

# Empowerment, mestring og omsorg

*Individuell, livskvalitetsorientert og helhetlig arbeidsmetode, IPA-tilrettelegger, i omsorgen for hjemmeboende, skrøpelige eldre – en studie av tjenestemottakeres og helsepersonells erfaringer*

**Wenche Merete Hansen**



Masteroppgave ved Det medisinske fakultet, Institutt for helse og samfunn, avd. for sykepleievitenskap

UNIVERSITETET I OSLO

5. juni 2011









UNIVERSITETET I OSLO  
 DET MEDISINSKE FAKULTETET  
 Institutt for helse og samfunn, avd. for  
 sykepleievitenskap  
 Boks 1153 Blindern, 0318 Oslo

|  |                              |
|--|------------------------------|
| <b>Navn:</b><br>Wenche Merete Hansen   | <b>Dato:</b><br>5. juni 2011 |
| <b>Tittel og undertittel:</b><br><b>EMPOWERMENT, MESTRING OG OMSORG</b><br><b>Individuell, livskvalitetsorientert og helhetlig arbeidsmetode, IPA-tilrettelegger, i omsorgen for hjemmeboende, skrøpelige eldre – en studie av tjenestemottakeres og helsepersonells erfaringer</b>  |                              |
| <b>Sammendrag:</b>   |                              |
| <p><b>Formål:</b></p> <p>Studiens hensikt er å beskrive erfaringer fra bruk av individuell, livskvalitetsorientert og helhetlig arbeidsmetode, IPA-tilrettelegger, i omsorgen for hjemmeboende, skrøpelige eldre. Metodens målsetting er å fremme mestring og livskvalitet hos mennesker med helse- og funksjonssvikt.</p> <p><b>Teoretisk forankring:</b></p> <p>Teori og forskningslitteratur om begrepene empowerment, mestring og omsorg utgjør studiens teoretiske referanseramme. I tillegg beskrives arbeidsmetoden IPA-tilrettelegger og målgruppen hjemmeboende, skrøpelige eldre. Relevant forskning er inkludert.</p> <p><b>Metode:</b></p> <p>Studiens design er utforskende og beskrivende. Data ble innhentet gjennom 15 kvalitative forskningsintervju fordelt på to utvalg i én kommune. Utvalgene bestod av åtte hjemmeboende eldre mottakere av hjemmesykepleie og syv helsearbeidere i rollen som koordinator. Systematisk tekstkondensering ble anvendt som analysemetode.</p> <p><b>Resultater:</b></p> <p>Erfaringene blant tjenestemottakerne viste at bruk av IPA-tilrettelegger åpnet for målrettede prosesser basert på individuelle verdier og med egne ressurser som drivkraft. Målprosessene medførte et utvidet livsrom gjennom økt selvstendighet, sterkere sosial tilknytning og tilfredshet. Prosessene fant sted i en nærende relasjon til koordinator preget av en konstruktiv atmosfære, å bli hørt og respektert, medvirkning og støtte. Koordinatorenes erfaringer synliggjorde at hjelperelasjoner preget av samspill på brukernes premisser, fremmet individuelle målprosesser. Stimulerende faktorer var nærhet, anerkjennelse av brukers verdier, kompetanse og behov, involvering og målrettet, tilpasset støtte. Målprosessene førte til aktiv mestring og velvære gjennom styrket selvfølelse, økt engasjement og tilfredshet.</p> <p><b>Konklusjon:</b></p> <p>Systematiske empowering målprosesser kan bedre livssituasjonen for skrøpelige eldre. Prosessene fremmes i hjelperelasjoner kjennetegnet ved kontinuitet og samhandling basert på brukernes verdier, ønsker og behov. Målprosessene kan også innebære utfordringer. IPA-tilrettelegger framstår som en relevant metodisk tilnærming for realisering av empowerment i praksis. Individuell plan er et nyttig verktøy i en slik prosess.</p> |                              |
| <b>Nøkkelord:</b> IPA-tilrettelegger, empowerment, mestring, omsorg, skrøpelige eldre, hjemmesykepleie   |                              |





UNIVERSITETET I OSLO  
 DET MEDISINSKE FAKULTETET  
 Institutt for helse og samfunn, avd. for  
 sykepleievitenskap  
 Boks 1153 Blindern, 0318 Oslo

|   |                                |
|---|--------------------------------|
| <b>Name:</b><br>Wenche Merete Hansen  | <b>Date:</b><br>June 5th, 2011 |
| <b>Title and subtitle: EMPOWERMENT, COPING AND CARE</b>   |                                |
| <b>Individual, quality-of-life-oriented and holistic method of working, IPA-facilitator, in the care of frail elderly living at home – a study of experiences among service users and health workers</b>  |                                |
| <b>Abstract:</b>  |                                |
| <b>Purpose:</b><br>The purpose of this study is to describe the experiences from the use of a individual, quality-of-life-oriented and holistic method of working, IPA-facilitator, in the care of frail elderly living at home. The method is aiming at promoting coping and life quality among people with failing health and disability.   |                                |
| <b>Literature review:</b><br>Theory and research literature concerning the concept of empowerment, coping and care constitute the theoretic framework of the study. In addition the method of working, IPA-facilitator, and the population frail elderly living at home are described. Relevant research is included.   |                                |
| <b>Method:</b><br>The design of the study is explorative and descriptive. Data was collected through 15 qualitative research interviews from two samples and carried out in one municipality. The samples consisted of eight elderly living at home and receiving home nursing care and seven health workers in the role of coordinator. Systematic text condensation was used as a method of analysis.   |                                |
| <b>Results:</b><br>Experiences among the service users showed that the use of IPA-facilitator opened goal oriented processes based on individual values and resources. The goal oriented processes entailed an expanded "life space" through increased independence, stronger social attachment and contentedness. The processes took place in a nurturing relation towards coordinator characterized by a constructive atmosphere, being heard and respected, participation and support. The coordinators experiences made evident that helping-relations characterized by interplay on the users premises, promoted individual goal oriented processes. Stimulating factors were closeness, recognition of user's values, competence and needs, involvement and targeted, tailored support. The goal oriented processes led to an active coping and wellbeing through enforced self-respect, increased commitment and satisfaction. |                                |
| <b>Conclusion:</b><br>Systematic empowering goal oriented processes can improve the life-situation of the frail elderly. The processes are promoted in helping-relations characterized by continuity and co-operation based on the users' values, wishes and needs. IPA-facilitator appears to be a relevant methodical approach for the realization of empowerment in practice. An individual plan is a useful tool in such a process.   |                                |
| <b>Key words:</b> IPA-facilitator, empowerment, coping, care, frail elderly, home nursing care  |                                |





# Forord

Flere års arbeid med masteroppgaven er nå over. Det har vært en lærerik prosess og et spennende tematisk landskap å bevege seg i selv om veien har vært både utfordrende og til tider kronglete. Gjennomføring av studien ville ikke vært mulig uten alle de som underveis har støttet og motivert meg fram til målet. Det er derfor mange som fortjener stor takk.

Tilrettelegging for egenmestring basert på individuelle verdier og mål er et viktig tema og en sentral utfordring i pleie- og omsorgstjenestene, ikke minst i forhold til målgruppen i denne oppgaven. Takk til forskningsfeltet for velvilje og interesse og til informantene som raust delte sine erfaringer. Takk også til Rehab-Nor for tillatelse til bruk av arbeidsmetoden IPA-tilrettelegger.

Min alltid tålmodige og imøtekommende veileder, Ådel Bergland, har bidratt avgjørende til gjennomføring av oppgaven med kloke og kreative innspill. Jeg har alltid opplevd veiledningstimene som konstruktive og motiverende. Tusen takk, Ådel!

Jeg vil også rette en stor takk til min arbeidsgiver, Bydel Nordre Aker, Oslo kommune, for tilrettelegging og oppmuntring.

Den varmeste takken går til mine tre flotte barn, øvrig nær familie og Rune som tålmodig har holdt ut med meg og motivert meg gjennom den lange prosessen. Dere har også bidratt med korrekturlesing og teknisk hjelp. Takk så mye også til Birgit for faglige innspill og lesing av korrektur.

Oslo, den 5. juni 2011

Wenche Merete Hansen



# Innholdsfortegnelse

|          |  |           |
|----------|--|-----------|
| <b>1</b> | <b>Innledning .....</b>  | <b>15</b> |
| 1.1      | Bakgrunn for valg av tema .....  | 15        |
| 1.2      | Hensikt og forskningsspørsmål .....  | 17        |
| 1.3      | Oppgavens oppbygging og avgrensning.....   | 17        |
| <b>2</b> | <b>Kontekstuelle rammer .....</b>  | <b>19</b> |
| 2.1      | Individuell livskvalitetsorientert og helhetlig arbeidsmetode – IPA-tilrettelegger ... | 19        |
| 2.1.1    | IPA-tilrettelegger - hensikt og metodikk.....  | 19        |
| 2.1.2    | IPA-tilrettelegger - verdigrunnlag.....  | 20        |
| 2.1.3    | Undersøkelser av IPA-tilrettelegger.....   | 21        |
| 2.1.4    | Tilsvarende arbeidsmetoder og foreliggende forskning.....                              | 22        |
| 2.2      | Tjenesten individuell plan .....   | 22        |
| 2.3      | Hjemmesykepleie .....  | 24        |
| 2.4      | Den hjemmeboende, skrøpelige eldre .....   | 24        |
| <b>3</b> | <b>Teoretisk referanseramme .....</b>  | <b>27</b> |
| 3.1      | Litteratursøk.....   | 27        |
| 3.2      | Empowerment.....   | 27        |
| 3.2.1    | Definisjon og opprinnelse .....  | 27        |
| 3.2.2    | Sentrale kjennetegn .....  | 28        |
| 3.2.3    | Påvirkende faktorer .....  | 31        |
| 3.2.4    | Empiriske studier.....   | 33        |
| 3.3      | Mestring og omsorg.....  | 34        |
| 3.3.1    | Benner og Wrubel om mestring og omsorg .....   | 34        |
| 3.3.2    | Lazarus og Folkmans mestringsbegrep .....  | 37        |
| 3.3.3    | Omsorg og mestring relatert til den skrøpelige eldre.....                              | 39        |
| <b>4</b> | <b>Design og metode .....</b>  | <b>43</b> |
| 4.1      | Valg av design og metode .....   | 43        |
| 4.2      | Forskningsfeltet .....   | 43        |
| 4.2.1    | Tilgang til forskningsfeltet .....   | 43        |
| 4.2.2    | Beskrivelse av forskningsfeltet .....  | 44        |
| 4.2.3    | Rekrutteringsprosessen.....  | 44        |
| 4.3      | Datainnsamling.....  | 46        |

|          |  |           |
|----------|--|-----------|
| 4.3.1    | Det kvalitative forskningsintervju .....                             | 46        |
| 4.3.2    | Intervjuguide .....  | 46        |
| 4.3.3    | Gjennomføring av intervjuene .....                                   | 47        |
| 4.3.4    | Transkribering .....   | 48        |
| 4.4      | Analyse .....  | 48        |
| 4.5      | Validitet, reliabilitet og generaliserbarhet .....                   | 53        |
| 4.5.1    | Validitet .....  | 53        |
| 4.5.2    | Reliabilitet .....   | 55        |
| 4.5.3    | Generaliserbarhet .....  | 56        |
| 4.6      | Forskningsetiske hensyn .....  | 56        |
| 4.6.1    | Det informerte samtykke .....  | 57        |
| 4.6.2    | Konfidensialitet .....   | 57        |
| 4.6.3    | Konsekvenser av å delta i studien .....                              | 58        |
| 4.7      | Metodiske overveielser .....   | 58        |
| <b>5</b> | <b>Presentasjon av funn .....</b>                                    | <b>63</b> |
| 5.1      | Tjenestemottakernes erfaringer .....                                 | 63        |
| 5.1.1    | Tildeling av koordinator ga kontinuitet .....                        | 63        |
| 5.1.2    | Samarbeidet innebar en nærende relasjon .....                        | 65        |
| 5.1.3    | Samspillet åpnet for målrettede prosesser .....                      | 68        |
| 5.1.4    | Målprosessen medførte et utvidet livsrom .....                       | 71        |
| 5.2      | Koordinatorernes erfaringer .....                                    | 73        |
| 5.2.1    | Samspillet la til rette for målrettede prosesser .....               | 73        |
| 5.2.2    | Målprosessen medførte aktiv mestring og velvære .....                | 76        |
| 5.2.3    | En fast kontaktperson innebar kontinuitet .....                      | 78        |
| 5.2.4    | Samspill på brukers premisser .....                                  | 78        |
| <b>6</b> | <b>Drøfting av funn .....</b>  | <b>85</b> |
| 6.1      | Den individuelle målprosessen .....                                  | 85        |
| 6.1.1    | Målprosessen i et empowermentperspektiv .....                        | 85        |
| 6.1.2    | Utfordringer i målprosessen .....                                    | 87        |
| 6.2      | Resultatene av målprosessene .....                                   | 93        |
| 6.2.1    | Betydningen av uavhengighet, selvfølelse og sosial tilknytning ..... | 93        |
| 6.2.2    | Tilfredshet .....  | 95        |
| 6.3      | Relasjonelle faktorerers betydning for målprosessen .....            | 96        |

|          |   |            |
|----------|---|------------|
| 6.3.1    | Koordinators betydning i et empowermentperspektiv ..... | 96         |
| 6.3.2    | Betydningen av kontinuitet .....                        | 97         |
| 6.3.3    | Utfordringer i samhandlingen .....                      | 98         |
| <b>7</b> | <b>Konklusjon.....</b>                                  | <b>101</b> |
| 7.1      | Implikasjoner for praksis .....                         | 101        |
| 7.2      | Forslag til videre forskning.....                       | 102        |
|          | <b>Litteraturliste.....</b>                             | <b>105</b> |
|          | <b>Vedlegg 1 Svar fra NSD .....</b>                     | <b>117</b> |
|          | <b>Vedlegg 2 Svar fra REK .....</b>                     | <b>119</b> |
|          | <b>Vedlegg 3 Endringsmeldinger .....</b>                | <b>121</b> |
|          | <b>Vedlegg 4 Søknad til feltet .....</b>                | <b>137</b> |
|          | <b>Vedlegg 5 Informasjon ved rekruttering .....</b>     | <b>139</b> |
|          | <b>Vedlegg 6 Svar fra feltet .....</b>                  | <b>141</b> |
|          | <b>Vedlegg 7 Tillatelse fra Rehab-Nor .....</b>         | <b>143</b> |
|          | <b>Vedlegg 8 Informasjonsskriv, brukere.....</b>        | <b>145</b> |
|          | <b>Vedlegg 9 Informasjonsskriv, koordinatører .....</b> | <b>149</b> |
|          | <b>Vedlegg 10 Temaguide, brukerintervju .....</b>       | <b>153</b> |
|          | <b>Vedlegg 11 Temaguide, koordinatorintervju.....</b>   | <b>155</b> |
|          | <b>Vedlegg 12 IPA-tilrettelegger .....</b>              | <b>157</b> |

# Figurer

|  |    |
|--|----|
| Figur 1. Conceptual Model of Rehabilitation Process (Basic Model for IPA-facilitator)<br>(Lorentsen, 2007) ..... | 21 |
| Figur 2. Modell for stress og mestring (Lazarus og Folkman, 1984).....   | 38 |
| Figur 3. IPA-tilrettelegger som prosess og resultat basert på brukererfaringer .....                             | 63 |
| Figur 4. IPA-tilrettelegger som prosess og resultat basert på koordinatorenes erfaringer .....                   | 73 |

# Tabeller

|  |    |
|--|----|
| Tabell 1. Informanter i studien .....  | 45 |
| Tabell 2. Utdrag av matriser fra ”meningsbærende enhet til koder og subkategorier” ..... | 50 |
| Tabell 3. Matrise ”fra koder til tema”. Tjenestemottakerne .....                         | 51 |
| Tabell 4. Matrise ”fra koder til tema”. Koordinatorene .....                             | 52 |

# 1 Innledning

## 1.1 Bakgrunn for valg av tema

Demografiske framskrivinger viser at befolkningen i Norge raskt blir eldre. Antallet personer over 67 år vil bortimot fordobles fram mot 2060, mens andelen over 80 år nærmest vil tredobles (Statistisk sentralbyrå, 2009b). En sterkt voksende gruppe eldre innebærer økende behov for helse- og omsorgstjenester. I følge St. meld. nr. 25 (2005-2006) krever behovsveksten en vurdering av disse tjenestenes framtidige kapasitet og innhold.

