forskriften (Forskrift om habilitering og rehabilitering, 2012).

Samarbeidsprosesser og målrettede tiltak som ble igangsatt er ikke nevnt i informantenes beskrivelse av rehabilitering.

For meg blir det jo reparasjon, for å si det sånn (...) rehabiliterer deg tilbake til den stand du en gang var i – så godt som det lar seg gjøre. Så er det å finne ut hva som er mulig, ut fra hvordan ting og helsa er. (Leif)

Hatt en skade i en eller annen form eller farge, og at dette er veien tilbake igjen. (Knut)

Informant Tuva har de samme tankene rundt rehabilitering, men beskriver også rehabilitering som veien til frihet. Tuva er fortsatt avhengig av kommunale helsetjenester i hverdagen, og opplever utfordringer med å kunne dra dit en vil og når en vil.

Flere av informantene forteller om mangel på konkret informasjon om hvor gode de kan bli ved hjelp av tid og trening. Denne usikkerheten om fremtiden har gjort det utfordrende å kunne sette realistiske mål. Mer om resultater fra erfaringer med målsetting blir lagt frem i kapittel 5.3. Slik Leif beskriver det i sitatet over, så har han gjort seg erfaringer med at han kanskje ikke kan bli slik som han var før hjerneslaget inntraff. Han erfarte kognitive utfordringer etter hjerneslaget, og hadde ikke fysiske utfall. En del av rehabiliteringen kan handle om å innse varige funksjonsnedsettelse, og det å kunne tilpasse seg sin nye livssituasjon. Da blir rehabilitering ikke bare samarbeidsprosesser med fagpersoner og pårørende, men også en indre prosess for å kunne leve et godt liv med de utfordringene som følger med. Dette bringer oss videre til neste avsnitt.

#### 4.1.2 Rehabiliteringen er ikke over

Alle har sine erfaringer med det den ene informanten kaller for «aktiv rehabilitering», og har opplevelser av at de ble hørt og sett i møte med personale ved korttidsavdeling og i møte med tjenesteyter i eget hjem. Flere har avsluttet tjenester fra kommunen, men det tolkes likevel som at de fortsatt er i en fase hvor de kan bli enda sterkere eller enda kvikkere i hodet. Informantene forteller eksplisitt at rehabiliteringen ikke er over for egen del. Rehabiliteringsforløpet er dermed ikke over, selv om rehabiliteringsplaner og tverrfaglige rehabiliteringstjenester er avsluttet. Rehabiliteringsforløpet berammes ut fra slik informantene velger å beskrive det, og er dermed en prosess som pågår for flere fortsatt. Den ene informanten som blir spurt om rehabiliteringen er over, svarer:

Rehabiliteringen er ikke over, men gjerne den aktive, sånn som den var i starten. Eh.. på et eller annet tidspunkt i denne prosessen så kjøpte jeg meg en hund. Helt med vilje, både som en god kompis, men også for å ha noen som gir meg dårlig samvittighet og komme meg ut og gå tur hver eneste dag. Nå trenger jeg å være på jobb og bli utsatt for tusen spørsmål og utfordringer (...) Nå handler det om å leve livet så tilnærmet nært som mulig... (Knut)

Leif beskriver at det fortsatt er fremgang i kognitive utfordringer, og har håp om at det stadig skal bli bedre. Han uttrykker seg slik når han skal forklare hvordan hjernen arbeider nå i sammenligning med hvordan det var før:

Javel, hvis den korteste veien var rett gjennom hodet, så går det nå rundt. Og det sier seg selv at det går senere å gå rundt enn å gå rett gjennom! (Leif)

Det er ikke lenger de store endringene i funksjon, men det skjer likevel små skritt med forbedring som motiverer til videre trening. Leif hadde vansker med rettskriving etter hjerneslaget inntraff. Dette var noe han tidligere hadde vært svært god på. Det var med stolthet i stemmen han fortalte om bedringen som hadde oppstått over sommerferien.

...Men det som jeg har skrevet de siste to dagene har ikke vært feil. Ikke på noen av de. Jeg kjørte ikke translate heller. Jeg skriver både på norsk og engelsk, alt etter hvem jeg snakker med. (Leif)

Flere av informantene beskriver hvordan de tar ansvar for eget liv og velvære.

Det det som er gale er at jeg.. eh ja kan gjerne bli litt ensom av og til. Sitter mye for meg selv, men... Da gjør jeg enkelt og greit, da går jeg enten tur eller drar ned til \*sentrum for å treffe folk eller... Det hjelper ikke å sitte og sture og podde. (Oddvar)

Men det skal være sagt at jeg har jo blitt såpass at jeg kan ringe etter taxi og tar tur ut på butikken. Taxisjåføren er med meg inn på butikken og handler. Så hvis jeg må det, så kan jeg få – jeg kan få til det. Og bare DET er litt mestrings, at jeg faktisk får det til (Tuva)

Når informantene forteller om rehabilitering er det noen av dem som viser tegn til at de har dårlig samvittighet. De har dårlig samvittighet for at de ikke trener mer, at de ikke øver mer for å bli bedre. Likevel forteller alle informantene om aktiviteter som holder dem i gang, og som de omtaler som del av sin rehabilitering. Dette forteller om en egendriv de har, til å stadig fungere bedre i hverdagen. Noen blir utfordret i stor grad på jobb, og dette blir som en del av rehabiliteringen for dem. Andre finner måter å utfordre seg på enten om det er å lese mer for å bedre synet, eller det er å komme seg en tur på butikken. Oddvar gjennomfører daglig treningsprogrammet han fikk utdelt av IKART, selv om samarbeidet er avsluttet. Knut skaffet seg en hund for å ha motivasjon til å komme seg ut på tur oftere.

Eva har egne mål som hun fortsatt ønsker å oppnå, men nå handler livet i størst grad om å fungere i dagliglivet. Hun har igjen satt opp faste ukentlige treninger med fysioterapeut.

Jeg skulle ØNSKE jeg var motivert til å gjøre mer, men... jeg får det ikke til nå. Men jeg har, med hjelp av assistentene mine, klart å få en fysioterapeut som har litt erfaring med slagskadde. (Eva)

Eva har synsutfall etter hjerneslag og kaller det for trening når hun ser på eller leser nyheter. I tillegg forteller hun om flere rehabiliteringsopphold, i varmere strøk, som hun har hatt anledning til å reise på. Hun har tanker om at det alltid er mulig å bli bedre.

Det er jo det som er spennende med mennesker. Både med fysikk... både psykisk og fysisk så er vi bedreversoner, og kan trenes opp til det meste. Men jeg tror jo det er damer på nitti med lårhalsbrudd som har hatt kjappere rehabilitering enn det JEG har hatt. (Eva)

#### 4.1.3 Oppsummering

Første tema «rehabilitering» tar for seg hvordan informantene selv beskriver rehabilitering. De ser fortsatt muligheter til å bli sterkere eller bedre i ulike funksjoner som ble nedsatt etter hjerneslaget. Samtlige svarer ja på at de fortsatt er i rehabilitering, selv om flere har avsluttet tjenester fra kommunen. Informantene beskriver en egendriv til å fortsatt strekke seg for å bli bedre. Noen kjenner på dårlig samvittighet for at de ikke trener nok i hverdagen.

#### 4.2 I møte med tjenesteyter

Dette kapitlet presenterer funn fra det som informantene har trukket frem som vesentlige erfaringer i møte med tjenesteyter; oppfølgingen i starten, å bli sett og hørt, den fragmenterte hjelpen. Flere av informantene fikk opphold i kommunal institusjon før de ble skrevet ut og hjem, og utvalgte erfaringer derfra er også med i første avsnitt.

##### 4.2.1 Ulik oppfølging i starten

Det kommer frem i analysen at alle informantene som fikk tilbud om opphold ved rehabiliteringsavdeling i sin kommune opplevde å få den oppfølgingen de hadde sett for seg. Kommunen sto klar med tjenestene da de ble utskrevet fra spesialisthelsetjenesten, og de

erfarte en automatikk i dette uten at informantene måtte organisere overgangen selv. Tuva hadde opphold ved rehabiliteringsavdeling i underkant av et halvt år før hun flyttet hjem igjen. Hun erindrer de utfordrende treningssituasjonene der hun skulle å vaske seg, kle seg og spise mat selv. Sittende i rullestol, med venstresidig lammelse og hukommelsesproblemer, skulle hun lære seg strategier og teknikker for å kunne mestre hverdagslige aktiviteter.

Det var struktur å stå opp om morgenen og... og kle seg og vaske seg. Der skulle en gjøre det meste selv. Jeg husker ergoterapeuten, hun skulle lære meg hvordan jeg skulle ta på meg genseren. Jeg husker det fortsatt. Det var før jeg liksom la genseren på senga foran meg. Da skulle ryggen være opp mot magen, og så skulle du begynne med den dårlige armen først. Men det å kle på seg en genser med en arm... du kan prøve selv! \*flir\* (Tuva)

Tuva beskriver en hverdag på rehabiliteringsavdeling som var strukturert og nyttig for henne. Hun kom i kontakt med personale og pasienter mens hun var der, og opplevde å ha klare mål for oppholdet. Oddvar har også gode erfaringer med opphold ved kommunens rehabiliteringsavdeling, men fordi han kun var der et par uker før opphold ved spesialisthelsetjenesten er det vanskelig for ham å skille disse to oppholdene. Han beskriver opphold i institusjon som en positiv opplevelse og kom, i likhet med Tuva, i god kontakt med personale. Den første tiden måtte han fotfølges av personale på grunn av nedsatt balanse da han spaserte rundt, men dette forteller han med et smil.

Ja, for de våget ikke å slippe meg, for da... men jeg fikk nå lov til å \*flirer\* å gå ned på butikken og kjøpe meg røyk og alt sånn. (Oddvar)

Eva og Tuva har begge erfaring med lengre opphold ved kommunens rehabiliteringsavdeling. Førstnevnte ble fulgt opp med daglig trening, men erfarte mye støy i avdelingen. Avdelingen har, ifølge henne, forbedringspotensial på flere områder og det er dette hun velger å fortelle om. Det hun beskriver som støy er både høylytte medpasienter og tv-er i fellesareal, men også støy i form av antall tjenesteytere å forholde seg til.

Der var jo fryktelig MYE personal. Tre skift, sant? Så har du jo... femti personal å forholde deg til i løpet av ei uke. (Eva)

Hun beskriver det som støy at ulike tjenesteytere kom inn dørene på morgenen, og de gjennomførte morgenrutinene forskjellig. Noen rev opp døren og skrudde på taklyset, mens andre listet seg inn uten å si et ord. Eva forteller at hun ikke hadde problemer med å si fra at slik oppførsel ikke går an. Hun beskriver at hun satte krav om at alle skulle si god morgen når de kom inn på morgenen, og lyset ville hun skru på selv når det passet henne. Det samme

gjaldt også terapeutene ved rehabiliteringsavdelingen. Hun erfarte det som en ekstra belastning i en ellers sårbar situasjon at det til stadighet dukket opp nye terapeuter å forholde seg til. De hadde nye fremgangsmåter, og hun måtte bruke energi på å bli kjent med dem og omstille seg. Hun beskriver også at hun ble flyttet fra ett rom til et annet, hvor alt i rommet var speilvendt. Da måtte hun omstille seg den nye plasseringen av interiøret. Disse ekstra omstillingene krevde mye av Eva, og hun erfarte dem ikke som nyttige i sin rehabiliteringsprosess.

Knut forteller at han ble tilbudt opphold ved rehabiliteringsavdeling i kommunen da han skulle skrives ut fra spesialisthelsetjenesten, men takket nei fordi han ville hjem til egen bolig. Kommunen organiserte dermed tjenester for at han skulle ivaretas i eget hjem. Han erfarer at alt ble tilbydd av hjelp hjemme, men beskriver seg selv som vanskelig som ikke tok imot alt han ble tilbydd.

Mens de fleste informantene kom i gang med rehabilitering straks etter hjerneslaget inntraff, erfarte Leif at han måtte stå på for å få i gang noe i egen kommune. Han fikk påvist hjerneslag ukevis etter at han selv merket at noe var galt. Fysisk fungerte han adekvat, men merket at han ikke husket like godt, plasserte ting feil hjemme og hadde plutselig mye skrivefeil. I første omgang fikk han beskjed fra legen om å gå hjem og ta det med ro, men dette var ikke godt nok for Leif. Han forlangte svar og ønsket videre oppfølging, så fastlegen henviste ham til kommuneergoterapeut. Kommuneergoterapeuten tok videre kontakt med IKART, fordi kommunen ikke hadde erfaring med kognitiv rehabilitering. Fra å ikke vite noe som helst om hvordan dette skulle gå, kunne han nå støtte seg til de erfaringene og den kunnskapen IKART kom med.

#### 4.2.2 Å bli sett og hørt

Alle informantene forteller om fine menneskemøter som har hjulpet dem til å mestre nye ting i hverdagen. Det kommer frem i analysen at det er ofte menneskene de forteller om, og ikke et system. Tuva og Oddvar var begge innom kommunens døgntilbud for rehabilitering før de kom hjem, og forteller utelukkende om gode erfaringer med å bli ivaretatt av menneskene som jobber der. Oddvar ramser opp navn på flere av tjenesteyterne som har vært innom ham, og legger til at han ikke har noe negativt å si om helsevesenet.

Da Tuva flyttet hjem, ble en del av rehabiliteringen noe hun hadde likt å gjøre før slaget, og det var å lage mat.

Jeg VAR med på kjøkkenet, og bakte og styrte og.. Husker ergoterapeuten da var det sånn at når hun kom, så sier jeg bare; kan vi ikke lage foccaccia i dag? Nei, det var vanskelig. Nei, det var ikke vanskelig, sier jeg, og fant frem oppskriften og det vi skulle bruke og så kjørte vi i gang (...) nå skulle hun (ergoterapeuten) gå hjem og lage foccaccia, hun også, fordi hun ble så inspirert, da. (Tuva)

Det er gått år siden Tuva hadde ukentlige besøk av fysioterapeut og ergoterapeut, og hun har glemt hvilke fagpersoner som var inne når. Likevel er det slike hverdagslige situasjoner som matlaging hun velger å trekke frem for å illustrere rehabilitering videre i hjemmet i samarbeid med tjenesteyter. Tuva sin beskrivelse av episoden forteller noe om hvordan hun får bestemme hva som skal skje, og hvordan tjenesteyter lar henne ta kontroll. Hennes kroppsspråk når Tuva forteller om episoden viser at hun er stolt over at hun lærte tjenesteyter å bake, og at det kanskje var akkurat dette som ga mening for henne. Dette er en aktivitet som Tuva er kjent med, og hvor hun får mulighet til å lære opp tjenesteyter. Fra å være kun en trenings situasjon for henne, blir det i tillegg en lærings situasjon for tjenesteyter.

Leif og Knut trekker ikke frem noen spesifikke situasjoner i møte med tjenesteyter i eget hjem, men forteller heller hvordan det følte å ha noen der som fungerte å prate med og diskutere med. Det å slippe og stå alene i det, men ha noen på lag. Knut forteller om en fysioterapeut som han fikk god kontakt med, og erfarte det positivt at denne tjenesteyteren tok mer ansvar.

Eh funket bra, og det var HENNE jeg hadde mest timer med, og hun, på en måte, tok litt styring der (...) jeg vet ikke om hun EGENTLIG hadde det som sitt faktiske ansvar i sin YRKESBESKRIVELSE, men det ble sånn i MIN verden, i hvert fall (...) Ja, og da ble det bare rent praktisk, for min del, holdt jeg på å si, at når jeg ville noe eller manglet noe eller hadde vondt et sted, så ble det HENNE jeg sa det til, og så sørget hun for at noen... (Knut)

Knut beskriver samarbeidet som ryddig og praktisk for ham å kunne ha dialog med denne ene tjenesteyteren. I hans verden fungerte samarbeidet, og dermed virker det ikke som at Knut hadde noe behov for å sette seg inn i hvordan kommunale tjenester blir organisert for å få til dette samarbeidet. Enten om fysioterapeuten bidro mer enn vanlig, eller om dette var planlagt på forhånd, så førte det med seg at Knut følte seg godt ivaretatt. I praksis fungerte fysioterapeuten som en koordinator i rehabiliteringsforløpet.

...at det faktisk var en gjeng av folk som alle kjente meg som person og jobbet helhetlig. (Knut)

Eva, som fikk nedsatt syn etter hjerneslaget, forteller om en tjenesteyter som bidro mer enn forventet. Hun var på synsundersøkelse og ble henvist videre til synspedagog da hun kom til kommunen. Det er samarbeidet med synspedagogen hun velger å trekke frem for å beskrive et fungerende samarbeid i rehabiliteringen. Hun beskriver en person som gjorde enkle, men effektive grep for at Eva skulle føle seg ivaretatt. Synspedagogen blir beskrevet som et av de mest motiverende og viktigste menneskene i rehabiliteringen for henne.