Mål og strategier som skal møte kommende omsorgsutfordringer, gjenspeiles i sentrale helsepolitiske dokumenter. Fokus rettes spesielt mot brukeropplevd kvalitet, individuell tilrettelegging av tjenestetilbudet, valgfrihet og økt brukerinnflytelse (St. meld. nr. 45, 2002-2003; St. meld. nr. 25 2005-2006). Regjeringen påpeker i St. meld. nr. 25 (2005-2006) at forvaltning, fagprofesjoner og behandlingsapparat må legge myndiggjøring av brukeren til grunn for sitt arbeid. Brukeren skal tilføres makt og settes i stand til å treffe valg så langt som mulig. En sterkere brukerrolle fremheves også i øvrige plandokumenter som en av flere bærebjelker i de framtidige helse- og omsorgstjenestene (Sosial- og helsedirektoratet, 2008). Likeledes er prinsippene om selvbestemmelse, medvirkning og individuell tilrettelegging nedfelt i helse- og sosiallovgivningen (Lov om pasientrettigheter, 1999; Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenesten, 2003; Forskrift om individuell plan, 2004). Brukerdeltakelse og selvstendighet bidrar til opplevelse av verdighet og livskvalitet. Medvirkning fremmer mestring, reduserer avmakt og mobiliserer menneskets egne ressurser (St. meld. nr. 21, 1998-1999; St. meld. nr 28, 1999-2000).

Utøvelse av sykepleie som tar hensyn til enkeltindividets vurderinger og valg når det gjelder eget liv og helse, er i tråd med sentrale helsepolitiske mål og kan spille en rolle i realiseringen av disse. I St. meld. nr. 25 (2005-2006, s. 39) understrekes det at kvalitativt gode tjenester må formidle omsorg både gjennom handling og holdninger. Brukerinnflytelse over tjenestetilbudet og tilrettelegging for en aktiv og meningsfylt tilværelse defineres som en del av omsorgsbegrepet.

Media har jevnlig oppslag om pleietrengende eldre som ikke får det tjenestetilbudet de har behov for (Haakaas, 2007; Hafstad, 2009; Hedemann, 2011). Flere rapporter tegner et bilde av en presset pleie- og omsorgstjeneste der avstanden mellom helsepolitiske mål og hverdagspraksis synes stor (Vabø, 2002; Helsetilsynet, 2005; Riksrevisjonen, 2009). Tilsyn med kommunale helse- og sosialtjenester til eldre i 2010 synliggjør for knapt utmålte hjemmetjenester, manglende samsvar

mellom vedtak og faktisk tilbud, for lite brukermedvirkning, svak individuell tilpasning og mangelfull ivaretagelse av grunnleggende behov (Helsetilsynet, 2011). Resultatene samsvarer med øvrige undersøkelser som avdekker at tjenestetilbudet ikke er godt nok tilpasset skrøpelige eldre, og at tilfredsheten med tjenestene er minst på områder som forutsigbarhet og selvbestemmelse (Brevik, 2007; Huseby og Paulsen, 2009). En erkjennelse av utfordringene og mål om tilrettelegging for en verdig alderdom og livsutfoldelse i tråd med individuelle muligheter og behov, gjenspeiles i Forskrift om en verdig eldreomsorg (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009).

Egne erfaringer fra langvarig praksis som sykepleier og leder innen eldreomsorgen, støtter opp under kunnskapen om at tjenestetilbudet kan stå i kontrast til grunnleggende sykepleiefaglige verdier, helsepolitiske mål og lovkrav. Ressursmangel, rutiner og fagutøvelse på tjenesteyters premisser har i mange sammenhenger lagt føringer for omsorgen framfor den enkelte brukers meninger, ønsker og mål. Behovet for større vektlegging av individualisert sykepleie er derfor vesentlig. Pleie og omsorg må ta utgangspunkt i at hvert enkelt individ gjør sine egne vurderinger og valg når det gjelder å bevare livsførsel og helse. Det grunnleggende er hva brukeren opplever som betydningsfullt i den konteksten vedkommende befinner seg i. Kunnskap om IPA-tilrettelegger som en metode for å fremme mestring og livskvalitet basert på individuelle verdier og mål, syntes som et interessant verktøy i en slik sammenheng, og vekket nysgjerrigheten for nærmere undersøkelse av praksiserfaringer med metoden. Kirkevolds (2008b) påpekning av at sykepleiefaget synes å mangle instrumenter som kan hjelpe sykepleieren til å få fram pasientens ønsker og mål, styrket troen på nytteverdien av et slikt arbeid. Tildeling av en fast kontaktperson og bruk av individuell plan er sentrale elementer i IPA-tilrettelegger. Betydningen av slike tiltak også i omsorgen for skrøpelige eldre understrekes både i faglitteraturen (Kirkevold, 2008b) og i helsepolitiske dokumenter (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009; St. meld. nr. 47, 2008-2009).



## 1.2 Hensikt og forskningsspørsmål

Studiens hensikt er å beskrive erfaringer blant eldre tjenestemottakere og helsepersonell i rollen som koordinator fra bruk av individuell, livskvalitetsorientert og helhetlig arbeidsmetode, IPA-tilrettelegger, innen hjemmesykepleietjenesten.

Hensikten konkretiseres gjennom følgende forskningsspørsmål:

Bruk av IPA-tilrettelegger i hjemmesykepleie til skrøpelige eldre:

1. Hvilken betydning beskriver tjenestemottakerne at samhandlingen med koordinator hadde for dem?
2. Hvilken betydning beskriver koordinatorene at arbeidsmetoden hadde for tjenestemottakerne?
3. Hvilke relasjonelle faktorer ved samhandlingen mellom brukere og koordinatorene påvirker, i følge koordinatorene, tjenestemottakernes prosesser mot egne mål?

Erfaringene fra begge utvalgene belyser arbeidsmetodens betydning for brukerne. Mens erfaringer vedrørende relasjonelle, påvirkende faktorer er skilt ut som eget spørsmål når det gjelder koordinatorene, søkes slik kunnskap belyst gjennom det første forskningsspørsmålet når det gjelder tjenestemottakerne. Valget begrunnes med at det ikke kunne forventes spesifikk kunnskap på området blant tjenestemottakerne.

## 1.3 Oppgavens oppbygging og avgrensning

Oppgaven består av syv kapitler. Innledningen utgjør kapittel 1, mens kapittel 2 omtaler metoden IPA-tilrettelegger, tjenestene individuell plan og hjemmesykepleie, samt studiens målgruppe. Kapittel 3 inneholder en teoretisk presentasjon av begrepene empowerment, mestring og omsorg. I kapittel 4 beskrives oppgavens design og metode. Kapitlet avsluttes med forskerens metodiske overveielser. Funnene presenteres i kapittel 5 og drøftes i kapittel 6. Konklusjonen følger i kapittel 7. Her omtales også implikasjoner for praksis og forslag til videre forskning.

Oppgaven er avgrenset til tjenestemottakernes og koordinatorenes erfaringer. IPA-tilrettelegger ble anvendt i forhold til ulike brukergrupper med forskjellige tjenestetilbud. Brukerne i denne studien var over 65 år og mottakere av hjemmesykepleie. Flere deltjenester som ergoterapi, fysioterapi og praktisk bistand inngikk i brukernes hjemmetjenestetilbud. Slike samarbeidende faggrupper var ofte

involvert i brukernes målprosesser, men deres erfaringer er ikke inkludert. Dette gjelder også andre ansatte i hjemmesykepleien utover koordinatorene.

Studien omfatter erfaringer med IPA-tilrettelegger på individnivå med fokus på betydning for brukerne. Arbeidsmetodens konsekvenser for koordinatorene tematiseres ikke. Realisering av intensjonene i arbeidsmetoden forutsetter også tilrettelegginger på systemnivå. Vektlegging av systemfaktorer ville imidlertid blitt for omfattende i forhold til oppgavens rammer og er derfor utelatt.

## 2 Kontekstuelle rammer

Innledningsvis presenteres arbeidsmetoden IPA-tilrettelegger. Deretter redegjøres det for individuell plan som er et sentralt verktøy i metoden. Tjenesten hjemmesykepleie skisseres kort. Avslutningsvis beskrives studiens målgruppe.

### 2.1 Individuell livskvalitetsorientert og helhetlig arbeidsmetode – IPA-tilrettelegger

IPA-tilrettelegger er en metode for systematisk, individuelt og helhetlig livskvalitetsorientert arbeid som omfatter et verdigrunnlag, metodikk og dokumentasjonsverktøy (Vedlegg 12). IPA er en forkortelse for ”Individuelt prioriterte aktiviteter, indre og ytre relasjoner og helse” (Berge og Lorentsen, 2004; Lorentsen, 2007).

#### 2.1.1 IPA-tilrettelegger - hensikt og metodikk

Hensikten med IPA-tilrettelegger er å fremme mestring og livskvalitet hos mennesker med helseproblemer og funksjonssvikt. Individuelle verdier og behov legges til grunn for prosesser mot egne livskvalitetsmål – det som oppleves vesentlig i den aktuelle livssituasjonen. Livskvalitetsmålene skal være styrende for tiltak og tjenester som settes inn (Berge og Lorentsen, 2004).

IPA-tilrettelegger som prosess er basert på en en-til-en-kommunikasjon mellom bruker og en personlig koordinator. Med utgangspunkt i den enkeltes ståsted avklares mål som kan utløse motivasjon og egne drivkrefter. Prosessen innebærer også at umiddelbare pleie- og omsorgsbehov ivaretas. Avklaring av livskvalitetsmål retter fokus mot livskvalitetsdomener som individuelt prioriterte aktiviteter, indre og ytre relasjoner, samt helse innenfor livsarenaer som hjem, fritid, nærmiljø, opplæring, arbeid og tjenestetilbud. Indre relasjoner omfatter forhold knyttet til selvbilde, trygghet og kontroll, mens ytre relasjoner handler om forholdet til andre mennesker og omgivelsene. Livskvalitetsdomenene og livsarenaene er viktige hver for seg, men også gjensidig avhengige. Målene kan være ”små” og konkrete eller store og fjerntliggende. Mål som kan synes urealistiske, skal også anerkjennes; realismen avklares som regel underveis.

Koordinator er en fagperson med et overordnet ansvar for helhet, sammenheng og styring i planleggingen mot den enkeltes livskvalitetsmål. Hovedoppgaven er å fungere som ”katalysator” i prosessen. Gjennom samtaler legges grunnlaget for å bli kjent med personen bak helse- og

funksjonssvikten og den enkeltes eventuelle sårbarhetsområder. Samtalene er åpne uten forhåndsdefinerte temaer eller spørsmål. IPA-tilrettelegger inneholder imidlertid en samtaleguide som koordinator kan støtte seg til. Sentrale strategier er å lytte, gi støtte, stimulere og respektere brukeren. Respekt innebærer, i følge metoden, også å oppfordre brukeren til deltakelse og ansvar i prosessen. Det vektlegges å gi den enkelte makt og kontroll, samt styrke vedkommendes kunnskaper om helsestatus, prognose, mulige tiltak og tilgjengelige ressurser. ”The personal coordinator facilitates, respects and listens on the one side and empowers on the other side” (Lorentsen, 2007 s. 21).

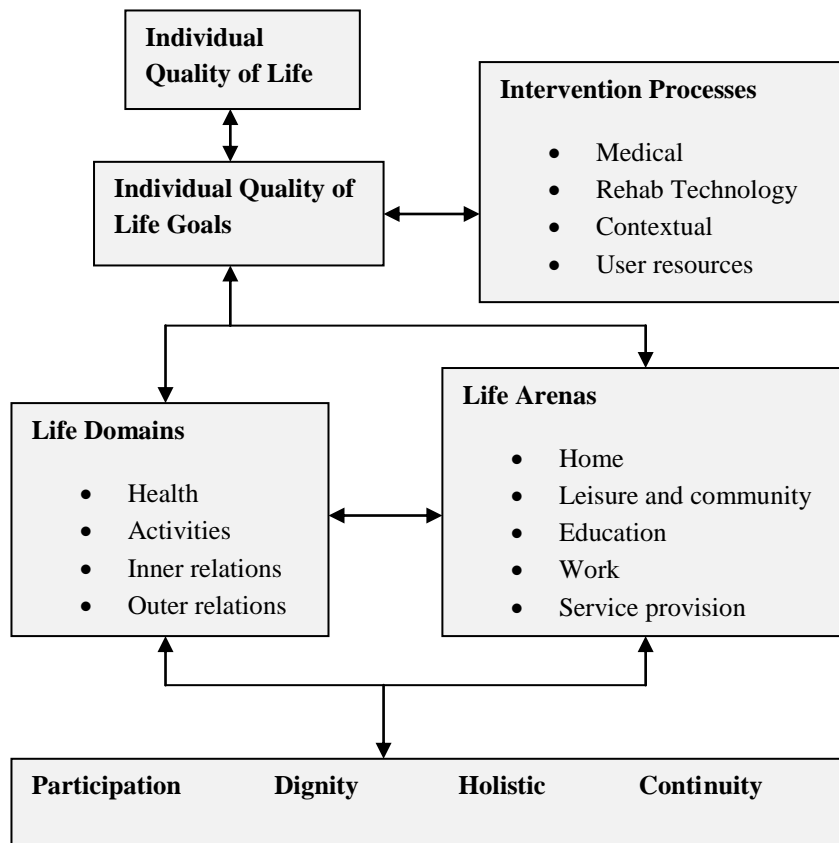
Målprosessen omfatter også valg av tiltak i samarbeid med bruker og eventuelle nærpå personer, andre faggrupper og sektorer. Likeledes evaluering og justeringer underveis. Prosessen dokumenteres i en individuell plan som utgjør et sentralt støtteverktøy i metoden. Planen skal være et enkelt og oversiktlig dokument som brukeren har et eierforhold til, og som følger vedkommende gjennom samarbeid med tjenesteapparatet. Planen ajourføres fortløpende så lenge det er aktuelt. Samarbeidende aktører har en kopi for å sikre at alle arbeider mot samme mål (Berge og Lorentsen, 2004; Lorentsen, 2007). IPA-tilrettelegger inneholder også andre støtteelementer som kan brukes ved behov, blant annet verktøy som viser framgang gjennom grad av måloppnåelse.

### **2.1.2 IPA-tilrettelegger - verdigrunnlag**

IPA-tilrettelegger er basert på verdiene deltakelse, verdighet, helhet og kontinuitet. Deltakelse defineres som involvering i aktiviteter og relasjoner som oppleves vesentlige. Verdighet knyttes til brukerens rett og plikt til å bestemme innholdet i eget liv innenfor gjeldende sosiale, juridiske, økonomiske og etiske normer. Et helhetlig menneskesyn reflekteres ved at mål og tiltak omhandler brukerens totale livssituasjon. Kontinuitet dreier seg om å sikre samordning og oppfølging på tvers av faggrupper, sektorer og nivåer i hjelpeapparatet (Berge og Lorentsen, 2004; Lorentsen, 2007).

Den ideologiske plattformen for IPA-tilrettelegger bygger, i følge Berge og Lorentsen (2004), på utviklingen i forståelsen av funksjonsnedsettelse og rehabilitering, sammensmeltingen av den sosiale og medisinske forståelsesmodellen og utviklingen fram til en internasjonal klassifikasjon av funksjon, funksjonshemming og helse (ICF) i regi av Verdens helseorganisasjon (WHO, 1999). Det vises dessuten til empowerment-bevegelsen, ”user centered approaches” og ”preference elicitation techniques”. Utviklingen av IPA-tilrettelegger refererer seg videre til innholdet i Stortingsmelding nr. 21, (1998-1999) og tilnærmingen ”Goal Attainment Scaling”. Deltakelse i to EU-finansierte prosjekter CERTAIN og EATS har også hatt betydning for arbeidsmetoden.

**Figur 1.** Conceptual Model of Rehabilitation Process (Basic Model for IPA-facilitator) (Lorentsen, 2007)



Denne studiens forståelse av IPA-tilrettelegger som en metodikk innenfor empowermenttenkningen baserer seg på kjerneelementer som bevisstgjøring av bruker, vektlegging av individuelle verdier og interesser, styrking av kunnskaper og ferdigheter, økt brukerinnflytelse og resultater som økt mestring, meningsopplevelse og livskvalitet.

### 2.1.3 Undersøkelser av IPA-tilrettelegger

IPA-tilrettelegger har vært utprøvd i flere kommuner innen rehabilitering knyttet til alle aldersgrupper, innen pleie- og omsorgstjenester, psykiatri og rusomsorg. Det empiriske erfaringsgrunnlaget viser at arbeidsmetoden støtter egenmestring og bidrar til økt brukerdeltakelse (Lorentsen, 2007).

Programmet ”Eldre personer – Helse og livskvalitet” som startet i regi av arbeidsmetodens utviklere i 2001, tok sikte på å dokumentere effekt av IPA-tilrettelegger i forhold til eldre persons funksjonsnivå, psykiske situasjon og opplevelse av et meningsfullt liv. Programmet omfattet to prosjekter i samarbeid med fem kommuner; ett på sykehjem og ett i åpen omsorg. Undersøkelsen på sykehjem viste en bedring i beboernes opplevde livskvalitet gjennom bedre trivsel, reduserte

depressive symptomer og realisering av individuelle mål. Økt tillit og åpenhet mellom beboere og ansatte ble også rapportert (Berge og Lorentsen, 2003). Det foreligger ingen rapport fra undersøkelsen i åpen omsorg. Det er ikke gjennomført uavhengige studier av arbeidsmetoden.

#### **2.1.4 Tilsvarende arbeidsmetoder og foreliggende forskning**

Litteraturgjennomgangen har ikke identifisert andre norske arbeidsmetoder tilsvarende IPA-tilrettelegger, mens det foreligger enkelte utenlandske metoder som er konsistente med empowermentideologien, og beslektet med IPA-tilrettelegger. Lorentsen's Self-Care Capability Scale (Ruland et al., 1997) og The RCN nursing older people assessment tool (Ford og McCormack, 2000) reflekterer begge den eldres helhetlige livssituasjon og legger brukers verdier, ønsker og behov til grunn for individuelt tilpassede tjenester. Metodene skiller seg fra IPA-tilrettelegger gjennom sitt fokus på detaljert kartlegging av egenomsorgsnivå og mindre vektlegging av åpne, brukerstyrte prosesser. Individuell plan er ikke et begrep i metodene.

Arbeids- og kommunikasjonsmetoden "veiledet selvbestemmelse" har klare paralleller til IPA-tilrettelegger. Pasientens rett til å ta beslutninger om eget liv legges til grunn, og konkrete hjelpemidler understøtter beslutningsprosessen i samhandling mellom sykepleier og pasient. En studie viste at arbeidsmetoden fremmet pasientenes mestringsevne og bedret deres sykdomstilstand (Zoffmann og Lauritzen, 2006; Kirkevold, 2008b). "Veiledet selvbestemmelse" omfatter ikke et tilsvarende helhetlig konsept av verdigrunnlag, metode og dokumentasjonsverktøy i form av individuell plan slik som IPA-tilrettelegger. Arbeidsmetoden har så langt vært rettet mot særskilte diagnosegrupper. Det er ikke funnet metoder tilsvarende IPA-tilrettelegger som er utprøvd i forhold til hjemmeboende, skrøpelige eldre.

## **2.2 Tjenesten individuell plan**

Kommunen som utgjør forskningsfeltet for denne studien, hadde vedtatt at alle brukere med behov for helse- og omsorgstjenester skulle få individuell plan dersom de ønsket det. IPA-tilrettelegger ble lagt til grunn for utformingen av slike planer (Sosial- og helsedirektoratet, 2006). Kirkevold (2008b) hevder at IPA-tilrettelegger kan være en av flere effektive tilnærminger ved utarbeidelse av individuell plan; en ordning som forfatteren mener har særlig relevans i forhold til gamle, skrøpelige pasienter fordi deres helsesituasjon ofte er kompleks og krever ulike tjenester. St. meld. 47 (2008-2009) understreker at helse- og omsorgstjenesten i dag mangler systemer som ivaretar pasienters samlede behov og peker på individuell plan som et viktig tiltak. Eldreombudet (2009)

kommenterer i sin årsmelding at det er et behov for økt bruk av individuell plan blant hjelpetrequende eldre.

Individuell plan er et virkemiddel som skal sikre at brukeren får helhetlige, koordinerte og individuelt tilpassede tjenester. Retten til å få utarbeidet en individuell plan omfatter alle som har behov for langvarige og koordinerte helse- og/eller sosialtjenester. Tjenestemottaker har rett til å delta i utforming, og hjelpeapparatet skal legge til rette for slik medvirkning. Planarbeidet skal koordineres, og hver tjenestemottaker skal kun ha én individuell plan (Forskrift om individuell plan, 2004; Sosial- og helsedirektoratet, 2007). Retten til å få utarbeidet en individuell plan er hjemlet i sosialtjenesteloven § 4-3a og pasientrettighetsloven § 2-5. En korresponderende plikt for tjenesteapparatet til å utarbeide individuell plan er hjemlet i sosialtjenesteloven §4-3a, kommunehelsetjenesteloven § 6-2a, lov om spesialisthelsetjenesten § 2-5 og psykisk helsevernloven § 4-1 (Sosial- og helsedirektoratet, 2007).

Individuell plan er både et verktøy og en prosess. En tjenesteyter, i praksis kalt koordinator, har hovedansvaret for oppfølging av brukeren og skal sikre framdrift i planleggingen. Planen omfatter oversikt over brukerens mål, ressurser og tjenestebehov, samt aktuelle tiltak og beskrivelse av hvordan disse skal gjennomføres. Dokumentet skal utarbeides i et samarbeid på tvers av sektorer, etater og nivåer og angi ansvarsfordeling og tidsfrister. Plan for evaluering og revidering skal også inngå. Ordningen erstatter ikke behovet for mer detaljerte behandlings- og tiltaksplaner (ibid.).

Plandokumentet gjenspeiler en pågående prosess for å gi brukeren tilpassede tjenester der mål og behov stadig endres. Prosessen baseres på en helhetlig forståelse av den enkeltes livssituasjon. Planprosessene vil være ulike; for noen handler det om personlig utvikling, mens hovedsaken for andre er planlegging og tilrettelegging av tjenestetilbudet (ibid.).

Ordningen med individuell plan skal gi brukeren en aktiv rolle og styrket innflytelse over sin situasjon. Planen er brukerens eget dokument, og retten til medvirkning gjelder uavhengig av alder, funksjonsnedsettelsens art og type bistandsbehov så lenge vedkommende har behov for tjenester fra flere instanser over en viss tid. Ordningen gir ikke den enkelte større rett til tjenester enn det som allerede følger av øvrig regelverk, men vil likevel være en viktig premiss når vedtak om tjenester skal fattes (Sosial- og helsedirektoratet, 2007).

## 2.3 Hjemmesykepleie

Hjemmesykepleie er en del av de kommunale pleie- og omsorgstjenestene. Tjenesten er hjemlet i kommunehelsetjenesteloven § 1-3 som blant annet pålegger kommunene å sørge for sykepleietjenester til befolkningen, herunder tilbud om hjemmesykepleie. Tildeling av hjemmesykepleie skjer etter bestemmelsene i forvaltningsloven. Vedtak om tildeling av hjemmesykepleie til den enkelte regulerer og konkretiserer hvilke hjelpetiltak som inngår, og hvor ofte hjelpen ytes (Fermann og Næss, 2008).

Mens de kommunale hjemmetjenestene tidligere i hovedsak var et tilbud om praktisk bistand, har det skjedd en dreining mot økt satsing på hjemmesykepleie. Kommunene konsentrerer i stadig større grad innsatsen mot de mest ressurskrevende brukerne. De som får tjenester, mottar ofte omfattende hjelp knyttet til opptrening og rehabilitering, behandling og pleie (Helse- og omsorgsdepartementet, 2010).

Hjemmesykepleietjenesten ivaretar befolkningens behov for sykepleie uavhengig av alder. I 2009 var om lag 130.000 personer mottakere av hjemmesykepleie. Herav var ca 80.000 67 år eller eldre (Statistisk sentralbyrå, 2010). Veksten i hjemmesykepleietjenesten har i stor grad vært knyttet til nye brukergrupper under 67 år. Selv om eldre fremdeles utgjør den største gruppen mottakere, har andelen i alderen 67-79 år sunket med ca 20% (Abrahamsen og Svalund, 2005). Fermann og Næss (2008) påpeker at denne utviklingen kan innebære fare for at hjemmebasert geriatrisk sykepleie taper i prioriteringen av ressursene.

## 2.4 Den hjemmeboende, skrøpelige eldre

Forekomst av sykdom og funksjonssvikt øker med alderen. Når befolkningens levealder øker vil derfor flere leve lenger med aldersrelaterte sykdommer. Dette betyr flere kroniske sykdomstilstander, svekket funksjonsevne og uførhet. Selv om Eldres helsetilstand er bedre enn tidligere, viser Statistisk sentralbyrås helseundersøkelser at drøyt åtte av ti eldre over 67 år har en eller flere varige sykdommer eller lidelser. En av fire eldre lever med sykdommer som påvirker hverdagen deres. Spesielt framtrekkende er dette i gruppen over 80 år der 20% beskriver at de har dårlig helse, og halvparten har sykdom som i noen eller høy grad påvirker livet deres. Blant de eldste eldre er andelen kvinner med store helseproblemer vesentlig høyere enn for menn (Lunde, 2000; Otnes, 2011). Helseproblemer blant eldre er i stor grad relatert til aldersdemens, muskel- og skjelettplager, bruddskader og hjerneslag. Åndedrettslidelser og nedsatt syn og hørsel er også økende med alderen. Likeledes er alder en risikofaktor når det gjelder samtlige kreftformer



(Romøren, 2005; St. meld. nr. 25, 2005-2006). I tillegg ser eldre ut til å være mer utsatt for psykiske lidelser. Clausen og Slagsvold (2005) angir at 30% av personer mellom 70 og 80 år har depressive symptomer.

Dårlig helse og funksjonssvikt reduserer egenomsorgsevnen og fører til problemer i dagliglivet for hjemmeboende eldre, spesielt gjelder dette sykdommer som nedsetter bevegelsesevnen og fører til sansetap. I kombinasjon med kroppslig aldring som gir tiltagende disposisjon for sykdom, vil lidelser og skader ofte gjøre den eldre avhengig av hjelp (Romøren, 2005). Personer med multisykdom, funksjonssvikt og lav reservekapasitet defineres i medisinsk litteratur som skrøpelige. Skrøpelighet knyttes også til problemer med ivaretagelse av dagliglivets aktiviteter (ADL), til fare for institusjonalisering og for å dø (Fried et al., 2001). Brukerne i denne studien var skrøpelige slik begrepet her defineres.

Offentlig omsorgspolitikker legger til grunn at alle som ønsker det, skal få anledning til å bo i eget hjem så lenge som mulig, og motta nødvendige tjenester der (St. meld. nr. 50, 1996-1997; Otnes, 2011). De fleste eldre, rundt 80%, ønsker da også å leve et selvstendig liv i egen bolig eller i en tilrettelagt bolig med tjenester (Dahl og Vogt, 1996; Høyland et al, 2006; Huseby og Paulsen, 2009). Betydningen av å være hjemme relateres av Hinck (2004) til muligheter for privatliv, uavhengighet og tilknytning til livet før. Individbasert statistikk for pleie- og omsorgstjenesten i kommunene (IPLOS) for 2009 viser at om lag 22% av personene i aldersgruppen 67 år og eldre var mottakere av pleie- og omsorgstjenester i eget hjem. Herav fikk 20% hjemmesykepleie, mens 17% mottok praktisk bistand. 27% var brukere av begge tjenestetypene. Omtrent en tredjedel av tjenestemottakerne hadde et middels til stort bistandsbehov. Rundt halvparten av tjenestemottakerne i alderen 67-89 år var aleneboende, mens tallet for brukere over 90 år var 70% (Statistisk sentralbyrå, 2010).

I tillegg til avhengighet av pleie- og omsorgstjenester, begrenser helsesvikt og nedsatt funksjonsevne mulighetene til å opprettholde tidligere verdsatte aktiviteter (Laake, 1997; Daatland og Solem, 2000; Andersson, 2002). Dette bekreftes blant annet i en studie blant hjemmeboende, pleietrengende gamle som viste at funksjonssvikt og avhengighet innebar et liv innenfor snevre rammer med begrensede muligheter til å komme seg ut, sviktende egenomsorg og avhengighet av hjemmesykepleiens rutiner. Opplevelsen av å være alene var også framtrædende i målgruppens dagligliv (Hage, 2000). Å være aleneboende, tap i nære relasjoner, sykdom og nedsatt funksjon reduserer mulighetene for sosial interaksjon og øker pleietrengende Eldres sårbarhet (Dale, Dale og Lorensen, 2001). I følge Kaasa (1998) har 5-10% av de eldre mer eller mindre varig redusert sosial kontakt, mens for 10-40% er dette et problem i perioder. Tilsvarende viste levekårsundersøkelsen

2008 at økende alder innebærer tap av fortrolige kontakter. En av tre eldre uttrykte at de hadde to eller færre personer de kunne regne med hvis de fikk problemer. Opplevelsen av at andre personer viste liten interesse for det de gjorde, var også mer utbredt blant de eldste (Statistisk sentralbyrå, 2009a). De som bor alene og i tillegg har dårlig helse, er oftere ensomme enn andre. Studier viser at ensomhet er mest utbredt i de eldste aldersgruppene (Bergland og Wyller, 2006; Thorsen og Clausen, 2009). Sosial støtte er en viktig beskyttelsesfaktor ved negative hendelser i livet og har en positiv effekt på menneskers psykiske helse (Johnson-Taylor et al., 1995).

Til tross for en strevsom hverdag viser en rekke studier at de eldre likevel er tilfredse med livet i betydelig grad. I en undersøkelse blant 92 eldre i alderen 75 år og over fant Mo og Mo (1999) at eldre har en positiv opplevelse av hverdagen selv om livssituasjonen er vanskelig. De er fornøyde med det de mestrer til tross for at hjelpebehovet øker. De pleietrengende eldre i Hages (2000) studie beskrev en hverdag med store begrensninger, men uttrykte likevel tilfredshet med tilværelsen. De levde i eget hjem og kjent miljø, hadde opprettholdt verdighet og selvrespekt og kunne påvirke sin situasjon. Hansen og Slagsvold (2009) konkluderte med at de eldre er fornøyde med livet selv om de har mer depressive symptomer og negative følelser enn yngre. Etter 75 års-alderen faller imidlertid den positive holdningen.

Helse- og funksjonsevne er nært knyttet til opplevelse av livskvalitet (Næss, 2001; Bergland og Wyller, 2006). En studie blant eldre mottakere av hjemmesykepleie framhevet tilfredsstillende helse og funksjonsnivå, sosiale relasjoner og muligheter til å bo i eget hjem som sentrale faktorer for opplevelse av livskvalitet. Undersøkelsen konkluderte med at kontroll over eget liv og opplevelse av mestring, deltakelse og uavhengighet, er viktig til tross for høy alder og helsesvikt (Dale, Dale og Lorensen, 2001).

## 3 Teoretisk referanseramme

Kapitlet presenterer studiens teoretiske grunnlag. Empowerment framstår som et sentralt tema i IPA-tilrettelegger. I møte med utfordringer som følger av sykdom og funksjonssvikt, blir omsorg og mestring også viktige behov i hverdagen for den gamle. Hovedbegrepene empowerment, mestring og omsorg utdypes i underkapitlene 3.2 og 3.3.

### 3.1 Litteratursøk

Litteratur er innhentet gjennom søk i de elektroniske databasene Pubmed, Medline og Cinahl, samt Bibsys. Lesing av artikler og bøker har generert nye søk. Litteraturen knyttet til oppgavens hovedbegreper er omfattende. Valg av teoretiske perspektiver er gjort ut fra det som har vært vurdert relevant for denne studien. Søk frambrakte få empiriske studier om empowerment i hjemmebasert omsorg og enda færre som omhandler skrøpelige, hjemmeboende eldre. Sentrale søkeord har vært: frail elderly, homebound, home nursing care, coping, empowerment, empowering strategies, self-determination, autonomy, quality of life.

### 3.2 Empowerment

Presentasjonen av empowerment er basert på en begrepsanalyse av sykepleieforskeren Cheryl Gibson (1991). Det redegjøres for definisjon, opprinnelse og kjennetegn, samt for forutsetninger og utfordringer knyttet til empowermentprosessen i en sykepleiekontekst<sup>1</sup>. Senere teoretiske studier av begrepet er også inkludert. Videre presenteres empirisk forskning som omhandler empowerment blant skrøpelige, hjemmeboende eldre<sup>2</sup>.

#### 3.2.1 Definisjon og opprinnelse

Begrepet empowerment har sin semantiske opprinnelse i det latinske ordet ”potere” som betyr ”å være i stand til” (Gibson, 1991). Oversatt til norsk betyr verbet ”to empower” å gi makt eller autoritet til, å sette i stand til eller tillate (NOU-18, 1998; Thesen og Malterud, 2001), mens myndiggjøring, styrking og egenkraftmobilisering er andre forslag til oversettelser (Gulbrandsen, 2000; Askheim, 2003). Da det ikke finnes et fullstendig dekkende norsk uttrykk for begrepet, og

---

<sup>1</sup> Flertallet i koordinatorutvalget var hjelpepleiere. Som fagutøvere i hjemmesykepleietjenesten, er hjelpepleiere tilknyttet kommunens sykepleietjeneste.