Så leste vi litt, og så måtte vi grine litt av og til, og så snakke litt. Og så var det sånn; nå går jeg og henter kaffe, og så skal jeg kjøre deg ned og så tar du en røyk på utsiden. Jeg bare; JA! (Eva)

*Så da var det ikke inn der og ha en time og så ferdig? (Intervjuer)*

Vet du hva? Hun snakket med fylkeskommunen sånn at jeg fikk dobbeltime, i og med at turen NED dit tar såpass mye energi, så fikk vi GJORT noe. (Eva)

Disse små grepene som synspedagogen gjorde for å tilpasse treningen for Eva, skapte en god relasjon mellom dem. Hun beskriver den første tiden etter hjerneslaget som mye støy, og møtene med synspedagogen virker til å ha vært et fristed for henne hvor hun ble møtt med respekt og opplevde å få den oppfølgingen hun hadde behov for.

Analysen viser en tydelig tendens til hvor viktig informasjon underveis i rehabiliteringsprosessen er for informantene, og hvor krevende det er å ikke vite hvordan fremtiden blir etter et hjerneslag.

... å vite at ting blir bedre, det er i grunnen det viktigste. Den der psykiske delen at ting vil bli bedre, det er.. det var godt at noen sa til meg. «Dette vil bli bedre over tid» det var DET jeg var redd at, du kan si, jeg var jo ikke grønnsak da, men liksom.. det var viktig for meg at der var noen som sa at dette.. at dette.. for jeg tror... det psykiske oppi dette her, det tror jeg er VEL så vanskelig eller viktig som selve rehabiliteringen, for å si det sånn. (Leif)

Leif beskriver hvordan IKART hjalp ham med å slå seg til ro med slik situasjonen var, og ta tiden til hjelp. Det var viktig for ham å vite hvilken retning dette skulle gå. Han ønsket selv at ting skulle gå fortere og ville helst jobbe fulltid med en gang. Samarbeidet med IKART og ergoterapeut i kommunen fikk ham til å roe ned og lytte til kroppens signaler. Han beskriver hvordan tjenesteyterne lyttet til det han fortalte, og at de fungerte mer som en rådgivende instans for ham.



Og så var det ting som de mente jeg burde trene på som som jeg syntes var litt meningsløse.. Og og det er klart at med en gang det blitt meningsløst, så blir det nytteløst for meg. (Leif)

Leif beskriver hvordan tjenesteyter skreddersydde et opplegg til ham, men at han valgte selv hva han skulle gjennomføre. De fleste informantene beskriver gode samarbeid med tjenesteyter, hvor informantene erfarer at de er del av samarbeidet og deltar aktivt selv.

Og det var i grunnen mer for å roe MEG ned, føler jeg. At det var godt for meg å snakke med dem. For å dempe mine egne forventninger, for å si det sånn da, for jeg hadde store forventninger til at det her skulle gå fort. (Leif)

Eva har brukerstyrt personlig assistent i hverdagen, forkortet BPA. Hun forteller at hun hadde friheten til å velge mellom BPA og kommunale, hjemmebaserte tjenester. Hun beskriver seg selv som heldig fordi hun har valgt å bruke BPA. Ordningen med BPA behandles gjennom kommunen, og det blir laget vedtak på antall timer med BPA vedkommende får innvilget. Eva beskriver den tryggheten og friheten det er å ha BPA. Assistentene kjenner henne, og hun kjenner de. Den ene assistenten er til stede under intervjuet og det er tydelig en god tone mellom assistent og informant. Assistenten farer lydløst rundt på kjøkkenet og ordner ting uten å måtte spørre informanten om hvor ting er. Det kommer kjappe kommentarer og latter mellom dem, og de virker til å vite hvor de har hverandre. Assistentene er fleksible og endrer arbeidsoppgavene kontinuerlig etter behovet til Eva. Dagsformen er varierende, da hun har store utfordringer med tidvise smerter. Det er perioder hvor hun er sengeliggende stort sett hele dagen, og da er det hensiktsmessig med den fleksible ordningen som BPA gir rom for.

Da er de kanskje nede på butikken, eller sånn har jeg hatt noen som er veldig gode til å lage mat. Og så er det jo det der å finne noe som kanskje smaker eller frister, så du har lyst på noe. (Eva)

#### 4.2.3 Den fragmenterte hjelpen

Det ene forskningsspørsmålet i denne studien er «Hvilke forhold er det som understøtter medvirkning?» I resultatene fra analysen er det tendens til flere forhold som hemmer medvirkningen. Jeg velger å ta med erfaringene som informantene har delt, hvor de ikke opplever å få medvirke, slik at det siden kan drøftes hva som gikk galt på systemnivå og hva som kan fremme medvirkning.

Jeg fikk komme til fysioterapeut, den kommunale. Det er jo sånn når du kommer da, utslitt før du har kommet deg på plass... Steingalt altså. (Eva)

Eva erfarte å være utslitt før treningen var begynt. Det var kanskje ikke tatt høyde for den anstrengelsen det var for henne å komme seg dit, eller den energien hun allerede hadde brukt på å stelle seg og spise den morgenen. Bare trilleturen fra taxien til treningssalen ble en egen treningsøkt i seg selv.

Eva og Tuva har erfaring med hjemmebaserte tjenester over tid, og det er likhetstrekk i beskrivelsene de kommer med. Tid er en luksusvare, og de opplever at tjenesteyterne går med stoppeklokke og jogger rundt i hjemmene deres. De opplever ikke at det er rom for å bygge relasjoner til tjenesteyterne som kommer innom, siden det er ulike personer som kommer fra gang til gang. Den hjelpen og tryggheten som hjemmebaserte tjenester er pliktet til å gi sine brukere oppleves av Eva og Tuva som fragmenterte og mangelfulle. Tidspresset på tjenesteyterne stripper dem for høflighetsfraser og vanlige manerer når en entrer en annen person sitt hjem.

Jeg hadde hjemmesykepleie som skulle hjelpe meg med medisiner og dosering og... men de rett og slett gjorde så mye feil og bråkte og styrte så mye her, at jeg ringte ned og sa bare at jeg kan ikke ha dette her sirkuset. ALDRI sett for en oppførsel! (Eva)

For hjemmesykepleien er jo litt sånn (...) mentalt så har de jo GÅTT før de har kommet inn døra. For de tenker jo bare på neste pasient – de skal jo videre. De har jo ingen tid. (Tuva)

Stadig nye ansikter kom inn dørene, og Tuva husker med skrekk og gru den gangen tjenesteyter var på vei for å gi medisin til en av informantens gjester istedenfor til henne.

Noen av informantene opplevde samlivsbrudd kort tid etter hjerneslaget. Eva beskriver det kort og brutalt:

Ja, det ble liksom litt mer enn ETT slag – det ble to. Du kan miste litt bakkekontakten av sånne ting. (Eva)

Å bli rammet av hjerneslag er en traumatisk hendelse som ofte har ringvirkninger som påvirker livet til den som har blitt rammet og påvirker menneskene rundt. I de tilfellene hvor informanter har opplevd samlivsbrudd i etterkant av hjerneslaget, er det ektefellen som valgte å gå. Denne ekstra påkjenningen kan være like traumatisk som hjerneslaget, og kan få hvem som helst til å miste motet i et rehabiliteringsforløp. Ektefeller er ofte viktigste støttespiller, og når denne parten forsvinner kan det oppstå et følelsesmessig behov som

ikke blir dekket. Ut fra de erfaringene informantene deler kan det virke som at denne ekstra sårbarheten blir undervurdert.

#### 4.2.4 Oppsummering

De som har hatt opphold ved rehabiliteringsavdeling har gode erfaringer med oppfølging av tjenesteyter der. En av informantene savner dog kontinuitet i personale og rutiner under oppholdet, som hun erfarte som unødvendig støy i rehabiliteringen. Da informantene ble utskrevet fra spesialisthelsetjenesten, erfarte de at tjenestene i sin hjemkommune var på plass. Den informanten som fikk påvist hjerneslag en tid etter hendelsen erfarte at det frembrakte ikke automatisk til tjenester fra kommunen, og var i første omgang overlatt til seg selv.

Samhandling med tjenesteyter blir illustrert gjennom situasjoner der informantene føler seg sett og hørt. De forteller om hvordan de jobber sammen som et «vi», fremfor å distingvere seg fra tjenesteyter. En informant trekker frem et samarbeid som fungerte sømløst når en tjenesteyter hadde et koordinerende ansvar i prosessen. Det er enkelte relasjoner som blir løftet frem som viktige i rehabiliteringen for noen av informantene. Informantene forteller om tjenesteytere som gjør det lille ekstra, og de opplever å bli anerkjent ved at deres behov blir møtt og respektert.

Det er ingenting i resultatet som tilsier at informantene har fått noe mer oppfølging fra kommunen som følge av samlivsbrudd. Noen av informantene har opplevd samlivsbrudd i etterkant av hjerneslaget, som er enda en påkjenning i tillegg til traumet de går gjennom med følgene etter hjerneslag.

Det fremstår som viktig at informantene får nok informasjon til å forstå egen situasjon. De som fortsatt mottar tjenester fra kommunen, har også erfaringer med hvor lite rom det er for å bygge relasjoner. Tjenestene fremstår for dem lite helhetlig organiserte der tid er en luksusvare.

### 4.3 Målsetting

Før vi går inn på hva analysearbeidet fikk frem av hvilke erfaringer informantene hadde med å sette egne mål, så må det poengteres at det for flere av informantene er en stund siden de satte seg mål sammen med tjenesteyter. Noen av dem kan ikke huske at de har hatt en samtale med tjenesteyter om målsetting. Den ene forteller at det ble satt opp noen mål, ja, men hvordan de kom frem til disse er gått i glemmeboken. Resultater under målsetting er samlet i ett, fordi informantene ikke har kommet med så fylldige erfaringer om selve målsettingen. IKART har informert at de gjennomførte målsetting ved hjelp av Pasientspesifikk funksjonsskala, PSFS, hos tre av de fem informantene i denne oppgaven. Det er ikke hentet inn informasjon om andre målsettingssamtaler, ut over det informantene selv beskriver.

#### 4.3.1 Målsetting til besvær

Et overraskende resultat i analysen er i hvor liten grad målsetting ser ut til å ha betydd for informantene, og at det har vært mer til besvær enn til nytte i noen tilfeller. Noen av dem erfarer utfordringer med å sette seg realistiske mål, fordi de ikke har kunnskap om hva som vil være mulig for dem å mestre frem i tid. Andre igjen ser ikke poenget i å formulere mål for rehabiliteringen. To av informantene forteller om lese- og skrivetrening som mål, men hadde ellers ingen tanker om selve målsettingen. Oddvar hadde et hovedmål om å komme seg tilbake i jobb, men andre utfordringer dukket opp i forløpet som gjorde at han ble fratatt målet sitt. Flere av informantene beskriver usikkerhet rundt det å sette mål. Tuva beskriver her utfordringen med målsetting fra hennes side:

Du vet jo ikke det.. hva er mulig. Det skal være realistiske mål. Hva er mulig å få til, liksom? Og det savner jeg jo lite grunn at en fysioterapeut burde ha satt seg ned og sagt; ok, hvis du jobber sånn og sånn...

Målene blir så diffuse, liksom, hva har du LYST til, ja, men hva er faktisk mulig å få til. Det er ikke alltid at det er sammenheng, så det er jo DET jeg vil på \*nytt rehabopphold\* nå. Og se, liksom, hva er mulig å få til. (Tuva)

Knut er enda kvassere i sin beskrivelse av målsetting. Han erfarer målsetting som en tannpine i rehabiliteringen, og ikke som en medvirkende faktor.

POENGET er når du står i den situasjonen og en så ganske svær og traumatisk ting som har skjedd, har SKJEDD, så HAR du lyst til å bli frisk igjen, du har egentlig ikke

LYST til å bevege pekefingeren eller få kneet til å bøye seg eller ditt og datt. Og de ville ha DELmål og og DET er flotte greier, og.. og som LÆRER så så må jo vi og terpe på hundre sånne ting hele tiden, men men skal jeg være helt ærlig; der og da, så... en VIL bli BEDRE, en har ikke bittesmå delmål, og en vil at de som VET mest kan komme inn og støtte en PÅ det de KAN her i verden. (Knut)

*Så det du egentlig sier er at tanken på å bli bedre er god nok motivasjon i seg selv?  
(Intervjuer)*

Jo, ja (...) de opplevdes mye mer bare forstyrrende- ofte litt... sk-skal vi bruke tid på DET? Skal vi ikke GJØRE det vi ER her for, som er å trene? (Knut)

Knut erfarer målsamtalene som bortkastet tid. Han forklarer det så selvfølgelig og universelt at etter skade vil en jo bare bli frisk igjen, og så får det være opp til tjenesteyter å lage en plan for å oppnå det. Å måtte sette et tall på hvor godt han mestrer ulike aktiviteter fungerer ikke for ham. På daværende tidspunkt erfarer ikke Knut å ha kunnskap om hva som er realistisk å oppnå. Like fullt setter han til slutt opp noen mål som, ifølge Knut selv, kun er for å blidgjøre tjenesteyter. Hele ideen med å sette konkrete mål for rehabiliteringen virker fjernt for Knut, og rommer ikke hans måte å tenke rehabilitering på. Han opplever hele verktøyet som unødvendig for egen motivasjon, men han velger likevel å komme med mål for tjenesteyters del. Han forstår at dette er en del av arbeidet til tjenesteyter, men han er klar i talen på at dette ikke er til noe gevinst for ham selv. Det er gjennom hans egen erfaring med dokumentasjonsplikt i læreryrket at han til slutt overgir seg, og kommer med noen tall for tjenesteyters behov for dokumentasjon på ønsket effekt av tiltak.

Med tiden dukket det opp et relevant og realistisk mål for Knut, og det var å komme seg tilbake i jobb. Å komme tilbake i jobb virket ikke for Knut som gjennomførbart i starten. Derfor ble det også ikke satt opp som et mål. Her var det kollegene hans som aldri mistet håpet, og tok det som en selvfølge at han skulle komme tilbake igjen.

Hjerneslaget rammet Tuva for fire år siden, og hun husker ikke tilbake til en spesifikk målsamtale i starten på rehabiliteringen. Hun har utfordringer med hukommelsen, men har likevel god kapasitet til å fortelle om sine erfaringer. Den målsettingen hun derimot husker, er den hun ikke medvirket i.

Det ble satt noen mål at jeg skulle sette fra meg rullestolen mest og gå mer, men det var jo ikke mål som var satt av MEG. Det var jo egentlig hjemmesykepleien som syntes det. (Tuva)

Tuva har ikke eierskap til målet hjemmesykepleien har satt opp, og beskriver hvordan hjemmesykepleien mente at det ville bli lettere for henne om hun bare kunne gå inn og ut av taxien, istedenfor å bli trillet opp og ned rampen i rullestol. Hun deler under intervjuet tanker om at dette ville bli lettere for dem som skulle trille henne, men ikke lettere for henne selv. Det er ikke et realistisk mål for henne, så motivasjonen for å nå målet er ikke til stede.

#### 4.3.2 Oppsummering

Det ble produsert overraskende lite data om målsetting for informantene, selv om det var flere spørsmål i intervjuguiden som var rettet mot målsetting. En utfordring, som er gjentakende hos flere av informantene, er at de ikke vet hva fremtiden bringer. Det oppstår snarere en frustrasjon hos dem at ikke tjenesteyter kan fortelle dem hvor gode de kan bli og hvilke mål som er realistiske. Målsetting er et verktøy for å fremme medvirkning, men også motivasjon hos den enkelte bruker. Dette treffer ikke helt hos alle informantene, og spesielt informanten Knut opplever dette instrumentelt og unaturlig i det allerede gode samarbeidet med tjenesteyter. Eierskapet til målene forsvinner når noen av dem ikke får forme prosessen selv, og særlig når tjenesteyter ikke inkluderer bruker og mål blir utformet uten dem.

#### 4.4 Makt og (an)svar

Informantene har vært gjennom et traume, og de er sårbare i møte med tjenesteyter. De fleste informantene er avhengige av personhjelp i starten etter hjerneslag, fordi de hadde store fysiske utfall i form av halvsidig lammelse den første tiden. De ble raskt tilbudt tjenester i kommunen etter utskrivelse fra spesialisthelsetjenesten. Den ene informanten, derimot, erfarte kun kognitive utfordringer og ble ikke forespeilt noe oppfølging fra kommunen i første omgang. Han måtte etterlyse tilbud av sin fastlege. Samtlige av informantene hadde behov for rehabilitering, og benyttet seg av rehabiliteringstjenester i sin hjemkommune. Noen har kun hatt behov for en sparrepartner og andre er fullstendig avhengige av personhjelp i hverdagen. Dette siste temaet "makt og (an)svar" er delt inn i tre undertema.

#### 4.4.1 Finne noen som har svar og de som tar ansvar

Gjennom analysen av datamaterialet kommer det frem hvor ulikt informantene ønsker å ha samarbeidet med tjenesteyter. Mens noen ønsker å styre skuta helt selv, søkte Leif etter noen som kunne ta over roret. Han erfarte kognitive utfordringer etter hjerneslaget, og beskriver hvordan han var i villrede da legen foreslo at han bare skulle holde seg hjemme en stund og slappe av. Han ønsket svar, og han hadde behov for å forstå hvorfor han ikke mestret å jobbe i samme tempo som før. I retrospekt reflekterer han over hvor mye ansvar som lå på ham selv.