<sup>2</sup> Tjenestemottakerne benevnes i teorikapitlet som brukere, pasienter og klienter avhengig av terminologien i de ulike studiene.

den engelske betegnelsen brukes i norsk helsefaglig litteratur, anvendes termen ”empowerment” i denne oppgaven.

Empowerment som ideologisk begrep kan føres tilbake til marxistisk teori, og til Paulo Freires frigjøringspedagogikk i Latin-Amerika. Å være et subjekt med ansvar for eget liv er et kjernepunkt hos Freire, noe som krever bevisstgjøring og kritisk refleksjon i likeverdige dialog med andre (Nyatanga og Dann, 2002; Askheim, 2003). Begrepet kan videre knyttes til demokratisk og feministisk teori, samt kommunikative handlingsteorier innenfor kritisk teori som tar utgangspunkt i at mennesket er selvreflekterende, og har behov for å handle uavhengig (Shearer og Reed, 2004). Det kan også trekkes linjer til psykoanalysens vektlegging av samtalen som bevisstgjørende strategi (Rønning, 2007). Empowerment som politisk idé har sitt utspring i sosiale protestbevegelser i USA på 1960- og 1970-tallet da begrepet oppsto som en reaksjon på diskriminering, fattigdom og utsatte gruppers kamp for menneskeverd, respekt og like rettigheter (Gibson, 1991; Thesen og Malterud, 2001).

Empowerment har siden begynnelsen av 1990-tallet fått en økende anvendelse innen helse- og sosialfaglig arbeid og politikk på området (Askheim, 2003). Empowermenttenkningen gjenfinnes i en rekke sentrale helsepolitiske dokumenter (NOU-18, 1998; St. meld. nr. 21 1998-1999; St. meld. nr 26, 1999-2000; St. meld. nr 28, 1999-2000). I følge Gibson (1991) er empowerment et viktig og nyttig begrep i sykepleiepraksis, noe som gjenspeiles i den betydelige oppmerksomheten rundt temaet de siste tiårene. Foreliggende sykepleieforskning om empowerment er imidlertid i stor grad teoretisk. Begrepet er i liten grad realisert i sykepleiepraksis, og kunnskapen omkring metodiske tilnærminger er begrenset (Nyatanga og Dann, 2002; Brown et al, 2006; Shearer, 2007; St-Cyr Tribble et al., 2008). Dette kan henge sammen med begrepets komplekse og kontekstavhengige natur (Gibson, 1991; Stang, 1998).

### **3.2.2 Sentrale kjennetegn**

Betydningen av empowerment i sykepleie knyttes av Gibson (1991) til individets opplevelse av fremmedgjøring og reduserte påvirkningsmuligheter i rollen som pasient. Synet er i tråd med Hage og Lorensen (2005) som påpeker sykepleierens ansvar for å styrke pasientens egne ressurser, og redusere faktorer som hindrer mestring og uavhengighet.

#### **Prosess og resultat**

Gibson (1991) presenterer to definisjoner av empowerment (oversettelse i Stang, 1998):

Empowerment er en sosial prosess som omfatter oppdagelse, stimulering og forbedring av menneskers evner til å ivareta sine egne behov, løse sine egne problemer og mobilisere de nødvendige ressurser for å få opplevelsen av å ha kontroll over sine egne liv (Gibson, 1991, s. 359).

Den andre definisjonen inkluderer også helseperspektivet og er i tråd med Verdens helseorganisasjons (WHO, 1998) definisjon av empowerment innen helsefremmende arbeid:

Empowerment er en prosess hvor en hjelper mennesker til å oppnå kontroll over faktorer som påvirker deres helse (Gibson, 1991, s. 359).

Empowerment framstilles først og fremst som en indre prosess der personen utvikler en kritisk bevissthet rundt årsakene til utfordringer og problemer i livet. Bevisstgjøringen gir muligheter til å handle og finne løsninger.

Beskrivelsene samsvarer med øvrig litteratur der empowerment betegnes som en iboende endringsprosess, og en prosess av personlig vekst og utvikling. Bevisstgjøring og refleksjon står sentralt og åpner muligheter for endringer (Kuokkanen og Leino-Kilpi, 2000; Shearer og Reed, 2004; Hage og Lorensen, 2005). Tilsvarende sier Nyatanga og Dann (2002) at empowerment er et psykologisk fenomen i den enkelte person. Den indre, individuelle forankringen innebærer at empowermentprosessen ikke kan overføres fra den profesjonelle hjelpearbeideren til pasienten (Rodwell, 1996; Nyatanga og Dann 2002). Det er selvbevissthet og egne ressurser som fører til at individet blir ”empowered”, ikke tjenestetilbudet som sådan.

Resultatene av empowermentprosessen er, i følge Gibson (1991), opplevelse av mestring og kontroll, egenutvikling, sosial tilknytning, bedre helse, personlig tilfredshet og økt livskvalitet. Synet støttes i øvrig litteratur der også styrket selvtillit, selvrespekt og identitetsfølelse fremheves. Videre gir prosessen utvidete valgmuligheter som kan lede til forandring (Rodwell, 1996; Kuokkanen og Leino-Kilpi, 2000; Shearer og Reed, 2004). Velvære som resultat utdypes av Nyatanga og Dann (2002, s. 235) når de hevder at: ”the ultimate goal of empowerment is well-being”. Prosessen betegnes også som energigivende, og den gir håp, retning og motivasjon (Rodwell, 1996). Reduksjon av negative følelser som stress, angst og sorg, bedring av sosiale ferdigheter og relasjoner, samt styrkede kommunikative evner beskrives av St-Cyr Tribble et al., (2008).

Hage og Lorensen (2005) retter i sin begrepsanalyse fokus spesielt mot skrøpelige eldre og hevder at empowerment setter den enkelte i stand til å tilpasse seg og mestre sin livssituasjon på en måte som ivaretar selvaktelse, egenomsorg og velvære. Prosessen legger til rette for egne

mestringsstrategier framfor helsetjenestens løsninger. Forfatterne vektlegger begrepets situasjonsbetingede natur ved å hevde at empowerment for noen kan dreie seg om en følelse av kraft og styrke, mens det for andre handler om virkelig kontroll i form av makt til å utforme egne livsmuligheter.

### **Relasjonelt**

Empowerment er også et relasjonelt begrep. Gibson (1991) tydeliggjør dette ved å beskrive empowerment som en hjelpende prosess der støtte fra omgivelsene står sentralt. Realisering av empowerment plasseres i en partnerskapskontekst preget av gjensidig respekt, tillit og likeverd når det gjelder beslutninger og ansvar. Tilsvarende beskrives i en rekke øvrige studier. En gjensidig og likeverdig interaksjon mellom pasient og sykepleier legger til rette for å identifisere og overstige hindringer som hemmer den enkeltes potensiale, og åpner for at pasienten kan hente fram makt i seg selv til innflytelse i eget liv (Rodwell, 1996; Nyatanga og Dann, 2002; Shearer og Reed, 2004).

Empowerment som relasjonelt begrep handler også om sammenhengen mellom individ og miljø. Omgivelsesfaktorer som helsepersonells kompetanse, holdninger og verdier, samt strukturelle faktorer kan spille en vesentlig rolle når det gjelder hvorvidt en person føler seg umyndiggjort (Stang, 1998). Tilrettelegging for empowerment betinger vektlegging av den sammenhengen den enkelte lever i, samt endring av miljømessige faktorer som hindrer prosessen. Betydningen av fokus på miljømessige faktorer og individets forhold til omgivelsene understrekes også av Kuokkanen og Leino-Kilpi (2000) og Shearer og Reed (2004).

### **Empowerment og betydningen av makt**

Makt er et kjernepunkt i empowermentbegrepet. Makt innebærer å få gjennomslag for sine egne eller eventuelt andres interesser og knyttes ofte til begrensninger av andres handlefrihet, manipulering og regulering av sosiale forhold (Stang, 1998; Kuokkanen og Leino-Kilpi, 2000). I hjelperelasjoner befinner tjenestemottaker seg i et avhengighetsforhold til omsorgsyter. En følelse av ikke å være herre over seg selv og sin situasjon gir lett en opplevelse av maktesløshet med konsekvenser som redusert selvbilde, lavere energinivå, frustrasjon, opplevelse av krenkelse og svekket håp. Håpløshet kan føre til tap av drivkraft og livslyst. Objektivisering og fremmedgjøring både i forhold til seg selv og omgivelsene kan være andre følger (Stang, 1998). Gibson (1991) peker nettopp på maktesløshet som utløsende faktor for empowermentprosessen.

I følge Gibson (1991) innebærer empowerment at makt deles. Synspunktet støttes bredt i annen litteratur; empowerment betyr en maktutjevning mellom bruker og tjenesteutøver som gir brukeren økt kontroll, myndighet og valgfrihet (Anderson, 1996, Rodwell, 1996, Shearer, 2004). Økt makt til brukeren må, i følge Rønning (2007), skje på bekostning av den makt som besittes av hjelpeapparatet både på medarbeider- og systemnivå. Gibson (1991) påpeker her at brukeren får større kontroll ved at sykepleieren oppgir makt og tilpasser seg partnerskapsrollen. Tjenesteyter skal være en ressurs på brukerens premisser og ikke en som vet best (Askheim, 2007). I denne sammenheng er forståelsen av makt i betydningen ”makt til” i motsetning til ”makt over” vesentlig. Å ha ”makt til” innebærer å være i stand til eller ha kapasitet til å handle. I et slikt perspektiv utfordres sykepleieren til å hjelpe brukeren med å nå sine ønsker i en samhandling uten dominans eller kontroll (Stang, 1998). Fordi prosessen tar sikte på å motvirke maktesløshet, betegnes empowerment av Kuokkanen og Leino-Kilpi (2000) som en positiv form for maktutøvelse der makt kan generere energi, motivasjon, mot og muligheter til måloppnåelse.

I følge Gestaldo og Holmes (1999) er imidlertid sykepleie en arena med muligheter for det motsatte av empowerment, nemlig disempowering prosesser. Gjennom observasjon, undersøkelser og behandling kan mennesket lett reduseres til et objekt som mister sin helhet og kompleksitet. En empowering praksis forutsetter derfor, i følge Gibson (1991), at sykepleiere avslører den maktubalansen som hindrer brukerne i å utnytte sitt potensiale, og aksepterer at systemfaktorer skaper maktesløshet på individnivå. Hvordan reduksjon av maktesløshet også handler om å motvirke systemfaktorer, understrekes bredt i litteraturen (Stang, 1998; Hvas og Thesen, 2002). Askheim (2007) tydeliggjør utfordringene ved å påpeke at fokus på enkeltindividet kan pålegge brukeren et for stort ansvar for egen helse og dra oppmerksomheten bort fra forhold i samfunnet som påvirker livsmuligheter.

Kuokkanen og Leino-Kilpi (2000) understreker imidlertid at maktdeling ikke automatisk fører til empowerment fordi empowerment også handler om personlige egenskaper og atferd.

### **3.2.3 Påvirkende faktorer**

Gibson (1991) beskriver flere strategier som fremmer empowermentprosessen. Sykepleiere må vektlegge brukerens ansvar for egen helse, anerkjenne individets utviklingspotensiale og rett til selvbestemmelse, deltakelse og likeverd i relasjonen, samt sikre gjensidig respekt og tillit. Paralleller finnes hos St-Cyr Tribble et al. (2008) som framhever fem praksisstrategier. Den første er å bidra til en terapeutisk relasjon gjennom aktiv lytting og ved å vise interesse, respekt, varme, ærlighet og empati. Et hverdagslig språk og humor er også viktig. Den andre strategien handler om

å bygge på brukerens styrker og egen forståelse av sin situasjon. Sykepleieren må skaffe seg kunnskap om brukerens potensiale, samt gi vedkommende tilstrekkelig tid i prosessen og ivareta kontinuitet. Den tredje strategien er å støtte brukeren i valg og avgjørelser, samt tilpasse intervensjonene deretter. Utvidelse av brukerens muligheter er den fjerde strategien. Sykepleieren kan bidra til dette gjennom informasjon, råd, refleksjoner, oppmuntring og ved å sørge for tilgang til ulike ressurser. Tilrettelegging for læring utgjør den siste strategien. Her bistås brukeren i utprøving av nye løsninger og til å se andre perspektiver. Hvordan empowerment innebærer en partnerskapsrelasjon til tjenestemottakeren kjennetegnet ved ovennevnte faktorer og strategier gjenfinnes i en rekke øvrige studier (Malin og Teasdale, 1991; Rodwell, 1996; Kuokkanen og Leino-Kilpi, 2000; Nyatanga og Dann, 2002, Hage og Lorensen, 2005; Shearer, 2007). I tillegg understreker Askheim (2003) nærhet som nødvendig for at begge parter skal oppleve ansvar for relasjonen, handlinger og aktiviteter. Individuell planlegging nevnes som strategi i noen få studier (Gibson, 1991; Nyatanga og Dann, 2002).

Hvordan ulike strategier og relasjonen mellom sykepleier og tjenestemottaker påvirker empowermentprosessen influeres også av holdninger hos partene.

I følge Gibson (1991) må sykepleieren vise mot, engasjement, toleranse og samarbeidsvilje. Intuisjon og evne til å verdsette forskjeller blir også poengtert. Sykepleieren må blant annet akseptere andre oppfatninger enn de faglige, eller at brukeren ikke ønsker hjelp. Tilsvarende vektlegger Nyatanga og Dann (2002) evne til åpenhet, forståelse, initiativ og fleksibilitet for å kunne møte individet som et unikt og selvbestemmende subjekt.

Tjenestemottakerens egen innstilling er også sentral. McWilliam et al. (1994) beskriver en positiv livsholdning og meningsopplevelse som kritiske faktorer. Det handler om å ha her-og-nå fokus, god selvfølelse, ønske om å klare seg selv og evne til å akseptere sin livssituasjon. Mobilisering av egne ressurser åpner for å sette mål og bidrar til meningsopplevelse. Framstillingen samsvarer med Faulkner (2001) som beskriver den enkeltes egen holdning som essensiell for i hvilken grad empowerment fører til økt selvstendighet. Tilsvarende sier St-Cyr Tribble et al. (2008) at solide verdier, indre styrke, evne til å bruke tilgjengelige ressurser og ønske om en bedre framtid, fremmer prosessen. Det synes videre enighet om at empowerment krever ansvar og aktiv deltakelse (Kuokkanen og Leino-Kilpi, 2000; Nyatanga og Dann, 2002; Askheim, 2003).

Fra flere hold stilles det spørsmål ved om empowermentprosessen kan innebære for store krav i forhold til skrøpelige eldres behov. I følge Faulkner (2001) kan egeninnsatsen som forutsettes, oppleves belastende og lede til stress og bekymringer. Synet er i tråd med Anderson (1996) som



påpeker at kronisk sykdom er krevende, og at helsepersonell risikerer å legge stein til byrden dersom ansvaret blir for stort. Hage og Lorensen (2005) viser til redusert bevegelsesevne, manglende sosialt nettverk, sansesvikt, depresjoner og demens som utfordrende tilstander i forhold til aktivitetskravet i empowermentprosessen. Det faktum at ikke alle ønsker å bli empowered fremheves av Gibson (1991). Et ønske om å oppgi kontroll må også respekteres (Malin og Teasdale, 1991; Rodwell, 1996; Faulkner, 2001).

Flere studier fremhever også det paradoksale ved at sykepleiere støtter empowerment samtidig som praksis vedblir å preges av eksperttenkning som underkjenner pasientkunnskap, og henviser brukeren til en underordnet rolle (Paterson, 2001; Nyatanga og Dann, 2002). Invitasjon til pasientdeltakelse samtidig som praksis preges av profesjonell dominans, kan medføre frustrasjoner og brutte forventninger hos brukerne (Paterson, 2001).

### **3.2.4 Empiriske studier**

McWilliam et al. (1994) gjennomførte en studie av pasienters erfaringer fra oppfølging etter utskrivelse fra sykehus. Helsepersonell brukte ulike grader av paternalistiske strategier avhengig av hvordan de oppfattet pasientens livsinning. Mangel på tydelige mål, ønsker og meningsopplevelse forsterket den paternalistiske holdningen og undergravde den eldre evne til selvstendighet.

En studie av verktøyet "Lorensen's Self-Care Capability Scale" som vektlegger brukerperspektivet i sykepleieplanleggingen, viste at brukerne ble mer bevisste på egne mål og ressurser. De eldre mente også at sykepleierne i større grad forsto hva som var viktig for dem. Sykepleierne på sin side uttrykte at verktøyet åpnet for å se brukernes ressurser, verdier og behov, bidro til å klargjøre mål og fremmet brukerdeltakelse og innflytelse i omsorgen (Ruland et al., 1997).

Ford og McCormack (2000) beskriver hvordan en personorientert tilnærming i sykepleiepraksis kan hjelpe eldre til å bevare eller gjenopprette sin integritet og ikke bli et objekt. "The RCN nursing older people assessment tool" er et verktøy som reflekterer den eldre helhetlige livssituasjon, og legger personlige behov og ønsker til grunn for individuelt tilpassede tjenester.

En studie av en proaktiv, helsefremmende sykepleierintervensjon i tillegg til ordinær hjemmesykepleie viste økt livskvalitet hos skrupelige gamle gjennom reduksjon av depressive symptomer og økt opplevelse av sosial støtte og tilknytning. Egenomsorg og uavhengighet fremmes gjennom kontinuitet, helhetlige vurderinger, tett oppfølging og opplæring. Likeledes kreves fleksibilitet, klientorientering og tverrfaglighet (Markle-Reid et al., 2006).

Økt kunnskap om empowerment i hjemmebasert omsorg etter sykehusopphold var hensikten med en studie blant eldre som nylig hadde gjennomgått hofte- eller kneleddsoperasjon. Resultatene viste at de eldre verken forventet eller etterspurte innflytelse og kontroll. De aksepterte og tilpasset seg en tradisjonell omsorg preget av helsepersonells autoritet til tross for et sterkt ønske om å gjenvinne snarlig uavhengighet (Loft et al., 2003).

Vaartio et al. (2006) fant en sammenheng mellom støttende sykepleiepraksis og empowerment i en studie blant sykepleiere og sykehusinnlagte pasienter hvorav flertallet var over 68 år. En prosess som støttet pasientens behov og ønsker, forutsatte en gjensidig dialog, kontekstuell sensitivitet hos sykepleieren og en tilnærming som anerkjente pasientdeltakelse og behov for uavhengighet.

Shearer (2007) synliggjorde fire sentrale elementer i empowermentprosessen basert på eldre, hjemmeboende kvinners beskrivelser av situasjoner der de hadde opplevd å kunne påvirke eller delta i egen helsemessige utvikling. Elementene var å erkjenne eget potensiale for forandring, overskride hindringer, engasjere seg i livet og ha mål for framtiden.

Studiene viser at empowerment i praksis handler om å realisere teoretisk kunnskap om begrepet. Tradisjonelle holdninger hos helsepersonell, men også hos den eldre selv, kan motvirke empoweringsprosesser. Tilrettelegging for økt kontroll og innflytelse hos eldre er viktig fordi alder, sykdom og funksjonssvikt ofte svekker evnen til å hevde ønsker og behov.

### **3.3 Mestring og omsorg**

Målgruppen i denne studien var avhengige av pleie og omsorg i hverdagen gjennom en tjeneste som tok sikte på å fremme mestring og ivareta omsorgsbehov med utgangspunkt i IPA-tilrettelegger. Benner og Wrubels perspektiver på mestring og omsorg og Lazarus og Folkmans forståelse av mestringsbegrepet er valgt for å belyse dataene i studien. Avslutningsvis gjennomgås relevant forskning rundt mestring og omsorg relatert til studiens målgruppe.

#### **3.3.1 Benner og Wrubel om mestring og omsorg**

I følge Benner og Wrubel (2003) befinner mennesket seg alltid i en kontekst bestående av den historiske, kulturelle, sosiale og tidsmessige sammenhengen vedkommende er i. Kontekstuelle forandringer kan innebære at tidligere selvforståelse og erfaringer ikke strekker til for å håndtere utfordringene. Slike endringer er vesentlige kilder til stress, en tilstand definert som: ”et brudd i

mening, forståelse og uhemmet funksjon slik at fare, tap eller utfordring erfares, og sorg, tolkning eller nye ferdigheter er påkrevd” (Benner og Wrubel, 1989, s. 59).

Sykdom og funksjonssvikt er situasjoner som, i henhold til Benner og Wrubel (2003), nesten alltid fører til brudd i uhemmet funksjon. Mange aspekter ved livet som tidligere er tatt for gitt, fungerer ikke lenger når alvorlig eller kronisk sykdom inntreffer. Det sentrale i opplevelsen av stress er personens vurdering av forholdet til situasjonen, meningen med den og evne til tilpasning.

Mestring forstås som strategien for å håndtere stress. Forholdet mellom stress og mestring uttrykkes slik: ”Stress er opplevelsen av brudd i mening, forståelse og uhemmet funksjon. Mestring er det man gjør med dette bruddet” (Benner og Wrubel, 1989, s. 62).

Forfatterens antakelser om hva det vil si å være menneske ligger til grunn for deres teori om stress og mestring. Fire aspekter utdypes. Begrepet kroppslig intelligens knyttes til sansene og handler om kroppens evne til orientering og persepsjon. Bakgrunnsforståelse beskrives som den forståelse et menneske får ved å vokse opp i en bestemt kultur. Mens kroppslig intelligens og bakgrunnsforståelse forklarer *hvordan* mennesket er i verden, gir begrepet ”concern” eller personlig engasjement svar på *hvorfor*. Mennesker er involvert i verden fordi vi bryr oss om ting og andre mennesker, og vi oppfatter verden i lys av det vi er opptatt av. Kirkevold (1998) oversetter begrepet ”concern” med ”spesielle anliggender” og viser til at det er menneskets spesielle anliggender som bestemmer hva et menneske er, og hvordan det opplever verden og sitt forhold til denne. Forståelsen av kroppens, situasjonens og personlige vurderingers rolle når det gjelder opplevelse av stress og mestringsstrategier knyttes også til et fenomenologisk menneskesyn. Mennesket betraktes som en helhet, og erfaringer, opplevelser og kunnskaper er både kroppslige og intellektuelle. I et fenomenologisk perspektiv forstås mennesket som et aktivt, deltakende selv som både skaper, og skapes av relasjoner, mening og betydninger. Tidsaspektet ved livet der fortid, nåtid og framtid gir mening til her-og-nå situasjonen, påpekes også som vesentlig for mestring. Den livshistoriske plasseringen av en endret situasjon har betydning for om den virker stressende og hvilke mestringsmuligheter som finnes.

I lys av disse grunnleggende antakelsene avgrenses mestring av de meninger og problemstillinger som eksisterer i det en person opplever stressende. Hvilke mestringsmuligheter som foreligger, relateres til det som er betydningsfullt i situasjonen, eller hvordan den enkelte oppfatter sine spesielle anliggender, bakgrunnsforståelse, ferdigheter og praksis. Målet for mestring er å gjenopprette mening og normal funksjon (Benner og Wrubel, 2003). Forfatterne poengterer derfor at en persons mestring ikke kan vurderes i forhold til objektive kriterier, men må ses i lys av

vedkommendes egen forståelse, vurdering og muligheter. Mestring kan betraktes som en prosess der individet hele tiden lærer nye handlingsmåter.

Begrepet omsorg er flerdimensjonalt og omfatter både den hjelpen som blir gitt, måten den blir gitt på og relasjonen mellom tjenesteyter og mottaker. I tillegg representerer begrepet et ideal; en intensjon om å ha omtanke for og sørge for en annen (St. meld. nr. 25, 2005-2006). I denne studien defineres omsorg i relasjon til helse. For Benner og Wrubel (2003) er helse en opplevelse av sammenheng som følge av at man tilhører en sosiokulturell gruppe der meninger og betydninger er integrert og leves ut. Forfatterne anvender betegnelsen velvære framfor helse fordi det reflekterer en persons opplevde helse. Velvære defineres som en overensstemmelse mellom ens muligheter og ens faste praksis og levde mening basert på omsorg og følelsen av å bli sørget for. Velvære inkluderer personen som helhet, og knyttes til kontekst og de forhold som oppleves vesentlige.

Benner og Wrubel (2003) vektlegger omsorg som det primære i menneskelig eksistens. Det er menneskets fundamentale måte å være i verden på og knyttes til det som oppleves betydningsfullt og gir mening. Omsorg kan innebære at man opplever tap og smerte, men forfatterne er også opptatt av at omsorg skaper muligheter. Sykepleie beskrives som en omsorgspraksis der fokus er menneskets opplevelse av stress i møte med helsesvikt, sykdom og tap (ibid.). Omsorg forankret i et helhetlig menneskesyn åpner for innsikt i de levde erfaringene med helsesvikten og til en følelse av sammenheng for den som står overfor utfordringer. Forfatterne betegner omsorg som den grunnleggende forutsetning for mestring. Omsorg definerer meningsfulle måter å mestre på og åpner for muligheten til både å motta og yte hjelp. Gjennom omsorgen kan sykepleieren bidra til at pasienten finner tilbake til omsorgen for seg selv og det betydningsfulle.

Benner og Wrubel peker på sykepleierens personlige engasjement som avgjørende for å forstå enkeltmenneskets opplevelse av sin situasjon og sine spesielle anliggender. Slik kunnskap danner utgangspunkt for å støtte vedkommende i å mestre helserelaterte, stressfylte situasjoner og gjør det mulig for sykepleieren å identifisere ressurser og muligheter. Valg av mestringsstrategier er derfor situasjonsbestemt og avgjøres i samarbeid med pasienten. Gjennom bruk av både personlige ressurser og ressurser i omgivelsene kan sykepleieren hjelpe individet til å etablere omsorgsfulle relasjoner som bidrar til å mobilisere håp og mestring.

Samtidig som Benner og Wrubel poengterer hvordan omsorgen åpner for sykepleierens deltakelse i pasientens situasjon, understrekes betydningen av balanse mellom nærhet og avstand. Likeledes at ansvaret ikke må tas bort fra pasienten. Omsorg der sykepleieren tar *over* eller *gjør for* den enkelte i stedet for å la vedkommende *gjøre selv*, kan føre til dominans og avhengighet. En omsorgsutøvelse

der sykepleieren går inn i en rolle som brukerens advokat, vil derimot "empower the other to be what he or she wants to be and this is the ultimate goal in nursing care relationships" (Benner og Wrubel, 1989, s. 49).

Benner og Wrubles forståelse av stress og mestring har paralleller til Lazarus og Folkmans teori om begrepene.

### **3.3.2 Lazarus og Folkmans mestringsbegrep**

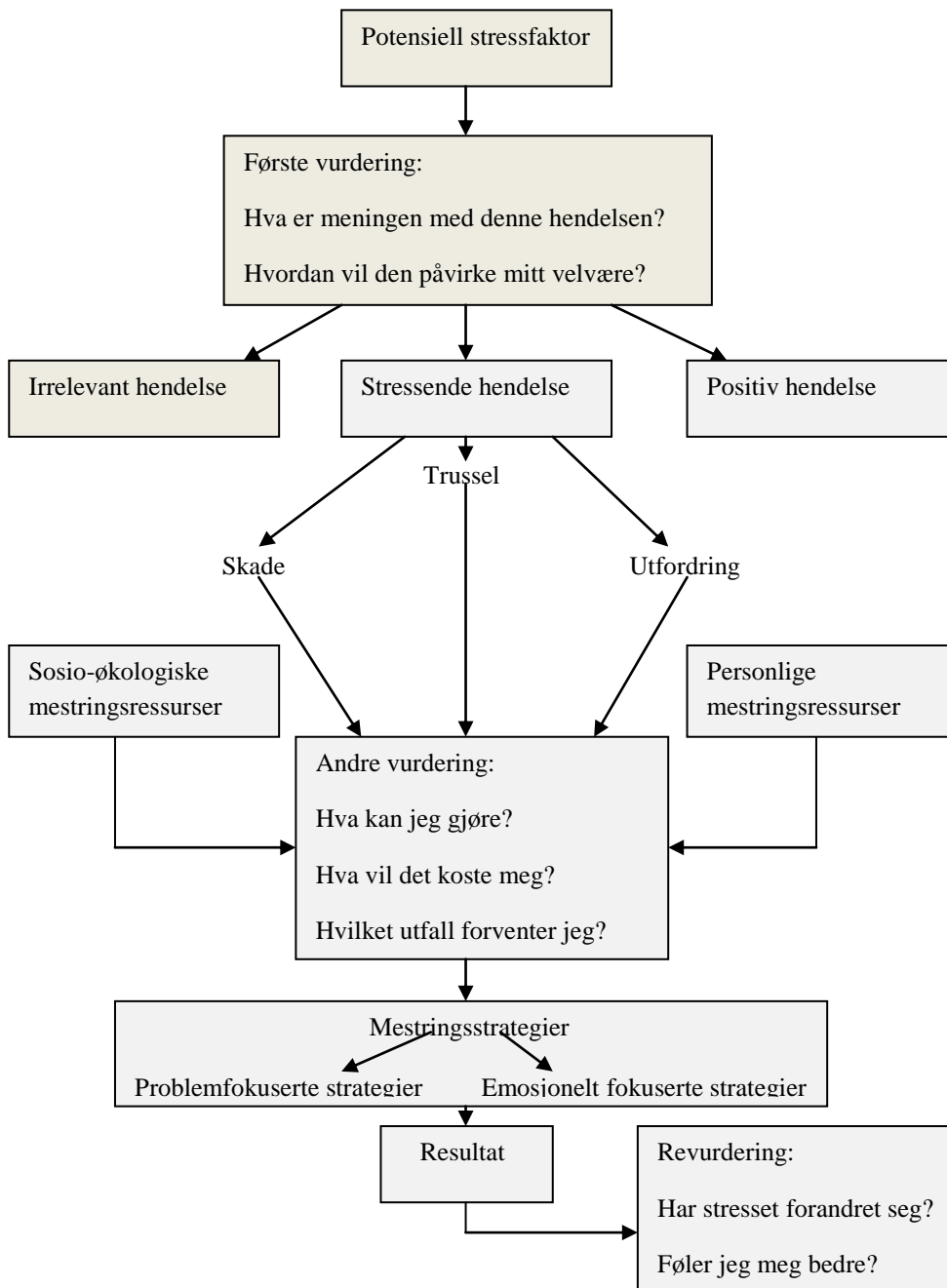
Mestring handler om den måten mennesker håndterer stressende situasjoner på. Stress forstås av Lazarus og Folkman (1984) som en kognitiv og emosjonell respons på krevende situasjoner. Den enkeltes vurdering av situasjonen er avgjørende for hvorvidt den oppleves stressende eller ikke. Vurderingen blir av Lazarus (2000) betegnet som en prosess der kravene i situasjonen ses i forhold til tilgjengelige ressurser. Sykdom og funksjonssvikt er eksempler på situasjoner der kravene ofte overgår de ressursene en har til rådighet og kan derfor virke stressutløsende. Den individuelle, kognitive vurderingen finner, i følge Lazarus og Folkman (1984), sted i ulike faser. Primærvurderingen innebærer å finne ut hva som står på spill, og i hvilken grad dette er viktig. Her inkluderes betydningen av den oppståtte situasjonen for nåtidig og framtidig velvære. Neste steg, sekundærvurderingen, retter fokus mot hva slags mestringsalternativer som foreligger. Den enkeltes vurdering kan ses som en mellomvariabel mellom situasjon og handling.

Mestring er hva en gjør med stressopplevelsen og de forandringene som skjer. Sammenheng mellom begrepene gjenspeiles hos Lazarus (2006) som sier at stress og mestring forholder seg gjensidig til hverandre. Lazarus og Folkman (1984, s. 19) definerer mestring som: "Kontinuerlig skiftende kognitive og atferdsmessige anstrengelser for å klare spesifikke ytre og indre krav som vurderes som krevende eller som overstiger personens ressurser". Mestring ses som en prosess i samspill mellom individ og miljø der målet er å fjerne eller modifisere årsaken til stress, påvirke forståelse av situasjonen eller finne mening med den, samt å kontrollere emosjonelle konsekvenser. Prosessen innebærer mobilisering av krefter både kognitivt og atferdsmessig (ibid.).

Mestring skjer med utgangspunkt i mestringsressurser og mestringsstrategier. Mestringsressursene dreier seg både om personlige og omgivelserrelaterte ressurser. Personlige ressurser handler om evner og karaktertrekk, mens omgivelserressurser omfatter opplevd støtte på familie-, nettverks- og samfunnsnivå. Jo flere tilgjengelige mestringsressurser, desto større mulighet for positiv mestring (Lazarus og Folkman, 1984). Forfatterne viser til to hovedtyper mestringsstrategier; problem- og emosjonsfokuserte. De problemfokuserte strategiene omfatter handlinger for å gjøre noe

konstruktivt med situasjonen. Det kan dreie seg om å søke informasjon og støtte, identifisere alternative mål og aktiv problemløsning. De emosjonsfokuserte strategiene har som mål å regulere de følelsesmessige konsekvensene, eksempelvis tiltak som gir en emosjonell kontroll og avreagering, og som bidrar til at en kan leve med situasjonen.