Å bare gå til fastlege, og så bare få beskjed at du har hatt slag... Og hadde ikke jeg vært PÅ selv, så hadde jeg hatt et slag og jeg visste ikke hva jeg skulle ha gjort. (Leif)

Selv etter han ble informert at han hadde hatt hjerneslag, var det ingen automatikk i oppfølging fra kommunen. Rådet var enkelt: Sykemeld deg en periode, og ta det med ro. Han søkte etter noen som kunne holdes ansvarlig for å holde ham borte fra jobb og som kunne legitimere hvorfor en fysisk oppegående mann ikke kunne jobbe fullt. Han hadde ikke samvittighet til å holde seg hjemme selv, til det var arbeidsmoralen for høy.

Så det var litt nyttig å finne ut hvor jeg hadde problemer (kognitivt), for da kunne jeg forklare det til andre som ikke kjente min (sak) situasjon, eller mennesker som jeg er i kontakt med via arbeid. Og... si at dette sliter jeg med, dere må gi meg litt mer tid enn bare på sparket. (Leif)

Da ergoterapeut i kommunen og ergoterapeut i IKART kunne komme med noen retningslinjer til ham å forholde seg til, så ble det lettere for ham å gi beskjed til arbeidsgiver om hva han hadde behov for. Leif forteller under intervjuet at han ønsker at noe av ansvaret må ligge i systemet, og ikke på ham som enkeltperson. Han krever tilbud til kognitiv rehabilitering.

Knut erfarte å bli bombardert med vedtak og tilbud da han ble utskrevet fra sykehuset. Dette i sterk kontrast til Leif sin erfaring med kommunen. Knut kjente på at han var mer til stede i egen situasjon da han omsider ble utskrevet fra sykehuset, og dermed også mer tilgjengelig for å motta informasjon. Han erfarte å bli tilbydd mer enn han hadde behov for, og fikk dermed anledning til å velge bort de tjenestene han ikke selv så behov for.

Knut beskriver hvor snille alle tjenesteytere var, men at dette ikke nødvendigvis var til særlig nytte for ham. Han ser tilbake på møtene med tjenesteytere fra kommunen og har tanker om hvordan de kunne møtt ham på en annen måte:

...så ville jeg ønsket meg litt mindre, holdt på å si, medfølelse og litt mer sånn.. ond, personlig trener ehm.. Jeg tror folk er litt for snille, og tenker at noen må i hvert fall ikke miste motet, eller bli tristere og leie, så derfor gjør vi ting veldig forsiktig. Ehm, og det gjør at du, på en måte, har hyggelige treningsrunder der du egentlig ikke har trent noe særlig. (Knut)

Etter flere økter med det Knut kaller for hyggelige treningsrunder, tok han en prat med fysioterapeuten for å be henne ta styringen.

Hør! LA meg grine, hvis det er DER det kommer, men dytt PÅ du, vær den PROFESJONELLE du, vær den litt BARSKE! (Knut)

Han hadde ønske om å bli fysisk bedre, og hadde behov for å bli presset til å yte mer enn han ville fått til på egenhånd. En kan tolke det som at han erfarte at tjenesteyterne overvurderte hans evne til å vurdere hva som var nok trening for ham. Hadde det vært opptil ham selv hver treningsøkt, så ville han aldri vært utenfor komfortsonen. Fysioterapeuten tok Knut på ordet og trakk ham med seg utenfor komfortsonen. Knut beskriver hvordan han merket umiddelbare fremskritt, og kalte treningsøkten for lite hyggelig, men effektiv.

Leif og Knut søkte begge etter noen som kunne ta styring over det som de selv ikke hadde kontroll over. Knut ønsket ikke å styre treningsintensiteten selv, fordi han hadde ikke erfaring eller kunnskap om trening. Han vurderte at her ville han selv komme til kort, og krevde at tjenesteyter skulle stille høyere krav til ham under trening.

Leif erfarte at det var nyttig å få inn kompetanse på hans kognitive utfordringer.

Tidligere har jeg ordnet alt selv, alltid fikset alt selv, men da kom det til et punkt hvor mitt vett ikke var godt nok til dette her, for at dette var på et nivå som jeg ikke kjente til, eller ikke hadde greie på noen ting, og da var det greit å overlate det til.. kompetente folk. (Leif)

Medvirkning i rehabilitering ble, for Knut, etterfulgt i så stor grad at han måtte be dem om å justere seg.

Jeg tror DE var veldig «jo men vi skal gi all makten til pasienten, for da blir det så kjekt.» Nei, men jeg vil ikke HA det, takk. Jeg gir tilbake makten nå, og så la oss få gjort dette her ordentlig... (Knut)

Knut brukte sin innflytelse til å styre makten over til tjenesteyter. Ved å gi makten til tjenesteyter, er det likevel Knut som sitter med makten. Han var bestemt på å ikke følge spesialisthelsetjenestens anbefaling om rehabiliteringsopphold i kommunen, og dro derfor hjem direkte fra spesialisthelsetjenesten. Tjenester som kommunen allerede hadde satt på



vedtak, avsluttet han før de fikk tid til å starte opp. Han ønsket kun hjelp til rehabilitering, til opptrening for å kunne mestre hverdagen igjen.

Eva hadde rehabiliteringsopphold i kommunen i lenger tid, og samlivsbrudd førte til at hun ikke lenger hadde et hjem å komme hjem til. Det skapte en ekstra utrygghet når vedtak for sykehjemsopphold var kortvarige, og nesten ukentlig evaluert.

Jeg var der i seks, nesten syv måneder. Og der var jo... jeg tror DET må være en av de STØRSTE psykiske belastningene, at kommunen ikke kunne si til meg at; vet du hva? Du skal være her på sykehjemmet til du er trygg nok til å flytte hjem. (Eva)

#### 4.4.2 Et liv i vedtak og lowverk

Noen av informantene er delvis tilbake i jobb igjen, og har ikke behov for tjenester fra kommunen lenger. De opplever at makten og ansvar for livet videre ligger på egne skuldre. Når de beskriver situasjonen sin er det med håp og optimisme i stemmen, og kjenner at de har kommet godt på vei mot en hverdag de kan trives i. Andre informanter har erfart at de ikke vil mestre å komme tilbake i jobb igjen, og noen er avhengig av personhjelp for å mestre hverdagen. De forteller med en sårhet at de ikke mestrer dagliglivet slik som før, og tap av funksjoner har blitt et savn.

Informantene har erfart det kommunale tjenesteapparatet på forskjellige måter, alt etter om de har hatt behov for en eller flere tjenester. Oddvar hadde mål om å komme seg i arbeid igjen, men i den stillingen han hadde var han avhengig av sertifikatet. Han hadde automatisk blitt fratatt sertifikatet midlertidig på grunn av hjerneslaget. Da han omsider ble vurdert til å kunne kjøre bil igjen, rakk han ikke å sette seg i bilen før en akutt medisinsk endring tok fra ham sertifikatet atter en gang.

... jeg hadde lyst til å komme tilbake til jobb (...) Det var målet, men jeg fikk jo kjøreforbud (...) Ja, så sier legen jeg kommer nok aldri i arbeid igjen. Så han begynte å søke meg ufør. (Oddvar)

Samtidig som legen søkte ham ufør, beskriver han hvordan NAV var inne i bildet også:

NAV prøvde jo å få meg i arbeid, men... Jeg var på attføringsbedrift, men da jeg sa at... legen hadde sagt at jeg kommer nok ikk – aldri i arbeid igjen (...) legen hadde søkt meg ufør, og da var det ikke vits at de brukte ressurser på... ja... (Oddvar)

Oddvar forteller at han gjerne skulle kommet seg ut i arbeid igjen. Han prøvde å skaffe seg arbeid på egenhånd, og fikk jobb i et firma. Da hadde legen fra sykehuset sagt at han ikke hadde noe i den jobben å gjøre, og han fikk dermed aldri begynt. Oddvar forteller i det ene øyeblikket at han respekterer lovverket og legens avgjørelse. I det neste øyeblikket beskriver han jobben som livet sitt, og hvor trist det er å ikke lenger kunne jobbe. Han befinner seg i en situasjon som han ikke ønsker å være i, men som han ikke kan gjøre noe med. Jobben har opptatt mesteparten av hans liv, og livet hans blir snudd på hodet når han ikke lenger får lov til å jobbe. Oddvar beskriver et fortsatt savn av å ikke kunne være i jobb igjen, og det å ikke kunne kjøre bil. Her fremstår han maktesløs.

Tuva har vært avhengig av hjelp fra kommunen sin i lengre tid, og har erfart hvilken frihet det er å ha BPA. I dette tilfellet forteller Tuva at hun ble fratatt BPA fordi det ikke lenger var noen som kunne stille som arbeidsleder. Tuva ble vurdert til å ikke kunne ta på seg dette arbeidet selv, og dermed ble tjenesten skiftet ut til kommunale, hjemmebaserte tjenester.

... gikk fra hundre til null. Altså gikk fra åtte timer til dagen, til ingenting! Eller hjemmetjeneste da. Men det som var det verste var at de kuttet jo helt BPA-tjenesten før de hadde noe annet oppe og gå \*kremt\* jeg fikk jo hjemmetjeneste da (...) Jeg fikk dekket det medisinske behovet, men akkurat det sosiale gikk jo helt adundras, sant? (Tuva)

Tuva erfarer at lovverket styrer hvordan hun skal kunne leve livet sitt. Hun beskriver forskjellen på hjemmetjeneste og BPA-tjeneste som natt og dag. Besøkene fra hjemmetjenesten innebærer konkrete arbeidsoppgaver som er vedtatt av saksbehandler, og det er lite rom for fleksibilitet. Hun har ikke makt over å endre dagsplanen, og er det behov for endringer, så må det fattes vedtak. Hun er ikke tilfreds med det tilbudet hun har i dag, og opplever et stort press fra kommunen om å innordne seg de anbefalingene som kommunen kommer med. Dette gjelder anbefalinger om å flytte fra egen bolig til omsorgsbolig.

Eva har BPA, og er da sjef i eget liv. Hun styrer hva som skal skje og når det skal skje, så hjelper assistentene henne med det. Selv om Eva beskriver seg som heldig fordi hun har valgt BPA, så sier hun dette i vissheten om at alternativet ville vært hjemmebaserte omsorgstjenester fra kommunen. Med hennes begrensninger i å mestre hverdagslige gjøremål selv, så er hun prisgitt den hjelpen hun får. Det er ikke bare fordeler med å ha BPA i eget hjem. Hun påpeker at det er en påkjenning å være avhengig av personhjelp, og hun har

ikke det privatlivet som hun i perioder kunne ønske. Hun klarer med bare seks ord å beskrive hvordan det erfares:

Jeg bor på noen sin arbeidsplass. (Eva)

Stadig vekk blir de, som fortsatt har behov for tjenester, minnet på at de ikke styrer livene sine selv. De må forholde seg til vedtak og saksbehandling for å leve et godt liv. Eva erfarer å bli stadig minnet på at hun bør mestre mer nå enn før, når det kommer brev fra saksbehandler i postkassen om ny evaluering og justering av vedtak om BPA. Ifølge saksbehandler er det et «godt nok» liv som skal dekkes, og ikke bedre enn det. Saksbehandleren skal vurdere og fatte vedtak i en sak, og det erfares for noen av informantene at saksbehandler har glemt at saken faktisk er livet til et annet menneske.

Nå er det gått ned. Redusert. Det er veldig viktig for kommunen å få redusert de timene. (Eva)

Assistenten til Eva kommer med innspill under intervjuet med Eva, hvor assistenten erfarer at brukere blir forskjellsbehandlet og tilbudet de blir innvilget har store variasjoner ettersom hvor bruker bor.

Hvem er organet over kommunen som skal sitte med det her? Hvem er det som skal kontrollsikre dette her kommunale tilbudet i grunnen? (Assistent)

Tuva har fått innvilget mange vedtak, og hun beskriver at det ikke dekker hennes behov. Blant annet har hun fått innvilget følge til butikken en gang i uken. Da får hun handlet seg mat, men slike faste avtaler gir henne ikke den friheten hun lengter etter. Hun beskriver at det ikke er rom for spontanitet med faste vedtak, og får ikke velge tid og sted selv. En gang iblant har tjenesteyter tid til å tilby noe utenom det som er fattet i vedtak:

Hjemmesykepleien har hatt ferievikarer. Når det var litt ledig tid, så har de blitt sendt hit og så gått tur med meg. (Tuva)

Spontaniteten er dermed på hjemmesykepleiens premisser.

#### 4.4.3 I stadige forhandlinger om livet mitt!

Vedtak styrer store deler av livene til de informantene som fortsatt har behov for tjenester i kommunens regi. De er tildelt saksbehandler som tildeler, evaluerer og avslutter tjenester. De informantene som ikke lenger har behov for tjenester, har beskrevet samarbeid med tjenesteyter i stor grad i positiv retning. Når behovet for tjenester vedvarer, beskriver informantene samarbeidet med tjenesteyter av varierende karakter. De har kontakt med

saksbehandler i flere anledninger. Dette underkapittelet omhandler informantene som fortsatt har behov for tjenester, og her beskriver de hvordan saksbehandler behandler vedtak som angår dem.

Tuva forteller at alle basale behov blir dekket, men kjenner at hun er låst i sitt eget hjem. Hun har i flere omganger bedt saksbehandler om mer tjenester, både for å dekke sitt sosiale behov, men også psykisk helsehjelp. Det blir stykkevis tjenester som danner et lappeteppe, som på ingen måte er sømfritt i informantens verden.

Og jeg var så dyr i drift. Så hver gang jeg spurte om noe ekstra, så sa hun; men du har så stort vedtak, du kan ikke få noe ekstra. For det at... det var penger. Så sier jeg; du kan ikke sitte og sette en prislapp på livet mitt, sier jeg. Det er faktisk livet mitt du snakker om. Jeg ble jo så sint – jeg slo i bordet.

Jeg må være fornøyd med de timene jeg HAR, med det tilbudet jeg har, fordi andre har mer enn nok med det. Men det er jo ikke individuelt tilpasset. For jeg har jo BEHOV for mer, utfra min sosiale.. det vesenet som jeg er, liksom. Jeg har behov for mer sosiale stimuli. Og kjekke opplevelser. Og det blir ikke hørt på, fordi du har hatt slag. Og DEN personen har hatt slag og den har nok med så og så mange timer. Så da må du faktisk være fornøyd med det også. (Tuva)

Tuva beskriver et samarbeid med saksbehandler i kommunen som ikke er fritt fra problemer. Hun opplever at det kommunen tilbyr ikke er dekkende for hennes behov.

Nei, de vil jo ha meg inn i omsorgsbolig, fordi det blir billigere for det – for kommunen å ha meg inn der. Fordi der har du folk innen – i nærheten. \*snufs. Der har jeg folk tilgjengelig 24 timer i døgnet. Det er liksom det de har lagt fram for meg, at det er en fordel for meg. Men jeg blir dyttet inn i en liten leilighet på femti kvadrat. (Tuva)

Nå har jeg bedt om å ha et sånt samarbeidsmøte. Nå skal vi ha et møte i midten av september (...) Mast om det kjempelenge. Tror de tenker sånn; ha møte? Det er ikke vits. (Tuva)

Alle informantene ble kontaktet etter intervjuet, for å komme med refleksjoner de hadde gjort seg i etterkant. Tuva kunne fortelle om et tragisk samarbeidsmøte, hvor det var tydelig at de fremmøtte hadde diskutert i forveien før de hentet henne inn. Datteren til Tuva hadde vært med på Teams fra start, og fått med seg diskusjonen om «hva om hun ikke takker ja den dagen hun blir tildelt omsorgsbolig?» Tuva beskriver hvor ubehagelig det følte for henne å møte saksbehandler, som demonstrerte med et tydelig kroppsspråk med armene i kryss. Hun opplevde at hennes stemme ikke ble hørt, og erfarte det som et dårlig møte. Samtidig er hun takknemlig for at datter var med på møtet som fikk gitt henne referat

etterpå. Hun ble hentet av forhåndsbestilt taxi før møtet var avsluttet, og fikk dermed ikke delta på slutten av møtet heller.

Det er så personavhengig av saksbehandler fordi det er forskjeller innad i en kommune... så i DEN delen av kommunen får du et bedre tilbud enn hva du gjør her. Men \*Eva\* er jo ikke noe enkeltstående tilfelle. Det er jo det som er så skremmende. Altså har du slag, så er det pffft... Det er tragisk. (assistent)

Ja, du har så og så mange timer med assistenter, fordi du skal bruke de til å trene. Og hvis du ikke bruker de, så reduserer vi, ikke sant? Når du opplever såne trusler. Saksbehandler sitter med SÅ mye makt, at det er skremmende. (Eva)

Men hvem er det som bestemmer hennes livskvalitet? Er det kommunen eller er det henne selv? (assistent)

Eva mener at ingen som har blitt rammet av slag er like, og savner en oppriktig dialog med kommunen om hva hver enkelt har behov for. Både Eva og Tuva opplever en saksbehandler som velger å skjære alle over én kam. På den ene siden har Tuva fått beskjed om å ikke sammenligne seg med andre tjenestemottakere, og på den andre siden sammenligner saksbehandler Tuva opp mot andre.