Figur 2. Modell for stress og mestring (Lazarus og Folkman, 1984)



Ingen mestringsstrategier er effektive i alle situasjoner. Vanlige reaksjoner er å møte situasjonen og mobilisere indre og ytre ressurser for å håndtere den. Andre mestringsmekanismer kan dreie seg å fortrenge ubehaget. Lazarus og Folkman (1984) påpeker her at benektning også kan være en viktig

mestringsstrategi, spesielt i tilfeller der lite kan gjøres. Slike strategier vil da kunne bidra til å opprettholde optimisme og innsatsvilje. En studie av Folkman og Moskowitz (2000) viste at stress over lang tid også kunne omfatte positive erfaringer. Problemfokustert mestring selv om personen manglet kontroll, optimisme og bruk av humor skapte positive opplevelser i hverdagen. Det er en nær sammenheng mellom mestring og kontroll fordi opplevelsen av kontroll avgjør i hvilken grad personen føler seg truet i en stressende situasjon. Mestringsressurser og mestringsstrategier bidrar til økt kontroll gjennom både en generell og mer situasjonell tro på kontroll (ibid.). Mestring, i henhold til Lazarus' og Folkmans (1984) teori, kan på denne bakgrunn oppfattes som summen av indre psykiske og direkte handlingsorienterte krefter som brukes til å gjenfinne mening i situasjonen, samt beherske, tolerere og redusere belastninger.

Benner og Wrubels teori om mestring og omsorg og Lazarus og Folkmans mestringsbegrep danner grunnlag for å forstå utfordringer og behov hos målgruppen for denne studien. Likeledes hvordan bruk av IPA-tilrettelegger kunne spille en rolle i en vanskelig livssituasjon.

### **3.3.3 Omsorg og mestring relatert til den skrøpelige eldre**

I følge Kirkevold (2008a) er det en viktig utfordring for helsevesenet å yte pleie, omsorg og behandling på en måte som ivaretar Eldres verdighet. Utfordringen knyttes til at Eldres integritet er særlig sårbar. Flere forhold kan disponere for integritetskrenkelser. Pleietrengende eldre er avhengige av pleiepersonells tid, hjelp, kompetanse og holdninger. De har ofte liten kontroll med andres tilgang til sin private sfære og mangler styrke til å stå i mot andres maktbruk. Sykdom og funksjonssvikt kan videre stå i veien for å se den personen vedkommende er og har vært. Integriteten trues når den gamle ikke blir sett, respektert og anerkjent for sine verdier, ønsker og behov. Kirkevold (2008a) fremhever integritetsbevaring som et overordnet prinsipp for geriatrisk sykepleie.

Personlig integritet handler om den enkelte som unik person, de kognitive, emosjonelle og moralske aspektene ved personen, samt individuelle preferanser og kompetanse (ibid.). Andersson (1994) påpeker tre prinsipper som integritetsfremmende. Sykepleieren må erkjenne og være lydhør for den enkeltes sårbarhet knyttet til sykdom og avhengighet, ta hensyn til den enkeltes behov og legge til rette for opprettholdelse av privatliv og personlige vaner. Kirkevold (2008b) understreker i denne sammenheng betydningen av individuell sykepleie som anerkjenner og respekterer personlige verdier, erfaringer og kunnskap. Omsorgen må tilpasses den gamles opplevelser, behov, ønsker og mål. En viktig forutsetning for individuell, integritetsbevarende sykepleie er etablering av en ivaretagende pasient-sykepleierrelasjon der samhandlingen bygger på likeverdighet og gjensidighet.

Sykepleieren må legge til rette for dialog, ha grundig kjennskap til den enkelte, kunne avdekke hva som er viktig for personen, og støtte opp om pasientdeltakelse og medbestemmelse gjennom veiledning, opplæring og tilrettelegging. Betydningen av kontinuitet framheves også. Å forholde seg til få sykepleiere som den gamle kan bli kjent med, og som kjenner ens situasjon, skaper trygghet og forutsigbarhet.

Prinsippene for individualisert sykepleie som skisseres av Kirkevold (2008b), samsvarer langt på vei med Benner og Wrubels omsorgsteori der forståelse, vurdering og muligheter i situasjonen vektlegges når sykepleiere skal hjelpe den enkelte i å mestre helse- og funksjonssvikt.

Tilpasning til alderdommens kroppslige og psykologiske endringer, helsesvikt og sosiale tap utfordrer kreftene og evnene hos den gamle når det gjelder egenomsorg og dermed autonomi. I tillegg fører aldring og sykdom til nye omsorgsbehov som ofte krever ytterligere ferdigheter, og endringer i livsstil og dagligliv (Kirkevold, 2008b). Mestring av utfordrende situasjoner avhenger, i følge Daatland og Solem (2000), av individets syn på seg selv og omgivelsene, samt mestringsevne og mestringsstil med paralleller til begrepene mestringsressurser og mestringsstrategier hos Lazarus og Folkman (1984). Faktorene fremheves som vesentlige for om personen opplever kontroll eller maktesløshet i situasjonen. Helseproblemer, aldersforandringer og begrenset gjenstående levetid ligger utenfor den eldres kontroll og kan redusere forventningene til egne påvirkningsmuligheter og bidra til passiv mestring i form av tilpasning til situasjonen. Strategien benevnes som adaptiv resignasjon (Daatland og Solem, 2000). Tilsvarende skiller Schulz og Heckhausen (1999) mellom primær og sekundær kontroll. Primær kontroll innebærer å endre omgivelsene etter egne ønsker, mens sekundær kontroll vendes innover mot å bearbeide egne følelser og oppfatninger. Evne til primær kontroll blir mindre med alderen og kompenseres ved økende bruk av sekundære kontrollmekanismer som tilpasning.

Sammenhengene er i tråd med nyere forskning. Romøren (2005) påpeker seleksjon og optimalisering som tilpasningsstrategier i eldre år. Seleksjon handler om forenkling og innsnevring av det som er viktig, mens optimalisering innebærer å senke kravene til egne prestasjoner. Svekket kontroll i høy alder bekreftes i flere undersøkelser. Likeledes at eldre tilpasser seg ytre forhold og justerer mål og forventninger i forhold til mulighetene i situasjonen (Hansen og Slagsvold, 2009; Slagsvold og Sørensen, 2009). En undersøkelse av mestring blant aleneboende eldre med helsesvikt viste akseptasjon som en sentral strategi. Sykdom og funksjonssvikt som følge av alderdom, var forventet, og de eldre håndterte utfordringene som de kom. Fravær av umiddelbare løsninger på problemene førte til akseptasjon og resignasjon uten at dette handlet om å gi opp; de eldre søkte eksempelvis mening i mindre krevende aktiviteter (Birkeland og Natvig, 2009). Passivitet,



manglende innhold i hverdagen og manglende akseptasjon kunne imidlertid være uttrykk for sviktende mestring. Forfatterne framhever nødvendigheten av å avdekke slike forhold gjennom en aktiv, problemfokuset sykepleiefaglig tilnærming.

Mestring av utfordrende situasjoner oppnås best ved samsvar mellom forventninger om kontroll og de faktiske mulighetene (Daatland og Solem, 2000). Ved å tilføre ressurser er det mulig å styrke eldres følelse av kontroll og dermed øke deres muligheter for aktivitet og deltakelse. Slike ressurser kan handle om helsehjelp, opplæring, psykologisk støtte, sosial kontakt og tilrettelegging av fysiske omgivelser. Økt aktivitet og mestring i egen livssituasjon krever imidlertid krefter både fysisk og psykisk. Tilførsel av ressurser må derfor vurderes opp mot hva som er i den gamles interesse. Kirkevold (2008b) påpeker her betydningen av å sikre en hensiktsmessig balanse mellom avhengighet og uavhengighet i omsorgen. I en praksis med overdrevet fokus på mestring kan uavhengighet være målet også når pasienten har behov for og ønsker hjelp. Manglende evne til å leve opp til andres mål om uavhengighet kan lett oppleves krenkende og dermed true den gamles integritet.



## 4 Design og metode

I kapitlet redegjøres det for studiens design og metode, datainnsamling, analyse, ivaretagelse av kvalitetskrav, samt forskningsetiske og metodiske overveielser.

### 4.1 Valg av design og metode

Svar på forskningsspørsmålene betinger innsikt i erfaringer fra feltet der IPA-tilrettelegger benyttes. Det foreligger ingen undersøkelser av arbeidsmetoden blant eldre mottakere av hjemmetjenester eller uavhengige studier i andre kontekster. Det er derfor valgt et utforskende og beskrivende design. En slik kvalitativ tilnærming gir grunnlag for å utforske meningsinnholdet i sosiale fenomener slik det oppleves for personene som forskeren studerer. Designet er videre egnet til studier av temaer der kunnskapsgrunnlaget er mangelfullt eller sprikende (Thagaard, 2002; Malterud, 2003).

Forskning på områder der lite er kjent, stiller krav til åpenhet og fleksibilitet (Thagaard, 2002). Flexibiliteten innebærer, i følge Knizek (1998), nødvendige tilpasninger etter hvert som det oppnås innsikt i fenomenene som studeres. I denne studien er fleksibilitet ivare tatt gjennom vurderinger og endringer underveis knyttet til utvalg, datainnsamlingsmetode, analyse, tolkning og presentasjon av funn.

### 4.2 Forskningsfeltet

#### 4.2.1 Tilgang til forskningsfeltet

Studien er godkjent av Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS (NSD) (vedlegg 1) og Regional komité for medisinsk forskningsetikk Sør-Norge (REK) (vedlegg 2). Tidsrammen for studien har oversteget normal progresjon. Endringsmeldinger er vedlagt (vedlegg 3).

Tre kommuner som over tid hadde benyttet IPA-tilrettelegger i sine hjemmebaserte tjenester, ble muntlig forespurt om å være forskningsfelt. En av disse vurderte seg uegnet på det daværende tidspunkt grunnet omorganiseringer. Skriftlig søknad ble derfor sendt til to kommuner (vedlegg 4). Et skriv med informasjon til ansatte ved rekruttering av informanter blant tjenestemottakere ble vedlagt (vedlegg 5). Den ene kommunen ga tilbakemelding om at arbeidsmetoden i stor grad var anvendt i aldersgruppen under 67 år, og at informantgrunnlaget derfor var tynt. Den andre

kommunen ga tillatelse (vedlegg 6). Utviklerne av IPA-tilrettelegger ga skriftlig tillatelse til bruk av deres produkter (vedlegg 7).

#### **4.2.2 Beskrivelse av forskningsfeltet**

Studien er gjennomført i en landkommune med ca. 22.000 innbyggere. Kommunens pleie- og omsorgstjeneste hadde arbeidet systematisk med IPA-tilrettelegger og individuelle planer siden 2000. Satsingen var basert på visjonen ”Livskvalitet og egen mestring” som innebar at alt samarbeid med tjenestemottakerne skulle bidra til en livssituasjon mest mulig i overensstemmelse med individuelle verdier og ønsker (SKUR-rapport, 2006; Sosial- og helsedirektoratet, 2006).

Senere har kommunen innarbeidet metodens verdigrunnlag og prosessen i et helhetlig konsept av strategi, plan og opplæringsprogram knyttet til tjenesten individuell plan. Alle mottakere av pleie- og omsorgstjenester er potensielle brukere av individuell plan og får tildelt personlig koordinator ved behov og ønske.

#### **4.2.3 Rekrutteringsprosessen**

Et møte mellom leder for hjemmetjenesten, kommunens systemkoordinator og forskeren innledet det videre samarbeidet. Informanter ble rekruttert via systemkoordinator.

Strategiske utvalg ble i utgangspunktet planlagt for å frambringe relevante data. Kvalitativ forskning tar sikte på å fange opp strukturer, sammenhenger og utviklingstendenser i et mindre materiale som til gjengjeld undersøkes intensivt. Informantene må derfor være sentrale og ha erfaring med de fenomener som undersøkes (Knizek, 1998; Thagaard, 2002). Inkludering av både tjenestemottakere og helsepersonell med koordinatorerfaring ble valgt for å skape størst mulig bredde i materialet. Malterud (2003) sier at variasjonsbredde åpner for å beskrive flere sider ved ett og samme fenomen. Fire til seks informanter i hvert utvalg ble i utgangspunktet vurdert som passende i forhold til studiens rammer. Inklusjonskriterier:

##### Tjenestemottakere

- Hjemmeboende mann eller kvinne over 67 år
- Mottar eller har mottatt hjemmesykepleie der IPA-tilrettelegger brukes eller har vært brukt som arbeidsmetode i tjenesteutøvelsen i mer enn to måneder
- Har samtykkekompetanse og er i stand til å gjennomføre et intervju

### Koordinatorer

- Er ansatt i hjemmesykepleietjenesten
- Er koordinator, dvs. brukers faste kontaktperson og ansvarlig for den individuelle planleggingen i henhold til IPA-tilrettelegger
- Har erfaring fra bruk av IPA-tilrettelegger i forhold til eldre over 67 år i mer enn to måneder

Tjenestemottakere som oppfylte inklusjonskriteriene, ble kontaktet, fikk muntlig informasjon og et informasjonsskriv med samtykkeerklæring i to eksemplarer (vedlegg 8). Ved positiv respons og tillatelse til at forskeren kunne ta direkte kontakt, ble tid og sted for intervjuene avtalt telefonisk. I et par tilfeller ble slik avtale gjort gjennom hjemmetjenestens personell. Aktuelle koordinatorer fikk også muntlig informasjon og et informasjonsskriv med samtykkeerklæring i to eksemplarer (vedlegg 9). Også her ble intervjuene avtalt over telefon.

Tabell 1. Informanter i studien

|  | <b>Tjenestemottakere</b>    | <b>Koordinatorer</b>               |
|--|-----------------------------|------------------------------------|
| <b>Antall</b>                          | 8                           | 7<br>1 sykepleier, 6 hjelpepleiere |
| <b>Alder</b>                           | 65-83<br>6 personer over 70 |                                    |
| <b>Erfaring med koordinatorordning</b> | 1-7år                       | 1-7år                              |

Rekruttering blant tjenestemottakerne tok tid; noen ønsket ikke deltakelse, mens andre ble forhindret. For å rekruttere flere informanter, ble alderskriteriet endret fra 67 til 65 år eller eldre. Da noe av materialet etter seks intervjuer var magert, ble ytterligere to intervju gjennomført. Utvalget utgjorde de som var tilgjengelige, og ble derfor ikke strategisk valgt slik planen var.

Inklusjonskriteriene når det gjaldt koordinatorene stilte ikke krav til fagbakgrunn fordi erfaringer fra rollen som koordinator, var det primære. En overvekt av hjelpepleiere etter seks intervjuer medførte behov for å utvide utvalget til også å omfatte sykepleiere av hensyn til variasjonen. Flertallet hadde videreutdanning innen eldreomsorg eller rehabilitering.

## 4.3 Datainnsamling

### 4.3.1 Det kvalitative forskningsintervju

Kvalitativt intervju ble vurdert som egnet datainnsamlingsmetode. Formålet med det kvalitative forskningsintervjuet er å innhente beskrivelser av intervjupersonens livsverden, særlig med hensyn til tolkninger av meningen med fenomenene som beskrives (Kvale, 1997).

Denne studien dreier seg om å åpne for innsikt og ny kunnskap om IPA-tilrettelegger. I slike tilfeller er det, i følge Malterud, (2003), viktig at intervjusituasjonen ikke standardiseres. En semistrukturert intervjuform ble derfor valgt. Semistrukturerte spørsmål har et fast innhold og orden, men åpne svarmuligheter (Nord, 1998). En viss intervjustruktur sikrer fokus på sentrale temaer i forhold til problemstillingen og at informantene forstår hvilken kunnskap intervjueren er ute etter.

Individuell plan tilhørende de tjenestemottakerne som ble intervjuet, var opprinnelig også planlagt som datakilde, men ble av ressurshensyn utelatt.

### 4.3.2 Intervjuguide

En intervjuguide inneholder temaene som skal tas opp i intervjuet med tilhørende spørsmål. For den semistrukturerte intervjuformen innebærer dette en grov skisse over emner som skal dekkes, samt forslag til spørsmål (Kvale, 1997).

En intervjuguide for hvert av utvalgene (vedlegg 10 og 11) omfattet temaområder knyttet til studiens forskningsspørsmål og hovedelementene i IPA-tilrettelegger. Begge intervjuguidene åpnet med innledende spørsmål om erfaringer fra bruk av arbeidsmetoden og om eventuelle utfordringer. De fleste temaområdene var felles i intervjuguidene som kontakt og dialog mellom bruker og koordinator, om målrettet planlegging, dokumentasjonsverktøyet og arbeidsmetodens verdier. Avslutningsvis ble det åpnet for synspunkter som ikke var kommet fram tidligere i intervjuet. Koordinatorere ble i tillegg intervjuet om faktorer de mente påvirket målprosessene, og IPA-tilrettelegger sett i forhold til en tradisjonell tilnærming.