#### 4.4.4 Oppsummering

Resultatene under «Makt og (an)svar» peker på noe som er aktuelt for rehabilitering i starten. Det er hensiktsmessig og nødvendig med trygge rammer, før brukerne blir mer kjent med egen situasjon og kan overta styringen. Informantene beskriver behov for at noen kan gi dem informasjon og svar på det de lurer på, men også behov for at noen kan ta ansvar for veien videre sammen med dem. De har behov for å ha kontroll på det som skjer og de ønsker noe konkret å forholde seg til. Informantene med fortsatt behov for kommunale tjenester beskriver brukermedvirkning annerledes enn de som har avsluttet tjenestene. De beskriver en tilværelse som de til stadighet må forhandle vilkårene for, og hverdagsliv som er betinget av rammene saksbehandler setter vedtak etter. Tjenestene fra kommunen sett opp mot BPA-ordning blir motsetninger for de informantene som har tjenestebehov i dag. Tjenestene fra kommunen erfares lite fleksible og upersonlige. Dette står i kontrast til BPA-ordning, som erfares å gi en større frihet med rom for relasjonsbygging. Den ene informanten beskriver et vanskelig samarbeidsmøte, hvor hun opplever at tjenesteytere allierer seg i forkant.

## 5 Drøfting

Problemstillingen i denne studien er: Hvordan erfarer brukere å medvirke i eget rehabiliteringsforløp i samarbeid med tjenesteyter i kommunen? Det ble gjennomført en kvalitativ studie, med semistrukturert enkeltintervju som metode. Fem personer, som har hatt oppfølging i sin kommune etter de ble rammet av hjerneslag, har blitt intervjuet. Datamaterialet som ble produsert under intervjuene ble analysert med inspirasjon fra Braun og Clarke (2006) sin fremgangsmetode for temaanalyse. Analysen førte frem til funn der informantene beskriver at de fortsatt er i rehabilitering, selv om flere har avsluttet tjenestene i kommunen. Alle har erfart å medvirke i deler av eller hele rehabiliteringsforløpet, og da beskriver de tjenesteytere som har hørt, sett og anerkjent dem. Flere har også beskrevet episoder hvor de ikke har opplevd å få medvirke, både på grunnlag av rammebetingelser som tid og ressurser, men også opplevelsen av å ikke bli hørt. De har varierende erfaringer med å sette mål for rehabilitering, og selve målsettingen ble ikke trukket frem som noe medvirkende verktøy i samarbeidet med tjenesteyter. En informant erfarte målsetting som instrumentelt og unødvendig for samarbeidet med tjenesteyter.

Videre vil jeg ta utgangspunkt i problemstilling og forskningsspørsmål for å diskutere resultatene i lys av tidligere forskning og teori. Erfaringer knyttet til medvirkning i rehabiliteringsforløpet skal diskuteres i lys av teori om medborgerskap, rettferdighetsteori, samhandling og rehabilitering.

### 5.1 Målsetting erfares ikke som utslagsgivende for et bedre samarbeid med tjenesteyter

Her vil jeg drøfte funn sammen med teoretiske perspektiver som søker å besvare forskningsspørsmålet «Hvilke erfaringer har brukere med å sette egne mål?».

Pasientsentrert målsetting skal fremme brukermedvirkning, og dette krever at tjenesteyter har kunnskap om hvordan verktøyet skal benyttes. Den finske studien, som er omtalt i litteraturgjennomgangen, viser til at målsettingssamtalen både får deltakerne til å føle seg respektert og de får større tro på egen mestring (Alanko et al., 2019). De tjue deltakerne i Alanko sin studie ble intervjuet straks etter målsettingssamtalen, med samtalen friskt i

minnet. Til sammenligning ble informantene i denne oppgaven intervjuet måneder og år etter de satte mål. Den umiddelbare opplevelsen av målsetting fra den gang da har blitt visket ut og endret seg gjennom refleksjoner og erfaringer i etterkant.

Mange av informantene beskriver hvordan de fikk delta og være med å styre rehabiliteringen i den retning som var viktig for dem, men likevel blir ikke selve målsettingen i samarbeid med tjenesteyter trukket frem som noen avgjørende faktor for det videre samarbeidet. Dette trenger ikke å stå i kontrast med resultatet fra Alanko (2019) sin studie, men mer som et supplement. Med det mener jeg at informantene sine erfaringer i denne oppgaven rundt målsetting er mer et resultat av hele forløpet de har vært gjennom, og målsettingssituasjonen kan ikke lenger vurderes isolert fra resten av rehabiliteringsprosessen. Det kan være erfaringer i etterkant av målsettingen som gjør at noen informanter vurderer denne samtalen som lite viktig for brukervedvirkning.

Den ene informanten skilte seg ut med å ha sterke meninger om målsetting som verktøy. Jeg viser til informanten Knut som, tvert imot, fant målsetting som et forstyrrende element i et ellers fungerende samarbeid med tjenesteyter. Knut hadde ikke kunnskap om hva som kunne være mulig å oppnå, og dette kan være en delvis forklaring på hans negative erfaringer med å sette mål og delmål. Flere av informantene kjente på at de ikke visste hva som ville være oppnåelig for dem. Dette funnet støttes i tidligere forskning; uvisshet om fremtiden som en hemmende faktor under målsettingssamtalen (Alanko et al., 2019). Hvis de ikke vet hva som er mulig å få til, kan dette påvirke deres evne til å formulere mål for rehabiliteringen. I henhold til Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) har bruker rett til å få informasjon om egen helse og om innholdet i helsetjenester som kan gis. Slik har tjenesteyter et ansvar for å informere bruker, slik at bruker er i stand til å kunne sette seg mål. Informantene etterspør hva som er mulig å få til, og savner et tydelig svar fra tjenesteyter. Det ligger en forventning om at tjenesteyter har kunnskap om hvilket funksjonsnivå bruker er i stand til å oppnå. Når tjenesteyter gir svar som kan oppfattes som uklare, kan det gi grobunn for enda mer usikkerhet om fremtiden for bruker. I denne oppgaven forteller informantene innledningsvis blant annet at rehabilitering er tiltak for å gjenopprette funksjoner, eller så godt som. Med den forståelsen av rehabilitering, vil det være forståelig at bruker forventer at tjenesteyter har en behandling som skal fikse de funksjonene som er ødelagt. Her har igjen tjenesteyter et ansvar å gi tilstrekkelig med

informasjon til bruker, både om hva rehabilitering innebærer, men også informere bruker i de tilfellene hvor det ved stor sannsynlighet ikke er mulig å gjenopprette funksjoner i sin helhet etter skade. Når tjenesteyter er bevisst at rehabilitering ikke bare kan forstås i lys av den medisinske modellen, mener jeg det vil gagne bruker. Rehabiliteringsprosessen kan da romme mer enn fremgang i funksjon, og også handle om å akseptere situasjonen, slik Hammell (2006) skriver.

Når bruker opplever å ikke vite hva som er mulig å oppnå, er det også utfordrende å sette seg mål. Solvang (2019) omtaler spenningen som oppstår i møtet mellom brukere og tjenesteyter, når det stilles krav til at bruker er reflekterende og målrettet (s. 59). Hva skjer når bruker ikke innfrir, og ikke har en målrettet driv? I tillegg krever en målsamtale at bruker våger å være åpen og ærlig overfor tjenesteyter. Her vil brukere reagere ulikt i møte med tjenesteyter, alt ettersom de har tillit til den de snakker med. Andre er gjerne mer private, og velger å holde personlige mål for seg selv. Rehabilitering ser ut til å bygge på en forutsetning at alle brukere har et behov for å sette seg mål. Det er også kraftige føringer fra myndighetene for at det settes mål i rehabilitering.

Knut utfordrer denne selvfølgen ved å først motsette seg målsetting. Han mener at målsetting ikke vil virke inn på hans egen motivasjon for rehabilitering, og dermed har det ikke noen nytteverdi for ham. Poenget med personsentrert målsetting blir da borte, fordi å sette opp mål ikke erfares som fremmede for Knut sin medvirkning i rehabiliteringsforløpet. Knut setter til slutt opp noen mål, for å blidgjøre tjenesteyter. Da blir hensikten med målsetting en annen enn brukermedvirkning.

Solvang (2019) peker på at evidensen er uklar på om personsentrert målsetting har noen effekt på fremgang (s. 51). Målsettingen blir da stående mer som et krav fra systemverden for å kunne dokumentere måloppnåelse og effekt av tjenestetiltak fra tjenesteyter.

Tjenesteyter på sin side blir dratt i begge retninger, fordi de skal se til at bruker får medvirke i eget rehabiliteringsforløp, samtidig som de må dokumentere effekt av tiltak. Slik blir målene, og vurderingen av disse, en metode mest for ressursstyring, snarere enn metode for å fremme brukermedvirkning. Slik kan det dokumenteres at bruker har satt opp mål, og tjenesteyter kan videre dokumentere om tiltak har effekt. Tjenestene er organisert slik at tiltak må settes i system for å utløse ressurser. Dette henger sammen med den



problematikken Solvang (2019) skriver om, der en helhetlig forståelse av rehabilitering lager uklare rammer for hva rehabilitering innebærer. Det blir dermed også et problem for hvor mye midler som skal bevilges til rehabiliteringstjenestene.

I policydokumentene, nevnt innledningsvis i oppgaven, er det tydelig dreining mot brukerstyrte tjenester, og et helhetlig perspektiv. Opptrappingsplanen (Prop. 1 S (2016-2017)) førte til ekstra økonomiske midler til kommunene, men i form av frie midler. Dermed står kommunene fritt til å forvalte midlene der de ser behovet for dem. Samtidig som tjenester skal være mer brukerstyrte, er det også lagt opp til at tjenester skal være bærekraftige og ressursutløsende. Å kunne medvirke i utforming av egne tjenester innebærer ikke at brukere kan plukke og velge akkurat de tjenestene de ønsker. De må bli bevisst rammebetingelsene for innvilgelse av tjenester. Bruker må få mulighet til å ta informerte valg selv, ved at tjenesteyter informerer om vedkommende sine rettigheter og plikter. Dette krever at tjenesteyter ikke allerede har tatt valg på vegne av bruker, og dermed kun presenterer hva tjenesteyter mener er best for bruker. Tjenesteyter må våge å gi slipp på noe av styringen, slik at bruker får mulighet til å ta egne valg i rehabiliteringsforløpet. På den ene siden peker Myhra (2012) på brukermedvirkning som en implementert del av tjenesteyters praksis, og på den andre siden viser dataene i denne oppgaven at de fleste informantene ønsker å medvirke i enda større grad. Tjenesteyter må beherske den vekslingen mellom rammebetingelsene for praksis, og det behovet som bruker har.

Wyller (2011) poengterer hvordan den selvfølgelige praksisen til tjenesteyter, der det er en sterk instrumentell tendens, kan overkjøre hvordan praksisen blir erfart av bruker (s. 53). Han oppfordrer til mer kritisk refleksjon rundt hvordan tjenesteyter utøver sin praksis. Eksempelvis bruk av målsettingsverktøy som PSFS; hva skal det brukes til og hva er det godt for? Som Solvang (2019) skriver, og den finske studien (Alanko et al., 2019) konkluderer med, er pasientsentrert målsetting et godt verktøy for å fremme medvirkning i rehabiliteringsforløpet. Resultatene i denne oppgaven viser at informantene er fornøyd når de opplever å ha et godt samarbeid med tjenesteyter og en opplevelse av at de jobber mot de samme målene. Det fremstår som at informantene forteller om en implisitt enighet med tjenesteyter om at målet er å bli bedre i de funksjonene som er blitt rammet av hjerneslaget, og ikke en kartlegging hvor flere mål ble identifisert og formulert. Fordi med en gang

spørsmål om målsetting kommer opp, så beskriver ikke informantene dette som viktig i det hele tatt.

Tilbake til den erfaringen flere av informantene har om å ikke vite hva fremtiden bringer: Dette hemmer dem fra å sette realistiske mål. Sett at de får informasjon fra tjenesteyter i forkant av en målsamtale, så vil bruker kunne bli farget av hvilket perspektiv tjenesteyter har på rehabilitering. Forskning viser at slagrammede har en tendens til å velge kortsiktige, fysisk-orienterte mål (Forgea et al., 2021). Hvis tjenesteyter har en medisinsk forståelse av funksjonshemming, så kan tjenesteyter informere at mål for rehabiliteringen innebærer å sette opp fysisk rettede mål. Dette vil redusere perspektivet på hva rehabilitering egentlig innebærer. Er tjenesteyter derimot bevisst det samspillet som ICF beskriver, så kan målsettingssamtalen ta en annen retning. ICF blir trukket frem som et viktig bidrag til den relasjonelle forståelsen av funksjonshemming i rehabiliteringsfeltet (Østensjø & Sjøberg, 2012). Der er fortsatt vurdering av kroppsfunksjoner en viktig del for å forstå hvorfor mennesket ikke mestrer å utføre aktivitet, men i tillegg er det andre faktorer som også spiller inn. Det er miljømessige, personlige, medisinske og funksjonelle faktorer som påvirker utførelsen av aktiviteten i fokus (WHO, 2006). Med dette perspektivet kan tjenesteyter bidra til at bruker også får en forståelse av at funksjonshemming ikke bare er en tilstand, men også noe som oppstår i møte med miljøet rundt seg. ICF er likevel normativ, og dermed blir alt annet enn funksjonsfrisk et avvik.

Hvis perspektivet på rehabilitering og funksjonshemming dreier seg mot den sosiale modellen, vil funksjonshemming ikke bare være en tilstand, men i stor grad være noe som oppstår i møte med hindringer i miljøet og samfunnet ellers. Da er det omgivelsene som skal tilpasses og justeres, og ikke individet selv. Den sosiale modellen gir rom for – og verdsetter ulikheter hos den enkelte. En sosial forståelse av funksjonshemming kan være en ideologi som en streber etter å oppnå, for å fremme medborgerskapet til de med varige funksjonstap, men i praksis vil ikke den sosiale modellen være realistisk gjennom et helt rehabiliteringsforløp. Hammell (2006) utelater ikke den ene modellen fremfor den andre, men motiverer heller til at tjenesteyter forstår de forskjellige perspektivene og hva det gjør med opplevelsen av rehabiliteringsforløpet for bruker. I starten på et rehabiliteringsforløp er det logisk at bruker har mål om å komme tilbake dit de var før skade, og dermed setter opp fysisk-orienterte mål, som Forgea et al. (2021) kom frem til. Den medisinske forståelsen av

funksjonshemming er da produktiv, ved å rette fokus på å optimalisere funksjonene til brukeren.

Pasientsentrert målsetting kan skape et samarbeid mellom tjenesteyter og bruker hvor de jobber sammen mot brukers mål, og der bruker kan styre i hvilken retning rehabiliteringen skal gå. Da er det viktig at målene er orientert rundt hverdagen til bruker (Solvang, 2019, s. 50). Jeg kan se hvordan målsetting, hos dem med langvarig skade, kan fungere som en god start for å fremme medborgerskapet til bruker. Da tenker jeg spesielt på hvis målene retter seg mot personlig utvikling, slik Thomas et al. (2015) foreslår i deres kapittel i «Rethinking Rehabilitation: Theory and Practice». De skriver videre at målene blir formet etter hvem bruker ønsker å være i fremtiden, istedenfor å sette søkelys på det bruker ikke mestrer i dag (Thomas et al., 2015). Mål for rehabilitering kan da bli mer i retning av å finne sin identitet etter skade, istedenfor å forsøke å oppnå en norm som ICF representerer.

Informantene i denne studien trekker ikke frem personsentrert målsetting som viktig i samarbeidet med tjenesteyter. Her er heller ikke datagrunnlag til å kvalitetssikre selve målsettingssamtalene som informantene har hatt – eller ikke hatt. Hvilken intensjon ligger bak når tjenesteyter benytter et målsettingsverktøy? Hva er viktig for at bruker får eierskap til målene? Det er usikkert hvilke rammer som ble satt for selve samtalen, og om bruker var bevisst hva samtalen skulle innebære. Selv om IKART kun melder om at de utførte målsamtale ved bruk av PSFS på tre av informantene, så kan de resterende to informantene ha hatt målsamtaler både i institusjon og i hjemmet, da i regi av tjenesteyter i kommunen.

Igjen må det påpekes at målsetting er et verktøy for å blant annet fremme medvirkning hos bruker (Solvang, 2019, s. 51). For at bruker skal medvirke i utarbeidelse av mål, så forutsetter det at tjenesteyter har kunnskap om personsentrert målsetting. Den ene informanten i denne oppgaven, Tuva, erfarte at ansatte i hjemmetjenesten formulerte mål for henne, og ikke med henne. En kan da undre over hvilket verktøy de benyttet, siden det tydelig ikke viser en medvirkende praksis.