Begrepene IPA-tilrettelegger, koordinator og livskvalitetsmål ble endret i guiden for brukerutvalget fordi de, i følge forskningsfeltet, ikke kunne forventes kjent blant tjenestemottakerne. Begrepene ble endret til ”en måte å arbeide på for å fremme trivsel og funksjonsevne”, ”en fast kontaktperson”

og ”ønsker/mål/det som oppleves betydningsfullt”. Begge intervjuguidene inneholdt forslag til eventuelle støttespørsmål, samt konkretiserende og utdypende spørsmål.

### 4.3.3 Gjennomføring av intervjuene

Datainnsamlingen pågikk i tidsrommet 1.11.2007 til 5.12.2008.

Skriftlig samtykke ble innhentet før intervjuene begynte. Informanten beholdt ett eksemplar av informasjonsskrivet med samtykkeerklæring. Informasjon om formålet med intervjuet, rettigheter knyttet til deltakelse og bruk av lydbånd ble kort gjentatt. Informantene ble oppfordret til å stille spørsmål. Innledningen bidro til å definere situasjonen for informanten i tråd med det Kvale (1997) benevner som briefing.

En trygg intervjusituasjon og god kontakt ble tilstrebet for å bidra til åpne, frie beskrivelser. Slik kontakt skapes gjennom å vise interesse, forståelse og respekt, samt ved aktiv lytting (Kvale, 1997). Temarelaterte spørsmål ble stilt i den grad informantene selv ikke kom inn på disse områdene under de åpne spørsmålene innledningsvis. Alle temaene i intervjuguiden ble tatt opp i hvert intervju, men rekkefølgen og vektlegging av temaene ble styrt av utviklingen i samtalen. Oppfølgende spørsmål ble stilt for å sikre at utsagnene var riktig forstått eller for å frambringe utdypninger. Spørsmål ble også stilt på basis av egne forslag i intervjuguiden, logg fra tidligere intervju og stikkord som ble notert under samtalen.

Intervjuene med tjenestemottakerne ble med ett unntak gjennomført i informantenes hjem. Kjente omgivelser bidro til trygghet og falt naturlig på grunn av helsetilstanden. En av informantene var på korttidsopphold og ble intervjuet på institusjonen. I seks tilfeller var ektefelle, andre nære pårørende eller personell fra hjemmetjenesten tilstede etter informantenes eget ønske. Grunnen var behov for støtte og, i et par tilfeller, redusert ekspressiv evne knyttet til stemmenivå og tydelighet. Det ble lagt vekt på å gjennomføre intervjuene i informantenes eget tempo og gi rom for frie beskrivelser. Noen fortalte raust om sine erfaringer, mens andre var knappere i sine utsagn. Intervjuenes varighet var fra en halv til halvannen time.

Koordinatorintervjuene ble gjennomført i egnede lokaler på informantenes arbeidsplasser. Deltakernes bidrag var basert på deres totale erfaringer med IPA-tilrettelegger. Informantene ga stort sett rike, nyanserte beskrivelser. Varigheten av intervjuene var fra en til halvannen time.

Avslutningsvis i alle intervjuene ble det åpnet for innspill som ikke tidligere hadde kommet fram. Hovedpunktene ble oppsummert av forsker. Etter at lydbåndet var slått av, ble det informert om

studiens videre forløp og håndtering av data. Det ble også gitt rom for synspunkter på intervjuet. Avrundingen samsvarte med det Kvale (1997) benevner som debriefing. I etterkant av hvert intervju ble umiddelbare inntrykk knyttet til egen rolle, datamaterialet og dialogen med informantene nedtegnet. Loggen var et nyttig redskap i forberedelsen av senere intervju.

#### 4.3.4 Transkribering

Intervjuene ble fortløpende transkribert av forsker. Gjennom transkripsjonen omsettes muntlig samtale til skriftlig tekst. Formålet er, i følge Malterud (2003), å fange opp samtalen i en form som best mulig gjenspeiler informantens budskap. Transkripsjonsprosedyren må derfor ivareta det opprinnelige materialet på en lojal måte. Lydbåndmaterialet ble i hovedsak transkribert ordrett og inkluderte også utsagn som forskeren i utgangspunktet syntes var utenom temaet. Imperativer og andre småord ble tatt med så langt disse bidro til å understreke ytringer. Redigering fant sted der ordrett gjengivelse ville ført til unaturlige framstillinger av utsagn. Transkripsjonen innebærer også tolkning (Malterud, 2003). Ufullstendige setninger, tvetydigheter og utydelig tale forekom og ble skriftliggjort på grunnlag av forskerens forståelse i lys av inntrykk fra intervjuene og tilhørende logg. Uttalelser fra andre tilstedeværende ved intervjuene ble også transkribert der dette var nødvendig for å tydeliggjøre brukers egne utsagn.

Transkripsjonen var tidkrevende, men åpnet samtidig for å bli godt kjent med teksten.

Transkripsjonsprosessen var også en start på analysefasen fordi temaer og særtrekk kom til syne slik det også påpekes av Kvale (1997).

### 4.4 Analyse

Analysen skal, i henhold til Malterud (2003), bygge bro mellom rådata og resultater ved at datamaterialet organiseres, sammenfattes og fortolkes og således viser hvordan resultatene framkommer. Analysenivået i denne studien er beskrivelser. Tydeliggjøring av analysenivå er vesentlig for å vise hva som stammer fra det empiriske materialet, og utgjør undersøkelsens resultater, og hva som skrives seg fra forskerens forforståelse og teoretiske referanseramme (ibid).

Transkribert tekstmateriale på 182 sider ble lagt til grunn for analysen. Arbeidet ble innledet underveis i datainnsamlingen. Et parallelt forløp av datasamling og analyse er i overensstemmelse med fleksibilitetsprinsippet innen kvalitativ forskning (Knizek, 1998; Thagaard, 2002). Analysen sammenfattet informasjonen fra alle informantene i hvert av utvalgene og representerte, i henhold til Malterud (2003), en tverrgående analyse. Systematisk tekstkondensering presenteres av



forfatteren som en egnet metode for deskriptive, tverrgående analyser, og er anvendt i denne studien.

Materialet fra de to utvalgene ble analysert hver for seg og kunne derfor vurderes separat og i forhold til hverandre i tolkning og drøfting. Systematisk tekstkondensering beskrives av Malterud (2003) i fire trinn. Underveis bruker forfatteren begreper som tidvis opplevdes vanskelige å etterfølge i denne studien. Det ble derfor søkt støtte i annen litteratur for å finne hensiktsmessige veier. Hovedtrekkene i Malteruds (2003) prosedyrer er imidlertid beholdt, og justeringene beskrives under hvert trinn.

### 1. Helhetsinntrykk

De første inntrykkene av informantenes erfaringer ble skapt i selve intervjusituasjonen. Deretter ble intervjuutskriftene gjennomlest flere ganger for å få et helhetsbilde. Fokus var tekst som kunne inneholde kunnskap om forskningsspørsmålene. Umiddelbare assosiasjoner ble notert stikkordsmessig uten systematisering og dernest sortert under foreløpige temaer som ”synliggjøring av bruker”, ”utfordringer”, ”prosess mot egne mål” og ”forhold ved relasjonen mellom bruker og koordinator”. Grovoverblikket gjaldt begge utvalgene.

### 2. Meningsbærende enheter

I følge Malterud (2003) består trinn 2 av å identifisere meningsbærende enheter med utgangspunkt i temaene fra forrige trinn og koding av enhetene etter meningsinnhold. Utskriftene ble nå nøye gjennomlest og styrt av temaene fra trinn 1, samt spørsmålet ”hva beskrives her?”. Tekstbiter som syntes å ha sammenheng med forskningsspørsmålene, ble fargemarkert og overført til matriser etter temaene fra foregående trinn. Matrisene inneholdt kolonner for meningsbærende enheter, meningsfortetning og koder. Matriser er velegnet til å foreta sammenlikninger mellom data fra ulike informanter (Thagaard, 2002). De meningsbærende enhetene ble merket for å kunne spore opprinnelsen.

Fortetning av materialet som Malterud (2003) beskriver under prosessens tredje trinn, ble i denne analysen startet på trinn 2. Framgangsmåten falt naturlig på grunn av materialets omfang og at det ble lettere å finne fram til mer presise koder når essensen i utsagnene var trukket ut. Empirinærhet var viktig for oversikt og forståelse, og den kondenserte teksten ble lagt nært opp til informantenes egne ord. Koding av de meningsbærende enhetene som Malterud (2003) beskriver på dette trinnet, innebar en abstrahering med for stor avstand til materialet på dette stadium slik forskeren erfarte det. Det ble derfor benyttet deskriptive koder som var nært knyttet til innholdet i dataene.

Framgangsmåten støttet seg til Thagaard (2002) som påpeker at koding og kategorisering i en tidlig analysefase primært har et deskriptivt siktemål som gir en første orden og oversikt.

Tabell 2. Utdrag av matriser fra ”meningsbærende enhet til koder og subkategorier”

Tjenestemottakere

| Meningsbærende enhet  | Meningsfortetning   | Koder       | Subkategori      |
|---|---|-------------|------------------|
| Når jeg har bestemt meg for en ting, da skal det være sånn, og så skal jeg gjøre det ferdig. Hvis det er noe som er kronglete, går jeg på det likevel. Tør ikke tenke på hvordan det ville gått hvis jeg ikke hadde tenkt sånn. B5,12 | Gjør det en har bestemt seg for, gir ikke opp. Ikke gått uten å tenke slik. | Innstilling | Egne drivkrefter |

Koordinatorene

| Meningsbærende enhet   | Meningsfortetning   | Koder          | Subkategori  |
|--|---|----------------|--------------|
| Det var nok godt for henne å prate, og hun klarte å finne ut selv hva som var viktig for seg fordi hun fikk pratet ut om sine følelser, ting, minner og forhåpninger og alt sånt noe. Og det var sånn hun klarte å sette ord på hva som var viktig for henne; hun ble bevisst på det selv da. K5,3 | Bevisst på det som var viktig gjennom prat om følelser, minner og håp. Klarte å sette ord på det. | Bevisstgjøring | Målavklaring |

Trinn 2 i analysen innebar det Malterud (2003) betegner som en systematisk dekontekstualisering; tekstbiter med kunnskap om forskningsspørsmålene ble hentet ut av sin sammenheng for å kunne leses sammen med beslektede tekstelementer og den teoretiske referanserammen.

3. Kondensering

Dette trinnet omfatter abstraksjon av kunnskap fra de meningsbærende enhetene i trinn 2 (Malterud, 2003).

Valg av deskriptive koder som merkelapper på de meningsbærende enhetene i forrige trinn, resulterte i en datanærhet som vanskeliggjorde sortering i det Malterud (2003) kaller kodegrupper og videre til subgrupper. Veien ble derfor lagt om Graneheim og Lundmans (2004) beskrivelse av kvalitativ innholdsanalyse. Her sammenliknes kodene knyttet til de meningsbærende enhetene med tanke på likheter og forskjeller. Koder med et meningsfellesskap sorteres i subkategorier som igjen samles i kategorier. Kategoriene utgjør en abstraksjon av meningsinnholdet i subkategoriene. Den

underliggende meningen gjennom de meningsbærende enhetene, kodene, subkategorier og kategorier uttrykkes i et overordnet tema som i denne studien er empowerment.

I benevnelse av subkategorier og kategorier er det benyttet begreper som kan knyttes til empowermentteori. Samtidig gjenspeiler betegnelsene forskerens tolkning av innholdet i det empiriske materialet. I følge Thagaard (2002) peker slike tolkende koder ut over datamaterialet fordi tendenser knyttes til relevante faglige begreper.

Navn på subkategorier og kategorier, samt tekstbitenes tilhørighet ble endret en rekke ganger for å nå fram til logiske resultater. Noen subkategorier inneholdt få koder og tekstbiter, og mange tekstbiter passet flere steder, noe som førte til sammenslåinger av subkategorier. Overgangene mellom subkategoriene var glidende. Graneheim og Lundman (2004) sier her at det ikke er mulig å lage gjensidig ekskluderende kategorier når materialet er menneskelige erfaringer. Prosessen omfattet bruk av tankekart, teoretisk referanseramme, logg og rådata. Med utgangspunkt i kodene og meningsfortetningene ble innholdet i hver subkategori sammenfattet og gjengitt i en empirinær, men likevel generell form. Hos Malterud (2003) benevnes slike kondenserte tekster som ”kunstige sitater” og legges til grunn for det siste analysetrinnet. Et utvalg av illustrerende sitater ble også gjort på trinn 3.

Tabell 3. Matrise ”fra koder til tema”. Tjenestemottakerne

| <b>Tema</b>         | Empowerment                           |  |  |   |                                   |  |   |   |   |
|---------------------|---------------------------------------|--|--|---|-----------------------------------|--|---|---|---|
| <b>Kategori</b>     | Kontinuitet                           | En nærende relasjon                          |  |   | Målrettet prosess                 |  | Et utvidet livsrom  |   |   |
| <b>Sub-kategori</b> | En fast kontakt-person                | En konstruktiv atmosfære                     | Hørt, respektert og medvirkende  | Støtte  | Individuelle mål                  | Egne drivkrefter                               | Økt selvstendighet  | Styrket sosial tilhørighet  | Tilfredshet   |
| <b>Koder</b>        | En å forholde seg til<br><br>Trygghet | Vennlighet og humor<br><br>Åpenhet og tillit | Uttrykke følelser og meninger<br><br>Fortelle om livet<br><br>Tatt på alvor<br><br>Involvert | Alliert<br><br>Oppmuntring<br><br>Samarbeid<br><br>Helhet<br><br>Fellesskap | Sette seg mål<br><br>Utfordringer | Innstilling<br><br>Ta ansvar<br><br>Være aktiv | Bo hjemme<br><br>Økt mobilitet<br><br>Styrket egenomsorg<br><br>Huslige gjøremål<br><br>Dyrke hobbyer | Treffe andre<br><br>Samvær med familie<br><br>Delta i aktiviteter | Glad for å nå mål<br><br>Glad for at behov ble dekket |

Tabell 4. Matrise ”fra koder til tema”. Koordinatorene

| Tema         | Empowerment                           |  |  |  |   |  |                                   |                                    |  |
|--------------|---------------------------------------|--|--|--|---|--|-----------------------------------|------------------------------------|--|
| Kategori     | Kontinuitet                           | Samspill på brukers premisser  |  |  | Målrettet prosess                                       |  | Aktiv mestring og velvære         |                                    |  |
| Sub-kategori | En fast kontakt-person                | Nærhet og anerkjennelse  | Involvering  | Målrettet og tilpasset støtte  | Målavklaring  | Ansvar og deltakelse                       | Styrket selv-følelse              | Økt engasjement                    | Tilfredshet  |
| Koder        | En å forholde seg til<br><br>Trygghet | Tett kontakt<br><br>Være oppmerksom<br><br>Godt kjent<br><br>Humor<br><br>God tid<br><br>Gjen-sidighet<br><br>Sett og verdsatt<br><br>Respekt for bruker | Innflytelse gjennom dialog<br><br>Individuell plan | Hjelp til å uttrykke mål<br><br>Oppfølging underveis<br><br>På parti med bruker<br><br>Oppmuntre<br><br>Utfordringer | Bevisst-gjøring<br><br>Uttrykke mål<br><br>Utfordringer | Mål innebærer ansvar<br><br>Egen-aktivitet | Egenverd<br><br>Tro på egne evner | Mer aktiv<br><br>Videreføre roller | Viktig å nå mål<br><br>Glede ved prosessen<br><br>Utfordringer |

#### 4. Sammenfatning

I analysens fjerde trinn utarbeides det, i følge Malterud (2003), en innholdsbeskrivelse for hver kodegruppe basert på de kondenserte tekstene og de utvalgte sitatene. I denne analysen er hver subkategori sammenfattet og beskrevet, og innholdet belyst gjennom sitater. Lojalitet mot informantenes budskap er vektlagt. Kategoriene har fått navn etter meningsinnholdet i tilhørende subkategorier og utgjør hovedkapitlene i resultatpresentasjonen under hvert av utvalgene. I noen tilfeller har det vært naturlig å gi subkategoriene egne overskrifter.