Myhra (2012) peker på at kulturen på en arbeidsplass kan ha innvirkning på brukernes grad av medvirkning (s. 72). Hvis brukermedvirkning ikke er i søkelys på arbeidsplassen, og arbeidsoppgaver blir utført uten å reflektere over praksis, så kan det hindre utvikling av brukermedvirkning (Myhra, 2012).

Målet som ble formulert var at bruker skulle gå mer, for så å bli i stand til å gå inn og ut av taxi uten personhjelp. Tuva hadde ingen eierskap til dette målet som tjenesteyter hadde satt opp for henne. Når tjenesteyter formulerer mål uten at bruker er involvert i prosessen, fremstår det ikke som formålstjenlig for bruker. Ved måloppnåelse ville dette frigjøre ressurser hos hjemmetjenesten, fordi Tuva ville da ikke ha behov for personhjelp når taxi kom. Målet virker da økonomisk motivert, fra tjenesteyters side. Tjenesteyter kan da vise til produktivitet, som igjen kan måles i færre vedtakstimer hos bruker, og ressurser fra kommunen blir spart. Det kan også tenkes at tjenesteyter ikke hadde nok kunnskap om hvordan målsetting sammen med bruker fungerer, og at tjenesteyter mente at dette var til det beste for bruker. Og her er egentlig den eneste gyldige forklaringen på hvorfor tjenesteyter satte mål uten å involvere bruker. Målet om å gå mer vil selvfølgelig gjøre livet til bruker bedre. Eller? Denne selvfølgeligheten finner jeg støtte for i Hammell (2006), som skriver at tjenesteytere feiler når de tenker at økt funksjon automatisk henger sammen med økt livskvalitet. Hvis tjenesteyter måler bruker opp mot en funksjonsfrisk, så vil tjenesteyter feile i forsøket på å «rehabiliterer» bruker til normal (Hammell, 2006). Dette kan også påvirke hvordan bruker ser på egen mestring, når vedkommende ikke når opp til forventningene om å nå tidligere funksjonsnivå.

Ved å sette opp mål for bruker, så opphøyer tjenesteyter seg til å være en som vet bedre enn bruker selv. Det blir en ovenfra og ned holdning, hvor tjenesteyter definerer problemet til bruker. Bruker er tydelig på at dette ikke var etter hennes interesse, noe som tyder på at tjenesteyter brukte sin makt til å bestemme over bruker. Bruker sin mening i denne situasjonen blir vurdert til å ikke ha samme verdi som meningen til tjenesteyter har. Det blir en form for definisjonsmakt, der tjenesteyter definerer hva som er målet for bruker.

## 5.2 Menneskemøtene som understøtter medvirkning

Her vil jeg drøfte funn sammen med teoretiske perspektiver som søker å besvare forskningsspørsmålet «Hvilke forhold er det som understøtter medvirkning?»

Resultat i denne oppgaven viser at de informantene, som ikke lenger er avhengig av tjenester i kommunen, har erfart å medvirke i rehabiliteringsforløpet. De virker fornøyd med tjenestene de har mottatt, også vedkommende som måtte etterspør tilbud fra kommunen

etter hjerneslaget. Selv om informantene kom med kritikk til områder der de enten ikke erfarte å bli hørt, så gir de inntrykk av et godt samarbeid med tjenesteyter hvor de medvirket i stor grad selv. Et forhold som da kan understøtte medvirkning, sett ut fra resultatene i denne oppgaven, er kortvarig behov for tjenester. Hvis vi snur på denne erfaringen, så er det kanskje ikke de kortvarige tjenestene i seg selv som understøtter medvirkning. Det kan ha sammenheng med at disse informantene ikke hadde så omfattende utfall etter hjerneslag. De ser tilbake på et tilbakelagt kapittel, hvor tjenesteyter har bidratt i samarbeid med dem i starten på rehabiliteringsforløpet, og de står nå på egne bein og har hele kontrollen over det videre forløpet selv.

De av informantene som fortsatt er avhengige av tjenester i kommunens regi, derimot, tegner et noe annet bilde. Informantene i studien til Tholin og Forsberg (2014) opplyste at medvirkning i pleie var mangelfull og de var avhengige av pleiepersonellens meninger. I første omgang handler ikke dette om rehabilitering, men det funnet samsvarer med funn i min oppgave for de informantene som har langvarige behov for tjenester. Merk at jeg benytter ordet langvarig istedenfor varig, da jeg ikke er i posisjon til å vurdere om behovet til informantene vil vare livet ut. Informantene er klare i talen om at de fortsatt er i rehabilitering, og dermed vil samarbeidet som foregår mellom bruker og tjenesteyter fra mer tradisjonell pleie- og omsorgstjeneste også være hensiktsmessig å inkludere i brukers rehabiliteringsforløp. Rehabilitering er ikke lenger en tidsavgrenset innsats, verken i forskriften eller i opptrappingsplanen (Forskrift om habilitering og rehabilitering, 2012; Prop. 1 S (2016-2017)).

Kommunen er forpliktet til å følge opp lovverk og krav fra myndighetene, og må derfor ta på alvor det stadig økende behovet for langvarige rehabiliteringstjenester. Resultat i denne oppgaven viser at de med langvarige behov for tjenester, erfarer å bli nedprioritert. Dette resultatet støttes av rapport fra Rambøll Managing Consultant (2014), som viser til utfordringene med å innfri behovet, og peker på mangelfulle tilbud til de med langvarige behov for rehabilitering.

Sunnaas Sykehus HF har koordinert et samarbeid med en rekke brukerorganisasjoner, fagorganisasjoner og fagmiljøer for å utvikle et dokument hvor de krever en rehabiliteringsreform i Norge (2021). De trekker frem behovet for rehabilitering i

helsetjenesten, og nedbygging av tilbud i sykehus har ikke blitt tilsvarende bygget opp i kommunene (Sunnaas sykehus HF, 2021). Dette krever en innsats også i de tradisjonelle pleie- og omsorgstjenestene, og det er behov for at tjenestene blir organisert annerledes for å møte de utfordringene dokumentet til Sunnaas (2021), og rapporten fra Rambøll Managing Consultant (2014), trekker frem.

Resultatene i denne oppgaven viser at informantene har erfaring med rehabilitering hvor tjenesteyter er med på å trene og øve på ferdigheter for å oppnå forbedring, altså optimalisere funksjoner hos bruker. Erfaringene de har gjort seg siden starten på rehabiliteringsforløpet har formet deres forståelse av rehabilitering. Informantene forteller om hvordan de har tatt ansvar videre i forløpet med å utfordre seg selv i hverdagen. En kjøpte seg hund, en kommer seg daglig ut på tur, noen blir utfordret på jobb og en kjenner på mestring av å komme seg på butikken når en selv vil. Dette viser en endring i forståelsen av funksjonshemming og rehabilitering, når funksjonsnedsettelse blir langvarige.

De målene brukeren setter i starten på et rehabiliteringsforløp er preget av en medisinsk forståelse, og rehabilitering og tid bidrar til at brukeren blir sterkere og bedre. Når det ikke lenger er mulig å oppnå de store endringene i funksjon, så beskriver informantene en videre forståelse av rehabilitering hvor formålet er å kunne leve et godt liv. Den ene informanten, Leif, beskriver rehabilitering som ikke bare en metode for å fikse det som er ødelagt av hjerneslaget, men også en prosess for å tilpasse seg sin nye livssituasjon. Rehabilitering blir da et begrep som favner om så mye mer enn den fysiske opptreningen, og kan sammenlignes med Hammell sin definisjon på rehabilitering. Rehabilitering er da en prosess for å forbedre velvære og oppnå et meningsfullt liv etter skade (Hammell, 2006). Opptrening av fysiske nedsettelse er fortsatt viktige, men ikke dekkende tiltak for rehabilitering (Thomas et al., 2015, s. 48).

De informantene som ikke mottar tjenester lengre, har kun sin egen forståelse av hva det gode liv innebærer å forholde seg til. De informantene som er avhengige av personhjelp i hverdagen kan oppleve at tjenesteyter også har en mening om hva et godt liv er. De kan ha ulike meninger, og det blir en kamp om hvem som har definisjonsmakten også her. Tuva erfarer at saksbehandler sin definisjon på et godt liv for Tuva er et visst antall vedtakstimer, selv om Tuva forteller til saksbehandler at hun ikke er fornøyd. Hun opplever at hennes

omsorgsbehov ikke blir dekket, og erfarer tjenestene som fragmenterte. Dette blir et brudd på hennes rettigheter og medborgerskap. Lid (2017a) skriver at fundamentale behov er en forutsetning for medborgerskap, og at behov som ikke blir dekket kan hindre muligheter for deltakelse.

Rehabilitering skal ta utgangspunkt i brukers mål (Forskrift om habilitering og rehabilitering, 2012). Dermed er pasientsentrert målsetting sentralt i et rehabiliteringsforløp. I studien «Barriers and Facilitators to Engagement in Rehabilitation Among Stroke Survivors» blir pasientsentrert målsetting trukket frem som en fremmede faktor for brukermedvirkning (Forgea et al., 2021). Dette støttes også i annen forskning (Alanko et al., 2019; Sugavanam et al., 2013). Til sammenligning blir ikke målsettingssamtalen trukket frem som en medvirkende faktor i denne studien, men målsetting har heller ikke hatt motsatt effekt. Den informanten som fremsto mest kritisk til målsetting forsto også at målsetting skulle brukes som et middel for å fremme medvirkning, men han erfarte å få medvirke i tilstrekkelig grad uten å spesifisere mål og delmål. Om ikke selve målsettingen har vært av stor verdi hos informantene, så trekker flere frem et godt samarbeid med tjenesteyter som viktig for rehabiliteringsforløpet. Resultatene i denne oppgaven viser at informantene satte pris på å ha noen å dele erfaringer med, som kunne bidra med informasjon, støtte og hjelpe til med å mestre hverdagen igjen.

Opplevelsen av tilgang til informasjon understøtter brukermedvirkning. Informanten, Leif, søkte etter noen som kunne gi ham svar. Han fikk noen til å «sparre» med, hvor han opplevde et likeverdig samarbeid med felles mål. Lid (2017a) beskriver medborgerskap som en relasjonell tilstand, som ikke kan oppnås alene. Det er i møte med den andre at du blir anerkjent som medborger i samfunnet. Når Leif her forteller om den støtten det har vært å ha en «sparrepartner» erfarte han å bli anerkjent med sine meninger, ha et likeverdig samarbeid med tjenesteyter og var deltakende i hele forløpet. Halsaa og Hellum (2010) viser også til at det er viktig for bruker å bli anerkjent som meningsberettiget, slik at fordeling av tjenester oppleves som rettferdig (s. 16). Det er i hovedsak menneskemøtene som trekkes frem av Leif og de andre informantene. Dette bekreftes også av Hammell (2015) som viser til studier der de mellommenneskelige kvalitetene hos tjenesteyter er viktigere enn de faglige kvalitetene (French, 2004, i Hammell, 2015, s.49).

Når informantene trekker frem gode erfaringer med tjenesteyter, så har tjenesteyter møtt dem med respekt og tatt dem på alvor. De har blitt anerkjent og erfart at tjenesteyter har hensikt om å hjelpe dem. Informantene er i en sårbar situasjon og er avhengig av hjelp fra den andre part. I lys av rettferdighetsteori er det behov for at tjenesteyter er klar over denne maktubalansen hvor bruker er avhengig av hjelp fra tjenesteyter, og er villig til å fordele makten slik at posisjonen til bruker blir styrket. Synspedagogen til Eva gjør enkle, men viktige, grep for at bruker skal føle seg ivaretatt og sett. Ved å doble tiden som er avsatt til henne, gir det rom for at synspedagogen og bruker kan bli bedre kjent, og synspedagogen har tatt behovene til bruker på alvor. Her bruker synspedagogen sin makt til å fremme brukers behov. Bruker erfarer å bli møtt med respekt og blir anerkjent som et menneske med sine behov og ønsker.

I lys av de menneskelige funksjonsbetingelsene som ligger i kapabilitetstilnærmingen til Nussbaum, er en rettferdig fordeling ikke det samme som en lik fordeling. Nussbaum krever at myndighetene «fremmer positiv frihet gjennom ulike former for forskjellsbehandling» (Halsaa & Hellum, 2010, s. 18) Brukere skal bli forskjellsbehandlet ut fra hvilke ressurser de innehar, og på den måten oppnå samme mulighet for deltakelse. Synspedagogen forsto hvor krevende det var for Eva å bli fraktet til og fra timen de hadde til rådighet, så for at Eva skulle nyttiggjøre seg tiden med synspedagog var det behov for å gi henne mer tid enn standard vedtak. Denne forskjellsbehandlingen var alt som skulle til for at Eva følte seg ivaretatt, og det ble starten på en positiv relasjon i Eva sitt rehabiliteringsforløp. Synspedagogen så Eva, og tilpasset tjenesten etter hennes behov.

Thuesen og Neidel (2019) refererer til personsentrert rehabilitering, som innebærer å rette oppmerksomheten mot brukers subjektive erfaringer, følelser og livshistorie (s. 199). Tjenestene organiseres da som skreddersydde tiltak til den enkelte, og tjenesteyter skal med sin kunnskap og erfaring bidra med å korrigere og understøtte det bruker mener og vil (Thuesen & Neidel, 2019, s. 199). Noen av erfaringene til informantene i denne oppgaven tyder på at denne måten å organisere tjenester på er mer unntaket enn regelen. En mer gjeldende praksis er at tjenester allerede er formulert i vedtak, og så kan vedtakene ettertilpasses hver enkelt bruker. Rammebetingelsene setter begrensninger, og dette blir tydeliggjort når behovet for tjenester er langvarig. Organiseringen av tradisjonelle hjemmetjenester gir ikke nok rom for å bygge relasjoner med tjenesteyter, og fremstår mer



oppgaveorientert enn personsentrert. Dette gjenspeiler seg også i erfaringene informanten hadde med hjemmesykepleien: «...mentalt så har de jo GÅTT før de har kommet inn døra...».

En av rammebetingelsene som peker seg ut i resultatet, er tid. Når synspedagogen doblet timen med Eva, så ga det rom for å skape god relasjon til hverandre. Det ble også muligheter for at Eva kunne medvirke mer i hvordan timen skulle utformes. Hun kunne ta en pause når det var behov for det, og det lå ikke lenger press på å få utført mest mulig på kortest mulig tid.

Hvordan relasjoner til tjenesteyter påvirker erfaringene til brukere, er undervurdert. Informantene får gjerne tjenestene de har rett på, men i flere tilfeller nevner informantene at de ulike tjenesteyterne ble skiftet ut. Den relasjonen som da var blitt bygget opp over tid ble med en gang brutt når ny tjenesteyter kom inn. Spesielt blir pleiere og assistenter i institusjon og hjemmesykepleien trukket frem som en forstyrrende faktor i rehabiliteringen. Hver enkelt person var ikke en forstyrrende faktor i seg selv, men det ble erfart som forstyrrende at de stadig måtte hilse på nye personer, og måtte bruke tid på å bli kjent med nye.

En enkelt bruker vil i liten grad kunne påvirke hvordan en institusjon er organisert. Medvirkning på organisatorisk plan kan da heller forekomme gjennom representasjon i brukerråd i kommunene, og eller samarbeid med ulike brukerorganisasjoner. Brukerorganisasjoner har større innflytelse og blir nevnt oftere i politiske dokumenter, de inviteres til evaluering og utarbeidelse av planer for helse- og omsorgstjenester. Å styrke organisasjoners posisjon ved å invitere og anerkjenne den kunnskapen og erfaringen de besitter, vil fremme medborgerskapspraksis.

Informanten, Eva, stilte krav om grunnleggende høflighet hos de ansatte, men kunne ikke påvirke det høye antallet personer som arbeidet ved rehabiliteringsavdelingen hun var innlagt på. Det som er spennende her er hvordan Eva «tok rommet» og satte krav til de som entret hennes værelse. Dette står i stil med hvordan Lid beskriver rom som inkluderende og ekskluderende (Lid, 2017b). Eva var på en avdeling der hun måtte forholde seg til de krav og rutiner som var gjeldende der, men mestret å ta eierskap til eget rom ved å sette noen krav fra egen side.

De forholdene som understøtter medvirkning, kan med fordel drøftes i lys av medborgerskap. Gjennom et medborgerskapsperspektiv er alle fullt medlem av samfunnet, og det forutsettes at alle har plikter og like muligheter til å utøve sine rettigheter (Marshall, 2009). Der informantene erfarer å ha et likeverdig samarbeid med tjenesteyter, er det i relasjon med tjenesteyter at informantene erfarer å bli anerkjent som en medborger.

En betingelse for brukers medborgerskap er at tjenesteyter fremmer brukermedvirkning i sin praksis. Resultatet i denne oppgaven trekker frem personlige egenskaper hos tjenesteyter som en medvirkende faktor. Dette støttes av tidligere litteraturstudier (Forgea et al., 2021; MacDonald et al., 2013). Flere av informantene beskriver menneskemøter der de erfarer å være likestilte til tjenesteyter, og opplever å ha god relasjon til tjenesteyter. På den andre siden er det ikke utelukkende tjenesteypers personlige egenskaper som er en medvirkende faktor. Når bruker selv tar sin plass, sier nei eller setter krav, slik Eva gjorde, så fungerer dette også som en medvirkende faktor. Når det er rom for at bruker får komme med sine meninger og sette krav, så bidrar dette til å realisere medborgerskapet til bruker.

### 5.3 En kamp mot tid og ressurser

Her vil jeg drøfte funn sammen med teoretiske perspektiver som søker å besvare forskningsspørsmålet «Hva skjer med medvirkningen fra bruker kom til kommunen og den videre prosessen?»

Ut fra de erfaringene informantene kommer med, som fortsatt har behov for tjenester, så stanger de litt mot et system som hele tiden evaluerer tjenestebehovet. De sitter med en følelse av avmakt og opplever lite eierskap til eget rehabiliteringsforløp når behovet for tjenester blir langvarig. Dette er i motsetning til formålet i forskrift om habilitering og rehabilitering (2012), hvor det står skrevet at bruker skal medvirke i forløpet.

Primærhelsemeldingen (Meld. St. 26 (2014-2015)) viste til nettopp denne utfordringen, at det er særlig viktig at brukermedvirkning blir tatt på alvor i alle ledd når brukeren har kroniske lidelser (s. 123).

Tidligere var rehabilitering definert som en tidsavgrenset innsats, og dermed skulle slike tjenester avsluttes. De informantene med behov for langvarig oppfølging og hjelp i

hverdagen erfarer at kommunen fortsatt setter rehabilitering som en tidsavgrenset innsats, og må til stadighet «kjempe» om tjenester de mener selv er nødvendige for videre rehabilitering. Det fremtrer ikke som gjeldende praksis hos saksbehandler at rehabilitering kan være en langvarig tjeneste. Det helhetlige perspektivet erfares ikke i de ulike tjenestene som innvilges, men kommer mer frem i lyset hvis bruker møter en tjenesteyter som de samarbeider godt med. Dermed blir det personavhengig om tjenestene fremstår som helhetlige for bruker. Disse resultatene kan ses i sammenheng med utfordringene som trekkes frem i flere policydokumenter om fragmenterte tjenester. Det pekes på store utfordringer i samhandling mellom tjenestenivåer, mellom ulike tjenestetilbud og med den enkelte bruker (Sunnaas sykehus HF, 2021). Det er ønsket om en rehabiliteringsreform for å se på rehabilitering som innlemmet i hele pasientforløpet, samtidig som det meldes behov for styringsdata for å vurdere effekt og kvalitet (Sunnaas sykehus HF, 2021).

Resultater i denne oppgaven viser til at informantene ønsker kompetente tjenesteytere som de kan bygge relasjoner med og være likeverdig samarbeidspartner med. I møte med saksbehandler og andre tjenesteytere vil bruker erfare den systemverdenen tjenesteyter arbeider i. De situasjonene hvor informantene erfarer å medvirke i eget rehabiliteringsforløp, er når tjenesteyter mestrer å legge fagspråk og rutiner til side og se mennesket foran seg. Når fysioterapeuten til ene informanten tok en koordinerende rolle i forløpet, erfarte informant det som sømfritt. Tjenesteyter er pliktig til å dokumentere sitt arbeid, og kan her ha mestret en fin balanse ved å bruke dagligdags tale i møte med bruker, og omformulert det til fagspråk og dokumentert konkrete tiltak i journal. Det krever kompetanse hos tjenesteyter å kunne skille mellom livsverdenen til bruker, og den systemverdenen vedkommende jobber i.

Rehabilitering handler om å gjenvinne et meningsfullt liv etter hjerneslaget (Hammell, 2015). Dette stemmer overens med helse- og omsorgstjenesteloven (2012) som pålegger kommunen å forvalte forsvarlige helsetjenester til sine innbyggere og fremme muligheten for en meningsfull hverdag. I kommunene skal tjenester og ressurser fordeles rettferdig og ut fra behov, men kommunene har ikke et system for å vurdere om innbyggerne har en meningsfull hverdag.

Resultat i denne oppgaven viser at økt antall vedtakstimer ikke nødvendigvis betyr at vedkommende får en mer meningsfull hverdag. I motsatt fall kan det stadig økende antallet tjenester og vedtakstimer føre til at hverdagen erfares som mindre meningsfull. Det blir flere tjenesteytere å forholde seg til, og ikke organisert for relasjonsbygging. Det er på individnivå en kan få informasjon om vedtak og tjenester fungerer for den enkelte, men effekt skal dokumenteres og jo mer medisinsk ordlyden er, jo enklere er det å forstå ressursstyringen på systemnivå. Hammell kritiserer hvordan standardiserte evalueringer benyttes av tjenesteyter for å vise bedring, og dermed kunne justere ned eller avslutte tjenester (2015, s. 55). Dette finner jeg støtte for i mine resultater hvor flere av informantene erfarer å ikke få gjennomslag i tjenestebehov. Hvordan er egentlig tjenesteyter i stand til å evaluere når det ikke er tjenesteyter som gjennomlever utfallet av evalueringen? Som informanten, Tuva, uttaler: «Det er faktisk livet mitt du snakker om!».

Statlige føringer peker på brukermedvirkning ikke bare som et krav for bedre livskvalitet hos den enkelte, men også for å skape bærekraftige tjenester. Det er økende behov for helsepersonell i fremtiden, og ideologier om personsentrerte tjenester og medborgerskap blir virkemidler for å rettferdiggjøre et større ansvar over på bruker. Wyller (2011) henviser til moralfilosofen Alasdair MacIntyre (1981) som sier at det gode liv kan realiseres gjennom de mulighetene som finnes i ens liv. Når Tuva opplever å ikke bli hørt, er det også en opplevelse av at hun blir fratatt muligheter for å realisere et godt liv. Det er muligheter som ikke blir gjort tilgjengelige for henne, fordi tjenesteyter vurderer at det ikke er et behov.

Tuva er en av informantene som er totalt avhengig av kommunens tjenester, og her er det tydelig flere hindringer for at hun skal oppleve å få medvirke i eget forløp. Hun er i en fase hvor hun selv opplever behov for rehabilitering, men tjenestene i kommunen er opptatt av å dekke et basalt behov. Hun krever fra kommunen at hun skal bli dekket sosialt og psykisk, men erfarer at hun kun får dekket det medisinske. Antall timer er det ikke noe å si på, og hun har fritidskontakt, psykisk helsehjelp, ukentlig følge til butikken og går ukentlig på dagsenter. Det er mange tilbud, og så er hun fortsatt ikke fornøyd. Hvorfor er hun ikke fornøyd? Jo, fordi det ikke fremstår som en helhet for henne. Det kommer i bruddstykker, og hele livet hennes baseres på tilmålt tid til enhver aktivitet. Hun savner fleksibilitet og følelsen av frihet, som hun erfarte da hun hadde BPA.

De sporadiske luftturene som hjemmetjenesten tilbyr, er lyse avbrekk i en rutinepreget hverdag for bruker. Luftturene kan tolkes som en god gjerning fra tjenesteyters side, men dette reiser spørsmål om de handler imot det som er blitt innvilget av saksbehandler. Er de der for samvittighetens skyld, med visshet om at tjenestene Tuva har ikke er dekkende for hennes behov? Tuva får ikke følelsen av frihet når hun er avhengig av tilfeldige stunder tjenesteyter er ledig og villig til å gå tur. Hun er prisgitt den ekstra tiden de har.

En av betingelsene i kapabilitetstilnærmingen til Nussbaum er «kroppslig integritet», og handler om at hvert menneske skal ha mulighet til å bevege seg fritt dit det vil. Tuva kan ikke bevege seg dit hun vil, og når hun vil. På denne måten undergraver tjenesteyter brukers ønske om å leve et fullverdig liv.

Den ene informanten forteller at han ble søkt ufør av fastlegen sin. Det som kan diskuteres er måten han erfarer å bli søkt ufør på. Det korte besøket han hadde på arbeidsavklaring kan vise en mangel på kommunikasjon mellom fastlege og NAV. Det var Oddvar selv som informerte arbeidsavklaringen at han ble søkt ufør av fastlegen, og dette ble et endelig punktum for hans jobbkarriere. Han ønsker å komme tilbake i arbeidslivet, men innfrir ikke lenger de rammebetingelsene som er satt for ordinært arbeid. Lege har vurdert at det ikke er forsvarlig at han går i arbeid, men det kan likevel stilles spørsmål til om Oddvar kunne vært mer medvirkende i avgjørelsen om å bli søkt ufør.

Samfunnsoppdraget til NAV er å «fremme overgang til arbeid og aktivitet» og skape et inkluderende arbeidsliv (Arbeids- og velferdsforvaltningen, 2023). Det inkluderende arbeidslivet kan bare romme dem som innfrir rammebetingelsene. Kommunen er forpliktet til å fremme muligheten for en meningsfull hverdag (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2012). For Oddvar var jobben livet, og nå står han uten jobb. Oddvar ble søkt ufør av sin lege, og kan ikke lenger søke arbeid på lik linje med andre. Dette blir et brudd på Nussbaum sin betingelse «innflytelse på eget miljø», som blant annet innebærer retten til å søke arbeid.

Dette gir litt samme bilde som Hanisch (2014) kritiserer ICF for å være; der funksjonshemmet blir dikotomisk til funksjonsfrisk. I Oddvar sitt tilfelle har han gått fra arbeidsfør til arbeidsufør, og ikke noe rom for en mellomting. Ut fra det Oddvar beskriver, var det ikke mulighet for å avklare restarbeidsevne på arbeidsavklaring. Dette samsvarer med at flertallet

av de i Norge som mottar full uføretrygd har restarbeidsevne, men er ikke i arbeid fordi det er mangel på tilrettelagte arbeidsplasser (Bruusgaard, 2017).

I lys av samhandlingsteori vil ansvaret for å oppnå et godt samarbeid mellom tjenesteyter og bruker være lagt på begge parter, og ikke bare på tjenesteyter. På den annen side, vil det i lys av rettferdighetsteori, være tjenesteyter som har ansvar for å legge til rette for at bruker kan delta i størst mulig grad, til tross for ulikhet i ressurser og forutsetninger hos bruker. Det handler om å omfordele makten til bruker for å muliggjøre deltakelse. Forutsetningen for samarbeid er likeverdighet. Det kan stilles spørsmål til om et likeverdig samarbeid, der den ene parten er klart avhengig av hjelp fra den andre parten, er oppnåelig. Den asymmetriske maktfordelingen er synlig, og her vil det være opp til tjenesteyter som må være bevisst sin posisjon og kunne ha evne til å omfordele makten vedkommende sitter med. Ellers kan bruker erfare å ikke bli involvert og ikke bli tatt på alvor.

Samarbeidsmøtet, hvor Eva erfarte at partene hadde snakket sammen på forhånd og hun ble hentet at taxi før møtet var ferdig, viser et samarbeid som ikke er basert på likeverdighet. Hun blir ikke anerkjent med egne meninger om sitt eget liv, og hennes meninger blir vurdert til å ha mindre verdi enn tjenesteyters meninger. Eva blir delvis ekskludert fra et samarbeidsmøte hun selv forteller å ha tatt initiativ til. Hvordan kan denne ekskluderingen forsvares på noen måte?

Tjenesteyter begår et lovbrudd når de ikke aktivt fremmer medvirkning hos bruker, men velger heller å holde igjen informasjon og ekskludere bruker fra deler av møtet som Tuva selv har initiert til. Tuva opplever at tjenesteytere «allierer» seg om en felles plan for å få henne til å takke ja til omsorgsbolig. Det skaper en kamp med Tuva på den ene siden, og tjenesteytere samlet på andre siden. Dette står i kontrast til at tjenesteyter er pliktig å fremme medvirkning hos bruker, og la bruker medvirke i avgjørelser som omhandler livet hennes. «Det er de andre som gjennom sin anerkjennelse av meg, bekrefter meg som et likeverdig vesen med verdighet og rettigheter» (Waage i Myhra 2012). Tuva erfarer å ikke bli anerkjent som en likeverdig part i samarbeidet.

Noen av informantene har en relasjon med saksbehandler som er preget av konflikt og mistillit. Dette dominerer samarbeidet i en negativ retning. Det skaper et «oss mot dem», og hemmer opplevelsen av å kunne medvirke. Bruker mister tillit til systemet gjennom dårlige

menneskemøter. Noen av informantene har opplevd å bli sammenlignet med andre brukere, for at saksbehandler skal kunne innvilge rettferdige tjenester, og slik har bruker blitt redusert fra å være et menneske til å være den diagnosen som står i journal. Et resultat i oppgaven er at informantene krever å bli tatt på alvor, og at saksbehandler og andre fagpersoner må bruke skjønn i møte med bruker. De ønsker å bli sett som et individ med ønsker og behov.

Tjenesteyter står i relasjon til både bruker og myndighetene, med forpliktelser overfor begge. Tjenesteyter skal sikre effektivitet og likebehandling, og har samtidig autonomi til å ta faglige vurderinger. Velferdssystemet i Norge er rettighetsbasert og tildeling av tjenester er upersonlig (Solvang, 2019, s. 33). Resultat i denne oppgaven tilsier at brukerne ønsker en mer personalisert tilnærming, men spørsmålet er om kommunen er i stand til å innfri det ønsket. Solvang (2019) skriver at det personlige blir gjort saklig for å oppnå en rettferdig fordeling av tjenester i samfunnet (s. 33). Han fortsetter med at i motsatt fall, hvor det blir tatt mange personlige hensyn, kan det stilles spørsmål til systemets upartiskhet (Solvang, 2019, s. 33). Paradokset er at når fordeling av tjenester er upersonlig og saklig, så erfarer enkeltbrukere fordelingen som urettferdig. Eksempelvis der informanten forteller om en saksbehandler som har diskutert med sine kolleger og sammenlignet tjenestene bruker mottar opp mot andre brukere i lignende situasjoner, og fattet vedtak på reduksjon av antall BPA-timer uten å diskutere det med bruker. Saken er behandlet, og personen det gjelder er ikke involvert i prosessen. Bruker erfarer å bli nedprioritert, istedenfor å bli anerkjent som en medborger. Det virker til å ligge en forventning fra saksbehandler at bruker blir mer selvstendig med tiden, og derfor kan antallet vedtakstimer nedjusteres.

## 6 Avslutning

### 6.1 Tilbake til problemstillingen

I dette avsluttende kapittelet trekkes hovedfunn i studien frem. Formålet med studien har vært å få frem personers erfaringer med å medvirke i rehabiliteringsforløpet etter de ble rammet av hjerneslag. Problemstillingen jeg stilte er: Hvordan erfarer brukere å medvirke i eget rehabiliteringsforløp i samarbeid med tjenesteyter i kommunen?

Kvalitativ metode ble benyttet, og semistrukturert intervju ble gjennomført med fem personer som har vært rammet av hjerneslag. Datamateriale ble analysert med temaanalyse, og jeg har forsøkt å få frem de funnene som representerer de fem personenes unike erfaringer med rehabilitering og medvirkning i kommunen. I kapittel fem har jeg forsøkt å diskutere resultatene opp mot relevant teori og forskning.

## 6.2 Hovedresultater

Funn i denne oppgaven synliggjør noen områder som informantene erfarer som fremmende og hemmende for egen medvirkning.

Resultatene i denne studien tyder på at informantene har erfaringer med å medvirke i eget rehabiliteringsforløp, men også erfaringer med å ikke få medvirke. De trekker frem gode relasjoner med tjenesteyter og opplevelse av samarbeid mot felles mål som faktorer hvor medvirkning fremmes.

Et annet fremtredende funn er behovet for å få nok informasjon. Det handler både om informasjon om egen helsetilstand, om ulike tilbud som kommunen har, men også om hva som er mulig å oppnå av funksjon og deltakelse etter hjerneslaget.

Tanker rundt det å sette mål i samarbeid med tjenesteyter var enten glemt, ikke gjennomført eller ikke vurdert som avgjørende for medvirkning i rehabiliteringsforløpet som helhet. Dette stikker seg litt frem som et avvikende funn sammenlignet med tidligere forskning om personsentrert målsetting. Forklaringen på hvorfor målsetting ikke erfares som en medvirkende faktor henger sammen med erfaring med å få for lite informasjon. Det var vanskelig å sette opp realistiske mål når en ikke visste hva som var mulig å oppnå.

Informantene trekker frem tjenesteytere som har fremmet brukermedvirkning i forløpet, og flere av informantene har uttrykt hvordan de selv har krevd å få medvirke i forløpet. I relasjonen med tjenesteyter er det dermed ikke utelukkende tjenesteyter som har gitt mulighet til informantene om å medvirke i forløpet. Flere av informantene har tatt en aktiv rolle selv for å kunne medvirke, gjennom å stille spørsmål til tjenesteyters praksis, stille krav til tjenesteyter og avslå tjenester fra kommunen.



Når funksjonsnivået er langvarig, erfarer informantene at det ikke er like lett å medvirke i tjenestetilbudet og tid blir et knapphetsgode. Det er personavhengig om samarbeidet har fungert, og vonde enkelthendelser med tjenesteytere har satt spor som lager en form for «oss mot dem»-tankegang.

De med langvarige behov for tjenester erfarer stadige påminnelser om at de ikke styrer livet sitt selv, og de må passe inn i de rammene for vedtak kommunen har satt. Det erfares som en påkjenning å være avhengig av hjelp, og en følelse av å være en salderingspost for kommunen.

Forventninger til egen fritid og frihet når tjenester vedvarer blir ikke alltid innfridd i form av tjenester. Organiseringen av kommunale tjenester er ikke lagt opp til et så fleksibelt tilbud, og tjenester har startdato og sluttdato. De skal passe inn i en kalender og det er ikke rom for spontanitet fra brukers side. En kontrast til dette er BPA-ordningen, som blir beskrevet med større frihet, fleksibilitet og erfares mer brukerstyrt enn tradisjonelle hjemmebaserte tjenester.

### 6.3 Veien videre

Oppgavens hensikt var å få belyst noen av erfaringene som yngre voksne rammet av hjerneslag har med brukermedvirkning og samarbeid med tjenesteytere i sin kommune.

Det vil være nødvendig og interessant å forske videre på fremmende og hemmende faktorer for medvirkning i rehabiliteringsforløpet. Vil noen av funnene i denne oppgaven være gjeldende også ved forskning av en større gruppe personer? Funnet om at målsetting ikke hadde stort betydning for medvirkning i denne oppgaven, kan tyde på behov for å utforske mer rundt hvordan målsetting blir utført.

Hvilke organisatoriske grep på kommunalt nivå kan bidra til å fremme medborgerskap for personer med behov for langvarig rehabilitering? Hvordan blir rehabilitering i praksis når linjene mellom det og de tradisjonelle helse- og omsorgstjenestene viskes ut, og hvordan kan dette organiseres på en bærekraftig måte?

Er det mulig at tjenester i kommunen blir omorganisert til å innfri de statlige føringene om helhetlig perspektiv med bruker i sentrum, slik også brukere ønsker det?

## Litteraturliste

- Alanko, T., Karhula, M., Kröger, T., Piirainen, A. & Nikander, R. (2019). Rehabilitees perspective on goal setting in rehabilitation – a phenomenological approach. *Disability & Rehabilitation*, 41(19), 2280-2288.  
<https://doi.org/10.1080/09638288.2018.1463398>
- Arbeids- og veldferdsforvaltningen. (2023, 3.mars 2023). *Hva er NAV?* NAV.  
<https://www.nav.no/hva-er-nav>
- Borg, T. & Brandt, Å. (2007). Forskningsbaseret ergoterapi. I T. Borg, U. Runge, T. Jytte, Å. Brandt & A. J. Madsen (Red.), *Basisbog i ergoterapi : aktivitet og deltagelse i hverdagslivet* (3. udg. utg., s. 717-753). Munksgaard.
- Braun, V. & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Bright, F. A. S., Kayes, N. M., Worrall, L. & McPherson, K. M. (2015). A conceptual review of engagement in healthcare and rehabilitation. *Disabil Rehabil*, 37(8), 643-654.  
<https://doi.org/10.3109/09638288.2014.933899>
- Bruusgaard, D. (2017, 22. januar 2017). Restarbeidsevne. I E. Bolstad (Red.), *Store Norske Leksikon*. <https://snl.no/restarbeidsevne>
- De nasjonale forskningsetiske komiteene. (2014). *Generelle forskningsetiske retningslinjer*.  
<https://www.forskningsetikk.no/retningslinjer/generelle/>
- Den Nasjonale forskningsetiske komité for samfunnsvitenskap og humaniora. (2022). *Forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap og humaniora* (5. utg.). NESH.  
<https://www.forskningsetikk.no/globalassets/dokumenter/4-publikasjoner-som-pdf/forskningsetiske-retningslinjer-for-samfunnsvitenskap-og-humaniora.pdf>
- Eggen, T. K. L. B., Tveter, A. T., Ihle-Hansen, H., Rosseland, I. H., Bø, E. & Brovold, T. (2022). Pasientspesifikk funksjonsskala hos pasienter med akutt hjerneslag. En prospektiv kohortstude. *Fysioterapeuten*, 2022(3), 42-47.  
<https://www.fysioterapeuten.no/fagfelleverdert-funksjon-funksjonsevne/pasientspesifikk-funksjonsskala-hos-pasienter-med-akutt-hjerneslag-en-prospektiv-kohortstudie/138998>
- Evensen, J., Soberg, H. L., Sveen, U., Hestad, K. A. & Bronken, B. A. (2020). The Applicability of the Patient-Specific Functional Scale (PSFS) in Rehabilitation for Patients with Acquired Brain Injury (ABI) - A Cohort Study. *J Multidiscip Healthc*, 13, 1121-1132.  
<https://doi.org/10.2147/JMDH.S259151>
- Feiring, M. (2013). "Rehabilitering - bygger på evne til samhandling": Et historisk blikk på forholdet mellom velferdspolitik og kunnskapspraksis. I A. Tjora & L. Melby (Red.), *Samhandling for helse* (s. 81-104). Gyldendal akademisk.

- Fjærtoft, H., Skogseth-Stephani, R., Indredavik, B., Bjerkvik, T. F. & Varmdal, T. (2020). *Årsrapport 2020 Norsk Hjerneslagregister*.  
<https://www.kvalitetsregistre.no/sites/default/files/2021-06/Hjerneslagregisteret%20%C3%85rsrapport%202020.pdf>
- Fjærtoft, H., Skogseth-Stephani, R., Indredavik, B., Krokan, T. G., Bjerkvik, T. F., Halle, K. K. & Varmdal, T. (2021). *Årsrapport for 2021 Norsk hjerneslagregister*.  
<https://www.kvalitetsregistre.no/sites/default/files/2022-06/%C3%85rsrapport%202021%20Norsk%20hjerneslagregister.pdf>
- Folkehelseinstituttet. (2022, 4 oktober 2022). *Forekomst av hjerte- og karsykdommer i 2021*. Folkehelseinstituttet. Hentet 15 april fra <https://www.fhi.no/hn/helseregistre-og-registre/hjertekar/forekomst-av-hjerte--og-karsykdommer-i-2021/#hjerneslag-2021>
- Forgea, M. C., Lyons, A. G. & Lorenz, R. A. (2021). Barriers and Facilitators to Engagement in Rehabilitation Among Stroke Survivors. *Rehabilitation nursing*, 46(6), 340-347.  
<https://doi.org/10.1097/RNJ.0000000000000340>
- Forskrift om habilitering og rehabilitering. (2012). *Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator* (FOR-2011-12-16-1256). Helse- og omsorgsdepartementet. <https://lovdata.no/forskrift/2011-12-16-1256>
- Halsaa, B. & Hellum, A. (2010). Rettferdighet : en dyd av nødvendighet. I B. Halsaa & A. Hellum (Red.), *Rettferdighet* (s. 5-49). Universitetsforlaget.
- Hammell, K. W. (2006). *Perspectives on disability & rehabilitation : contesting assumptions ; challenging practice*. Churchill Livingstone/Elsevier.
- Hammell, K. W. (2015). Rethinking rehabilitation's assumptions: Challenging "thinking-as-usual" and envisioning a relevant future. I *Rethinking rehabilitation* (s. 45-68).  
<https://doi.org/10.1201/b18118>
- Hanisch, H. (2014). Recognizing Disability. I J. E. Bickenbach, F. Felder & B. Schmitz (Red.), *Disability and the good human life* (s. 113-138). Cambridge University Press.  
<https://doi.org/10.1017/cbo9781139225632>
- Helse- og omsorgstjenesteloven. (2012). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven)* (LOV-2011-06-24-30).  
<https://lovdata.no/lov/2011-06-24-30>
- Helsebiblioteket. (2016). *PICO*. Helsebiblioteket. Hentet 22.05.22 fra <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/sporsmalsformulering/pico>
- Helsedirektoratet. (2017a, 21. desember 2017). *Bruk av rehabiliteringsplan [nettdokument]*. Helsedirektoratet.  
<https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/hjerneslag/rehabilitering-etter-hjerneslag/prosesser-i-slagrehabilitering/bruk-av-rehabiliteringsplan>
- Helsedirektoratet. (2017b, 27. april 2020). *Hjerneslag: Nasjonal faglig retningslinje*. Helsedirektoratet. Hentet 26. mai 2022 fra <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/hjerneslag>
- Helsedirektoratet. (2019, 17. mars 2022). *Hjerneslag - pakkeforløp*. Helsedirektoratet.  
<https://www.helsedirektoratet.no/pakkeforlop/hjerneslag>
- Hem, E. (2020). IMRaD. I *Store Norske Leksikon*. snl.no. Hentet 28. mars 2023 fra <https://sml.snl.no/IMRAD>
- Johannessen, A. (2016). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode* (5. utg. utg.). Abstrakt.

- Johannessen, A., Christoffersen, L. & Tufte, P. A. (2021). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode* (6. utgave. utg.). Abstrakt forlag.
- KPMG. (2020). *Evaluering av opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering (2017-2019)*. Helsedirektoratet.
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg., 2. oppl. utg.). Gyldendal akademisk.
- Lid, I. M. (2017a). Forestillinger om medborgerskap i lys av kjønn og funksjonsevne. *Tidsskrift for kjønnsforskning*, 41(03), 187-202. <https://doi.org/10.18261/issn.1891-1781-2017-03-03>
- Lid, I. M. (2017b). Rom, etikk og livsverden. I I. M. Lid & T. Wyller (Red.), *Rom og etikk: fortellinger om ambivalens* (s. 11-18). Cappelen Damm Akademisk. <http://hdl.handle.net/11250/2448086>
- MacDonald, G. A., Kayes, N. M. & Bright, F. (2013). Barriers and facilitators to engagement in rehabilitation for people with stroke : a review of the literature. *New Zealand journal of physiotherapy*, 41(3), 112-121.
- Marshall, T. H. (2009). Citizenship and social class. I J. Manza & M. Sauder (Red.), *Inequality and society* (s. 148-154). W.W. Norton & Co. <http://delong.typepad.com/marshall-citizenship-and-social-class.pdf>
- Meld. St. 14 (2014-2015). *Kommunereformen - nye oppgaver til større kommuner*. Kommunal- og moderniseringsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-14-2014-2015/id2401505/?ch=1>
- Meld. St. 26 (2014-2015). *Fremtidens primærhelsetjeneste - nærhet og helhet*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/contentassets/d30685b2829b41bf99edf3e3a7e95d97/no/pdfs/stm201420150026000dddpdfs.pdf>
- Myhra, A.-B. (2012). *Fra bruker til samarbeidspartner : realisering av brukermedvirkning*. Fagbokforl.
- Nilstun, C. (2021, 07.11.2021). Latent. I E. Bolstad (Red.), *Store norske leksikon*. <https://snl.no/latent>
- Noack, T. & Tjora, A. (2018). Samhandling. I E. Bolstad (Red.), *Store norske leksikon*. Hentet 29. mars 2023 fra <https://snl.no/samhandling>
- NOU 2016:17. (2016). *På lik linje*. B.-o. likestillingsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/contentassets/b0baf226586543ada7c530b4482678b8/no/pdfs/nou201620160017000dddpdfs.pdf>
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven)* (LOV-1999-07-02-63). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-63>
- Prop. 1 S (2016-2017). *Opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/contentassets/d64fc8298e1e400fb7d33511b34cb382/no/sved/opptrappingsplanrehabilitering.pdf>
- Rambøll Managing Consultant. (2014). *Undersøkelse av behov og tilbud innen habilitering og rehabilitering*. Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/undersokelse-av-behov-og-tilbud-innen-habilitering-og-rehabilitering/Unders%C3%B8kelse%20av%20behov%20og%20tilbud%20innen%20h>

- abilitering%20og%20rehabilitering.pdf/\_/attachment/inline/b9828eb5-7f42-4274-bd75-63daaeae4f8b:69aed8d9f13332fe80ee349f5f826bec7911da05/Unders%C3%B8kelse%20av%20behov%20og%20tilbud%20innen%20habilitering%20og%20rehabilitering.pdf
- Rambøll Managing Consultant. (2016). *Kartlegging av behandlings- og tjenestetilbudet til personer som har diagnoser som er definert under begrepet hjernehelse*. HelseDirektoratet. [https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/oppfolging-av-personer-med-store-og-sammensatte-behov/hvem-er-pasienter-og-brukere-med-store-og-sammensatte-behov/eksempler-pa-personer-med-store-og-sammensatte-behov/Hjernehelse%20-%20endelig%20rapport.pdf/\\_/attachment/inline/06a4a03c-5556-406a-bf44-be6ab32c4866:c404d53b7759fee877dc91c3754834a3b37af4d1/Hjernehelse%20-%20endelig%20rapport.pdf](https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/oppfolging-av-personer-med-store-og-sammensatte-behov/hvem-er-pasienter-og-brukere-med-store-og-sammensatte-behov/eksempler-pa-personer-med-store-og-sammensatte-behov/Hjernehelse%20-%20endelig%20rapport.pdf/_/attachment/inline/06a4a03c-5556-406a-bf44-be6ab32c4866:c404d53b7759fee877dc91c3754834a3b37af4d1/Hjernehelse%20-%20endelig%20rapport.pdf)
- Solvang, P. K. (2019). *(Re)habilitering : terapi, tilrettelegging, verdsetting* (1. utgave; 1. utgave. utg.). Fagbokforlaget.
- St. Meld. nr 21 (1998-99). *Ansvar og meistring*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-21-1998-99-/id431037/?ch=1>
- St.meld. nr.47 (2008-2009). *Samhandlingsreformen - Rett behandling - på rett sted - til rett tid*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-47-2008-2009-/id567201/>
- Sugavanam, T., Mead, G., Bulley, C., Donaghy, M. & van Wijck, F. (2013). The effects and experiences of goal setting in stroke rehabilitation - a systematic review. *Disability and Rehabilitation*, 35(3), 177-190. <https://doi.org/10.3109/09638288.2012.690501>
- Sunnaas sykehus HF. (2021). *Norge trenger en rehabiliteringsreform* [Brosjyre]. <https://www.sunnaas.no/Documents/Norge%20trenger%20en%20rehabiliteringsreform.pdf>
- Sverdrup, S. (2020). *Bachelor- og masteroppgaver i sosial- og helsefag : råd og vink : skritt for skritt* (1. utgave. utg.). Cappelen Damm akademisk.
- Sørensen, M. & Garnweidner-Holme, L. (2021). Hva er god kvalitet i behandling og oppfølging av personer med langtidssykdom? *Tidsskrift for Omsorgsforskning*, 7(2), 101-108. <https://doi.org/10.18261/issn.2387-5984-2021-02-09>
- Thagaard, T. (2018). *Systematikk og innlevelse : en innføring i kvalitative metoder* (5. utg. utg.). Fagbokforl.
- Tholin, H. & Forsberg, A. (2014). Satisfaction with care and rehabilitation among people with stroke, from hospital to community care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 28(4), 822-829. <https://doi.org/10.1111/scs.12116>
- Thomas, E. J., Levack, W. M. M. & Taylor, W. J. (2015). Rehabilitation and recovery of self-identity. I *Rethinking Rehabilitation: Theory and Practice* (s. 163-190). CRC Press. <https://doi.org/10.1201/b18118>
- Thomassen, L. (2021, 2021). hjerneslag. I *Store medisinske leksikon*. <https://sml.snl.no/hjerneslag>
- Thomassen, M. (2006). *Vitenskap, kunnskap og praksis : innføring i vitenskapsfilosofi for helse- og sosialfag*. Gyldendal akademisk.

- Thuesen, J. & Neidel, A. (2019). Aktører i rehabiliteringsprosessen. I K. Schultz Petersen, I. Storgaard Bonfils & I. Schrøder (Red.), *Sociologi og rehabilitering* (2. utg., s. 198-215). Munksgaard.
- Tjenesteloven. (2009). *Lov om tjenestevirksomhet (tjenestenloven)* (LOV-2009-06-19-103). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/2009-06-19-103>
- Tjora, A. H. & Melby, L. (2013). Samhandlingens mange ansikt. I A. H. Tjora & L. Melby (Red.), *Samhandling for helse* (s. 13-30). Gyldendal akademisk.
- VID. (2019). *Rutine for behandling av personopplysninger i forskning og studentoppgaver revidert 29.mars 2019*. <https://www.vid.no/filer/rutine-for-behandling-av-personopplysninger-i-forskning-og-studentoppgaver-revidert-29-mars-2019/>
- WHO. (2006). *ICF : Internasjonal klassifikasjon av funksjon, funksjonshemming og helse* (S.-o. helsedirektoratet & A. S. Kith, Red. 2. oppl. [i.e. ny utg.]. utg.). Sosial- og helsedirektoratet.
- Wyller, T. (2011). Dydsetikk, medborgerskap og sosial praksis. I S. Å. Christoffersen (Red.), *Profesjonsetikk : om etiske perspektiver i arbeidet med mennesker* (2. utg. utg., s. 44-64). Universitetsforlaget.
- Zahavi, D. (2014). Fænomenologi. I F. Collin & S. Kjøppe (Red.), *Humanistisk videnskapsteori* (3. udg. utg., s. 189-222). Lindhardt og Ringhof.
- Østensjø, S. & Sjøberg, H. (2012). ICF som begrepsapparat og klassifikasjonssystem. I P. K. Solvang & Å. Slettebø (Red.), *Rehabilitering* (s. 298-313). Gyldendal akademisk.

## Vedlegg 1. Intervjuguide

### INTERVJUGUIDE

Bakgrunnsinformasjon: Alder, kjønn, sivilstatus, familie, arbeid, når inntraff slaget.

Kan du fortelle litt om hvilke utfall hjerneslaget har hatt hos deg?

#### **Rehabilitering**

Hva legger du i ordet «rehabilitering»?

Kan du fortelle om hvilke forventninger du hadde til rehabilitering i kommunen?

Fortell litt om rehabiliteringen, slik du erfarte det, fra du kom til kommunen og frem til nå.

Hvilke faggrupper samarbeidet du med? Er det klar ansvarsfordeling mellom deg og de ulike fagpersonene?

Hva er viktig for deg når du møter de ulike fagpersonene?

#### **Medvirkning**

Hva legger du i ordet «medvirkning»?

Hva er viktig for deg å kunne bestemme selv?

#### **Målsetting**

Hvilke erfaringer har du med målsetting? Fortell om en gang du skulle sette opp mål for rehabiliteringen

(hvem deltok, betydning for deg/eierskap, formet målene rehabiliteringen?)

Brukermedvirkning (dagsform, hvem sine rutiner)

Hvilken verdi har dine meninger?

Erfarer du å få den informasjonen du ønsker?

#### **Oppsummering**

Er det noe vi ikke har snakket om som du ønsker å ta opp?


Hvis du kunne komme med noen tips til kommunen, ut fra din egen erfaring; hva ville det være?

Forsker gir igjen informasjon om hva som skjer med datainnsamlingen.

Kan jeg kontakte deg pr telefon om en ukes tid for å høre om det noe du ønsker å tilføre til dette intervjuet?



## Vedlegg 2 Vurdering NSD

 Sikt

[Meldeskjema](#) / [Erfaringer om medvirkning i egen rehabilitering](#) / Vurdering

# Vurdering av behandling av personopplysninger

<b>Referansenummer</b> 343559	<b>Vurderingstype</b> Standard	<b>Dato</b> 30.06.2022
----------------------------------	-----------------------------------	---------------------------

**Prosjekttittel**  
Erfaringer om medvirkning i egen rehabilitering

**Behandlingsansvarlig institusjon**  
VID vitenskapelige høyskole / Fakultet for helsefag / Fakultet for helsefag Sandnes

**Prosjektansvarlig**  
Kjersti Helene Haarr

**Student**  
Hege Vigdel Osvåg

**Prosjektperiode**  
06.06.2022 - 29.09.2023

**Kategorier personopplysninger**  
Alminnelige  
Særlige

**Lovlig grunnlag**  
Samtykke (Personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a)  
Uttrykkelig samtykke (Personvernforordningen art. 9 nr. 2 bokstav a)

Behandlingen av personopplysningene er lovlig så fremt den gjennomføres som oppgitt i meldeskjemaet. Det lovlige grunnlaget gjelder til 29.09.2023.

[Meldeskjema](#)

**Kommentar**  
OM VURDERINGEN

Personverntjenester har en avtale med institusjonen du forsker eller studerer ved. Denne avtalen innebærer at vi skal gi deg råd slik at behandlingen av personopplysninger i prosjektet ditt er lovlig etter personvernregelverket.

Personverntjenester har nå vurdert den planlagte behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at behandlingen er lovlig, hvis den gjennomføres slik den er beskrevet i meldeskjemaet med dialog og vedlegg.

**VIKTIG INFORMASJON TIL DEG**

Du må lagre, sende og sikre dataene i tråd med retningslinjene til din institusjon. Dette betyr at du må bruke leverandører for spørreskjema, skylagring, videosamtale o.l. som institusjonen din har avtale med. Vi gir generelle råd rundt dette, men det er institusjonens egne retningslinjer for informasjonssikkerhet som gjelder.

**TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET**

Prosjektet vil behandle alminnelige personopplysninger samt særlige kategorier av personopplysninger om helseforhold frem til 29.9.2023.

**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 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse, som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake.

For alminnelige personopplysninger vil lovlig grunnlag for behandlingen være den registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 a.

For særlige kategorier av personopplysninger vil lovlig grunnlag for behandlingen være den registrertes uttrykkelige samtykke, jf. personvernforordningen art. 9 nr. 2 bokstav a, jf. personopplysningsloven § 10, jf. § 9 (2).



#### PERSONVERNPRINSIPPER

Personverntjenester 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

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

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

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

Personverntjenester 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 prosjektansvarlig følge interne retningslinjer/rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon.

#### MELD VESENTLIGE ENDRINGER

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

<https://www.nsd.no/personverntjenester/fulle-ut-meldeskjema-for-personopplysninger/melde-endringer-i-meldeskjema>

Du må vente på svar fra oss før endringen gjennomføres.

#### OPPFØLGING AV PROSJEKTET

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

Kontaktperson hos oss: Sturla Herfindal

Lykke til med prosjektet!

Vil du delta i forskningsprosjektet

## **«Erfaringer om medvirkning i egen rehabilitering»**

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å hente inn erfaringer om brukermedvirkning fra personer som har mottatt rehabilitering i sin kommune på grunn av utfordringer etter hjerneslag. I dette skrevet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

### **Formål**

Dette prosjektet er grunnlaget for en masteroppgave i masterstudiet Medborgerskap og samhandling. Formålet med prosjektet er å få mer utdypende kunnskap om hvordan brukermedvirkning erfares av bruker selv. Student ønsker i den anledning å intervjuere personer om sine erfaringer.

I Norge har vi et lovverk som sier at brukermedvirkning i helsetjenestetilbudet er ufravikelig. Det er en menneskerett og er nedfelt i loven. Det skal legges stor vekt på hva pasienten mener ved utforming av tjenestetilbud etter helse- og omsorgstjenesteloven (Pasient- og brukerrettighetsloven, 2001, §3-1).

Student har følgende problemstilling i studien:

### **«Hvordan erfarer brukere å medvirke i eget rehabiliteringsforløp i samarbeid med tjenesteyter i kommunen?»**

Forskningsspørsmål: Hvilke erfaringer har brukere med å sette egne mål?

Hvilke forhold er det som understøtter medvirkning?

Hva skjer med medvirkningen fra bruker kom til kommunen og i den videre prosessen?

### **Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?**

Forskningsprosjektet er knyttet til masterstudiet i Medborgerskap og samhandling ved VID Vitenskapelige Høgskole, hvor Hege Vigdel Osvåg er student. Førstelektor Kjersti Helene Haarr, ved fakultet for helsefag avd. Sandnes, er ansvarlig for prosjektet.

### **Hvorfor får du spørsmål om å delta?**

Du mottar eller har tidligere mottatt tjenester fra IKART, interkommunalt ambulerende rehabiliteringsteam, på grunn av behov for rehabilitering etter hjerneslag. Utvalget av informanter i dette prosjektet er hjemmeboende personer som har hatt behov for rehabilitering i sin kommune etter de har blitt rammet av hjerneslag. Ansatte i IKART er blitt bedt om å gi denne skriftlige forespørselen til de kandidatene som faller inn under denne gruppen, og som de vurderer har evne til å stille til intervju og fortelle om egne erfaringer. Student ønsker å intervjuere informanter fordelt på ulike kommuner som IKART gir tjenester til.

Skrivet blir utdelt fra IKART, og forsker har ingen kontaktopplysninger om deg før du eventuelt velger å takke ja til å være informant i prosjektet.

### **Hva innebærer det for deg å delta?**

Hvis du velger å delta i prosjektet, innebærer det at du gir samtykke til at student tar kontakt med deg og ber deg stille til intervju. Intervjuet vil ta ca 60 minutter. Du velger selv om intervjuet skal foregå via Teams eller fysisk hjemme hos deg, eller annen egnet plass. Intervjuet inneholder spørsmål om dine erfaringer med å medvirke i egen rehabilitering i din hjemkommune. Det vil være spørsmål om hva medvirkning betyr for deg, om hvordan fagpersonell var med og utviklet mål for rehabiliteringen og om hvordan relasjonen til fagpersonene spilte inn på medvirkningen.

De første spørsmålene er mer faktabasert og omhandler alder, kjønn, utdanning og hvilke utfall hjerneslaget har ført til. Disse opplysningene vil kun bli gjengitt for å skille mellom de ulike informantene i den skriftlige oppgaven, men skal ikke kunne spores tilbake til deg som informant.

Intervjuet vil bli tatt opp på digital opptaker. Det transkriberte materialet (tale skrevet ut i skrift) vil bli lagret på kryptert minnepenn (låst med passord) tre måneder etter skriftlig prosjekt ferdigstilles, ca september 2023.

Studenten ønsker også å ta kontakt pr telefon en uke etter intervjuet, for å høre om det er noe mer du ønsker å supplere til intervjuet.

### **Det er frivillig å delta**

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

En eventuell deltakelse vil ikke ha innvirkning på din behandling, hvis du fortsatt mottar tjenester i din kommune. Din deltakelse kan bidra til å bedre rammene for brukermedvirkning i rehabilitering for fremtidige personer som vil motta tjenester fra sin kommune.

### **Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger**

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

Student Hege Vigdel Osvåg og veileder Kjersti Helene Haarr vil ha tilgang til dataene som samles inn ved intervju.

Navnet og kontaktopplysningene dine vil jeg erstatte med en kode som lagres på egen navneliste adskilt fra øvrige data.

Deltakerne i dette prosjektet vil ikke kunne gjenkjennes i ferdig skriftlig oppgave, utenom at deltakerne selv vil kunne kjenne igjen egne sitater og ane hvilken informant de er i oppgaven. Andre personer som leser oppgaven, skal ikke kunne spore opp deltakerne.

### **Hva skjer med personopplysningene dine når forskningsprosjektet avsluttes?**

Prosjektet vil etter planen avsluttes juni 2023. Tre måneder etter prosjektslutt vil datamaterialet med dine personopplysninger blir slettet.

### **Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?**

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra VID Vitenskapelige Høgskole har Personverntjenester vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

### **Dine rettigheter**

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

- innsyn i hvilke opplysninger vi behandler om deg, og å få utlevert en kopi av opplysningene
- å få rettet opplysninger om deg som er feil eller misvisende
- å få slettet personopplysninger om deg
- å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger

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

Student som gjennomfører prosjektet; Hege Vigdel Osvåg; [hegevigdel@gmail.com](mailto:hegevigdel@gmail.com) eller

Prosjektansvarlig Kjersti Helene Haarr v/ VID Vitenskapelige Høgskole, fakultet for helsefag; [kjersti.haarr@vid.no](mailto:kjersti.haarr@vid.no)

Personvernombud for VID er Nancy Yue Liu; [nancy.yue.liu@diakonhjemmet.no](mailto:nancy.yue.liu@diakonhjemmet.no)

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

Personverntjenester på epost ([personverntjenester@sikt.no](mailto:personverntjenester@sikt.no)) eller på telefon: 53 21 15 00.

Med vennlig hilsen

*Prosjektansvarlig*

*Student*

(Veileder)

---

## Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet «Erfaringer om medvirkning i egen rehabilitering», og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

å delta i intervju

å delta i oppfølgingsamtale pr telefon to uker etter intervju

at opplysninger om meg publiseres, men ikke kan gjenkjennes av utenforstående

at mine personopplysninger lagres etter prosjektslutt, til andre innleveringsfrist for masteroppgaven ved evt ikke godkjent første runde.

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

---

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Vedlegg 4 Samtykkeskjema informant sin assistent

Vil du delta i forskningsprosjektet

## **«Erfaringer om medvirkning i egen rehabilitering»**

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å hente inn erfaringer om brukermedvirkning fra personer som har mottatt rehabilitering i sin kommune på grunn av utfordringer etter hjerneslag. I dette skrevet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

### **Formål**

Dette prosjektet er grunnlaget for en masteroppgave i masterstudiet Medborgerskap og samhandling. Formålet med prosjektet er å få mer utdypende kunnskap om hvordan brukermedvirkning erfares av bruker selv. Student ønsker i den anledning å intervjuere personer om sine erfaringer.

I Norge har vi et lovverk som sier at brukermedvirkning i helsetjenestetilbudet er ufravikelig. Det er en menneskerett og er nedfelt i loven. Det skal legges stor vekt på hva pasienten mener ved utforming av tjenestetilbud etter helse- og omsorgstjenesteloven (Pasient- og brukerrettighetsloven, 2001, §3-1).

Student har følgende problemstilling i studien:

### **«Hvordan erfarer brukere å medvirke i eget rehabiliteringsforløp i samarbeid med tjenesteyter i kommunen?»**

Forskningsspørsmål: Hvilke erfaringer har brukere med å sette egne mål?

Hvilke forhold er det som understøtter medvirkning?

Hva skjer med medvirkningen fra bruker kom til kommunen og i den videre prosessen?

### **Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?**

Forskningsprosjektet er knyttet til masterstudiet i Medborgerskap og samhandling ved VID Vitenskapelige Høgskole, hvor Hege Vigdel Osvåg er student. Førstelektor Kjersti Helene Haarr, ved fakultet for helsefag avd. Sandnes, er ansvarlig for prosjektet.

Forsker har ingen kontaktopplysninger om deg før du eventuelt velger å takke ja til å være informant i prosjektet.

Hva innebærer det for deg å delta?

Hvis du velger å delta i prosjektet, innebærer det at du gir samtykke til å bli intervjuet og komme med innspill til det annen informant blir intervjuet om. Du gir også samtykke til at dine utsagn kan bli publisert i den endelige skriftlige studien, da anonymisert. Det skal ikke kunne spores tilbake til deg som informant.

Intervjuet vil bli tatt opp på digital opptaker. Det transkriberte materialet (tale skrevet ut i skrift) vil bli lagret på kryptert minnepenn (låst med passord) tre måneder etter skriftlig prosjekt ferdigstilles, ca september 2023.

### **Det er frivillig å delta**

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

Din deltakelse kan bidra til å bedre rammene for brukermedvirkning i rehabilitering for fremtidige personer som vil motta tjenester fra sin kommune.

### **Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger**

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

Student Hege Vigdel Osvåg og veileder Kjersti Helene Haarr vil ha tilgang til dataene som samles inn ved intervju.

Navnet og kontaktopplysningene dine vil jeg erstatte med en kode som lagres på egen navneliste adskilt fra øvrige data.

Deltakerne i dette prosjektet vil ikke kunne gjenkjennes i ferdig skriftlig oppgave, utenom at deltakerne selv vil kunne kjenne igjen egne sitater og ane hvilken informant de er i oppgaven. Andre personer som leser oppgaven, skal ikke kunne spore opp deltakerne.

### **Hva skjer med personopplysningene dine når forskningsprosjektet avsluttes?**

Prosjektet vil etter planen avsluttes juni 2023. Tre måneder etter prosjektslutt vil datamaterialet med dine personopplysninger bli slettet.

### **Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?**

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra VID Vitenskapelige Høgskole har Personverntjenester vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

### **Dine rettigheter**

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

- innsyn i hvilke opplysninger vi behandler om deg, og å få utlevert en kopi av opplysningene
- å få rettet opplysninger om deg som er feil eller misvisende
- å få slettet personopplysninger om deg
- å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger

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

Student som gjennomfører prosjektet; Hege Vigdel Osvåg; [hegevigdel@gmail.com](mailto:hegevigdel@gmail.com) eller prosjektansvarlig Kjersti Helene Haarr v/ VID Vitenskapelige Høgskole, fakultet for helsefag; [kjersti.haarr@vid.no](mailto:kjersti.haarr@vid.no)

Personvernombud for VID er Nancy Yue Liu; [nancy.yue.liu@diakonhjemmet.no](mailto:nancy.yue.liu@diakonhjemmet.no) Hvis du har spørsmål knyttet til Personverntjenester sin vurdering av prosjektet, kan du ta kontakt med:

Personverntjenester på epost ([personverntjenester@sikt.no](mailto:personverntjenester@sikt.no)) eller på telefon: 53 21 15 00.

Med vennlig hilsen

*Prosjektansvarlig*

*Student*

(Veileder)

---

## **Samtykkeerklæring**

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet «Erfaringer om medvirkning i egen rehabilitering», og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

å delta i intervju

at opplysninger om meg publiseres, men ikke kan gjenkjennes av utenforstående

at mine personopplysninger lagres etter prosjektslutt, til andre innleveringsfrist for masteroppgaven ved evt ikke godkjent første runde.

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

---

(Signert av prosjektdeltaker, dato)