Kontakt med rådata ble ivaretatt gjennom stadig å gå tilbake til intervjuutskriftene for å sjekke at valg av meningsbærende enheter og kodeord stemte med den opprinnelige sammenhengen. Likeledes om subkategorier og kategorier gjenspeilet meningen i informantenes utsagn. Logg fra intervjuene var et supplement i prosessen. Graneheim og Lundman (2004) sier at selv om analysen beskrives som en lineær prosess, innebærer den veksling mellom helheten og deler av teksten. Det

siste analysetrinnet omfatter også en rekontekstualisering av resultatene ved å vurdere om de fortsatt gir en gyldig beskrivelse av den sammenhengen de stammer fra (Malterud, 2003). Rekontekstualisering ble i den foreliggende studien ivaretatt ved systematisk gjennomlesing av matrisen ”fra meningsfortetning til tema” for å undersøke om beskrivelsene gjenspeilet innholdet på tvers av materialet. Beskrivelsene ble også vurdert mot de meningsfortettede tekstbitene i hver subkategori som kunne tilbakeføres til den enkelte informant og således si noe om funnenes forankring i rådata.

## 4.5 Validitet, reliabilitet og generaliserbarhet

Begrepene validitet, reliabilitet og generaliserbarhet anvendes for å vurdere kvalitet i vitenskapelig forskning (Polit og Beck, 2004). Disse kvalitetskriteriene er utviklet innen kvantitativ forskning, men kan, ifølge Kvale (1997), også benyttes i vurdering av kvalitative studier.

### 4.5.1 Validitet

Validitet er en vurdering av studiens gyldighet. Dette innebærer å stille kritiske spørsmål til relevans i de ulike fasene av forskningsprosessen og beskrive hva som gjøres for å motvirke selektiv forståelse, og skjev tolkning (Kvale, 1997; Malterud, 2003).

Gyldighet når det gjelder studiens tema er knyttet til at det ikke finnes annen, uavhengig forskning rundt IPA-tilrettelegger. Likeledes viste litteraturgjennomgangen at det er lite forskning rundt operasjonalisering av empowerment, studiens hovedtema. Aktuell litteratur på området dannet bakteppe for utvikling av forskningsspørsmålene. Validering av studiens tema er i samsvar med Kvale (1997) som knytter dette til kvaliteten av de teoretiske forutantakelsene og i hvilken grad forskningsspørsmålene på denne bakgrunn er logiske.

Teorikapitlet presenterer relevante begreper i studien.

Validering i planleggingsfasen handler om undersøkelsesoppleggets kvalitet og de metodene som benyttes for å besvare forskningsspørsmålene (Kvale, 1997). Valg av design, utvalg og utvalgsriterier er beskrevet i metodekapitlet.

I datainnsamlingen er validitet relatert til hvorvidt intervjuene frambringer gyldig kunnskap om studiens tema. I følge Kvale (1997) er dette betinget av intervjupersonens troverdighet og intervjuingens kvalitet. Utarbeidelse av intervjuguiden er beskrevet i kapittel 4.3.2. Åpne og temarelaterte spørsmål bidro til fokus gjennom intervjuene. Informantene ble bedt om presiseringer

der dette var nødvendig for forståelsen, og oppfølgingsspørsmål bidro til å frambringe nyanser og nye tanker. Ulike typer intervju spørsmål klargjør meninger og fjerner tvetydigheter (ibid.). Data er innhentet fra to ulike utvalg. Bruk av ulike datakilder kalles datatriangulering. Ellefsen (1998) sier at triangulering kan være nyttig for å øke forståelsen av det fenomenet som studeres. Dette kan styrke studiens validitet.

Kvalitativ forskning skal reflektere informantenes utsagn. Samtidig skjer tolkning av materialet i lys av forskerens forforståelse. Ivaretagelse av informantenes stemmer stiller derfor krav til bevissthet om egen rolle og hvordan prosess og produkt influeres av forskeren (Malterud, 2003). Målgruppen var godt kjent på bakgrunn av utdanning og praksis. Implementering av IPA-tilrettelegger ble innledet på min tidligere arbeidsplass, men stoppet av ulike årsaker opp. Interessen for metoden var imidlertid etablert og motiverte til denne studien. Slik kompetanse kan være nyttig for innsamlingen av relevante data. Ulempen er at forforståelsen kan svekke sensitivitet for informantenes budskap og evne til å lære av materialet (ibid.). En dominerende forforståelse kan føre til bekreftelse av egne antakelser framfor å frambringe ny kunnskap. Viten om at noen kommuner hadde lyktes og andre ikke, bidro imidlertid til at egne forventninger var åpne og rettet mot å få fram ulike erfaringer. Det ble derfor tilstrebet en fordomsfri og lyttende holdning i intervjuene. Loggførte notater ble brukt som korleksjon og støtte i forkant av nye intervjuer for å redusere påvirkningen av egen forforståelse.

Kvale (1997) knytter validering i analysefasen til hvorvidt spørsmålene som stilles til intervju teksten, er gyldige og om tolkningene er logiske. Forskningsspørsmålene og intervjuerens forforståelse var styrende for spørsmålene til intervju teksten. Framgangsmåten i analysearbeidet er beskrevet i kapittel 4.4. I følge Graneheim og Lundman (2004) er valg av meningsbærende enheter, i hvilken grad kategorier og tema dekker data, samt bedømmelse av likheter innen hver kategori og forskjeller mellom kategoriene vesentlige faktorer for å sikre validitet. Enheter som inneholdt flere betydninger, ble kondensert og kodet slik at de ulike meningene kunne ivaretas videre i analysen. Utvelgelse av meningsbærende enheter ble gjort på basis av forskningsspørsmålene, noe som skulle sikre inkludering av relevante data. Beskrivelser som i utgangspunktet ble vurdert som digresjoner, ble også tatt med. Disse omfattet detaljerte framstillinger av livshendelser og anstrengelser for å løse nåværende vanskeligheter. Hvordan eldre ofte relaterer temaene under intervju til tidligere erfaringer og konkretiserer svarene i detalj er forenlig med Robinsons (2000) beskrivelse av reminisens og kontekstualisering i kvalitative forskningsintervju. Inkludering av slikt materiale styrker forståelsen av beskrivelsene og av informantenes verdier.

Ved tverrgående analyser vil funnene avvike fra enkeltinformanters utsagn og selvforståelse. Gyldighetsvurdering finner sted gjennom rekontekstualisering av resultatene opp mot datamaterialet (Malterud, 2003). I denne studien er slik validering søkt ivaretatt ved systematisk gjennomgang av datamatriser i lys av funnene.

Validitet i resultatpresentasjonen avhenger av om framstillingen gjenspeiler kunnskapen fra det empiriske materialet (Malterud, 2003). Presentasjon av funnene i denne studien omfatter forskerens tolkning og gjenfortelling av informantenes beskrivelser. Variasjoner og nyanser er forsøkt beholdt til tross for betydelig reduksjon av materialet. Nærhet til informantenes stemmer er også vektlagt gjennom sitater og henvisninger til enkeltpersoners erfaringer.

### **4.5.2 Reliabilitet**

Reliabilitet henviser til studiens pålitelighet. Framgangsmåten gjennom intervjustadiet, transkripsjonen og analysen er søkt holdt i samsvar med Kvaales (1997) anbefalinger for å sikre pålitelighet.

Som utøvere og mottakere av en tjeneste der IPA-tilrettelegger ble brukt, hadde informantene grunnlag for å gi pålitelige beskrivelser av erfaringer med metoden. Selv om tjenestemottakernes kunnskap om arbeidsmetoden var begrenset, og få visste om sin individuelle plan, kjente alle til sentrale elementer som sin faste kontaktperson, samtaler om mål og planlegging mot disse. Intervjuguiden bidro til å holde fast ved sentrale temaer under intervjuene og sikre informasjon relatert til IPA-tilrettelegger.

I følge Graneheim og Lundman (2004) er det et viktig aspekt ved pålitelighet at alle informantene uttaler seg om de samme temaområdene selv om oppfølgingsspørsmål og fokus endres i datasamlingsprosessen etter hvert som ny innsikt skapes. Intervjuguiden sikret oppmerksomhet rundt de samme hovedtemaene i utvalgene selv om enkelte spørsmål var forskjellige, og utdypnings- og oppfølgingsspørsmål varierte.

Lydbåndopptak og tilnærmet ordrett transkripsjon bidro til at analysegrunnlaget samsvarte med informantenes utsagn. Transkripsjonsreliabilitet ble vektlagt gjennom å lytte til båndene flere ganger og sammenlikne avspillingen med den transkriberte teksten. Loggførte notater fra intervjuene var til støtte i noen tilfeller der beskrivelsene var uklare eller flertydige.

Reliabilitet i analysen kan styrkes ved bruk av flere tolker (Kvale, 1997). Innen utforskende design innledes analysen allerede under intervjuet, og flere lesere vil derfor ikke nødvendigvis føre til

samme resultat. En grundig presentasjon av trinnene i prosessen som viser hvordan resultatene er utledet fra data, er i stedet vektlagt som analysekontroll. Fagermoen (2005) poengterer her betydningen av å ”ha en sti” fra transkripsjon til de abstrakte begrepene slik at leseren kan se prosessen fra rådata til funn.

### **4.5.3 Generaliserbarhet**

Generaliserbarhet dreier seg om hvorvidt funnene har gyldighet utover den kontekst der de er innhentet (Kvale, 1997; Malterud, 2003). Slik overførbarhet benevnes av Malterud (2003) som ekstern validitet. Hensikten med denne studien er ikke generalisering, men å beskrive erfaringene med IPA-tilrettelegger hos de informantene som ble intervjuet. Gyldigheten av en studie avhenger imidlertid også av anvendelighet; at den kan brukes til noe i andre sammenhenger (ibid.).

Overføringsverdien kan først avgjøres når resultatene møter praksis, og leseren kan vurdere forskerens bevis og argumenter (Kvale, 1997). Gjenkjennelse og likhet i situasjoner har betydning for overførbarhet (Thagaard, 2002). Dersom funnene i denne studien er gjenkjennbare for andre helsearbeidere som benytter IPA-tilrettelegger, kan kunnskapen være generaliserbar til disse situasjonene. Også øvrige lesere med kunnskap om arbeidsmetoden vil kunne kjenne seg igjen og anvende resultatene, eksempelvis ved videreutvikling av metoden. Funnene antas å ha størst overføringsverdi til andre pleie- og omsorgstjenester som bruker IPA-tilrettelegger overfor hjemmeboende, pleietrengende eldre, men kan også ha betydning i forhold til andre brukergrupper og på andre nivå i tiltakskjeden. Trekk ved utvalgene spiller også en rolle i vurderingen av anvendbarhet (Thagaard, 2002). Tjenestemottakerne kan sies å være representative for brukere av kommunale hjemmetjenester; de var både menn og kvinner, flertallet var over 70 år og samtlige var skrøpelige. Dette antas å styrke nytteverdien av studien.

Studien har vist at IPA-tilrettelegger er konsistent med empowerment og kan forstås som en operasjonalisering av begrepet. Studien kan derfor være relevant innen pleie- og omsorgstjenester som legger empowermentideologien til grunn. Vurderingen samsvarer med Thagaard (2002) som sier at når en studie synliggjør sentrale trekk ved et fenomen, kan forskeren argumentere for at forståelse utviklet i én sammenheng, også kan gyldiggjøres i andre situasjoner.

## **4.6 Forskningsetiske hensyn**

En intervjuundersøkelse er et moralsk foretakende, og etiske vurderinger må foretas gjennom hele forskningsprosessen (Kvale, 1997). Forskerens etiske ansvar kan knyttes til informert samtykke,



konfidensialitet og konsekvenser av deltakelse i forskningsprosjekter (Kvale, 1997; Thagaard, 2002).

Studien er godkjent av Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD) og Regional komité for medisinsk forskningsetikk Sør-Norge (REK).

#### **4.6.1 Det informerte samtykke**

Informantene fikk muntlig informasjon om studien både ved førstegangskontakt med tjenestestedet og i den videre kommunikasjonen med forsker. Alle informanter mottok informasjonsskriv med samtykkeerklæring i to eksemplarer. Informasjonen skulle gi deltakerne grunnlag for å ta stilling til medvirkning og omhandlet hensikt og metode, at deltakelse var frivillig og at informantene når som helst kunne trekke seg uten å oppgi grunn. Mulige fordeler og ulemper ved deltakelse ble også påpekt. Samtlige fikk betenkningstid på 3-4 dager. Muntlig samtykke var gitt til systemkoordinator i kommunen i forkant av intervjuene. Forsker innhentet den underskrevne samtykkeerklæringen før intervjuene startet. Framgangsmåten er i samsvar med retningslinjene for informert samtykke som beskrives av Kvale (1997) og Thagaard (2002).

Fleksibiliteten som preger kvalitative studier, innebærer at undersøkelsesopplegget kan bli endret underveis. Det kan derfor være vanskelig å sikre full informasjon (Thagaard, 2002). I denne studien ble informasjonen gitt i henhold til prosjektplanen og ellers så langt forskeren hadde oversikt over det videre forløpet.

#### **4.6.2 Konfidensialitet**

Informantene har krav på konfidensiell behandling av den informasjonen de gir. Materiale som kan avsløre deres identitet, må derfor ikke offentliggjøres (Thagaard, 2002). Informantene i denne studien ble muntlig og skriftlig informert om tiltak for å ivareta konfidensialitet.

Transkribert tekst fra lydbåndopptakene ble nummerert i henhold til en kodet oversikt over informantene. Lydbånd og utskrifter ble oppbevart nedlåst og atskilt fra informantdata som kunne bidra til identifisering. Materialet slettes når studien avsluttes. Gjennomføringen av studien i kun én kommune kan bidra til økt fare for identifisering. I resultatpresentasjonen er det lagt vekt på å hindre gjenkjennelse ved å nøytralisere personlige kjennetegn som kjønn, språklige særtrekk og erfaringer med særlig identifiserbar informasjon.

### 4.6.3 Konsekvenser av å delta i studien

Det tredje grunnprinsippet for etisk forsvarlig forskningspraksis dreier seg om beskyttelse av informantene mot uheldige virkninger av deltakelse (Thagaard, 2002).

I en kvalitativ intervjuundersøkelse er forskeren selv redskapet, og nærhet og åpenhet mellom forsker og informant tilstrebes (Foss og Ellefsen, 2004). Forfatterne påpeker samtidig at maktasymmetrien mellom partene gjør informantene sårbare. Dette krever bevissthet og varhet fra forskerens side både i forberedelse og gjennomføring av studien. I rekrutteringsprosessen ble det lagt vekt på ærlighet og saklighet for å hindre utilbørlig påvirkning. Nærheten i intervjusituasjonen stiller, i følge Kvale (1997), krav til forskerens følsomhet med hensyn til hvor nærgående spørsmål som kan stilles. Informasjonsskrivet til tjenestemottakerne understreket at det var opp til bruker selv å avgjøre i hvilken grad en ønsket å berøre personlige forhold. I intervjuene ble overtramp søkt forebygget gjennom varhet og oppmerksomhet. Trygghet ble forsøkt etablert ved informasjon, åpenhet og støtte. Sensitive tema var mest framtrødende i brukerintervjuene, men også blant koordinatorene kom samtalen inn på følsomme områder. Balansen mellom ønsket om relevante data og individuelle grenser opplevdes utfordrende uten at etiske grenser ble overskredet.

Helsesvikt og avhengighet gjorde tjenestemottakerne sårbare, og forskeren var oppmerksom på muligheten for følelsesmessige reaksjoner ved samtale om livssituasjonen. Slike reaksjoner framkom under to av intervjuene. Forskeren foreslo å avbryte samtalen, men i begge tilfellene ønsket informantene å fortsette etter en pause. Under begge intervjuene var pårørende tilstede og bidro med støtte. Videreføring av intervjuene ble derfor vurdert som forsvarlig. Samlet etterlot intervjuene inntrykk av at det var positivt for informantene å dele sine erfaringer.

I en tverrgående analyse løsrives teksten fra sin opprinnelige sammenheng og kan derfor bli lite gjenkjennbar for enkeltinformantene. I følge Thagaard (2002) kan dette oppleves fremmedgjørende og endog provoserende. Selv om ingen av informantene i denne studien har lest resultatpresentasjonen, kan dette skje i ettertid og dermed aktualisere problemstillingen.

Informantene i begge utvalgene ble imidlertid muntlig gjort oppmerksomme på at deres bidrag ville inngå som en del av en samlet framstilling.

## 4.7 Metodiske overveielser

Forskningsfeltet er avgrenset til én kommune som hadde lagt særlig til rette for bruk av arbeidsmetoden gjennom organisatorisk forankring og føringer for praksis. Et begrenset og

særegent forskningsfelt kan innebære fare for et ensartet materiale. I følge Malterud (2003) er utvalget avgjørende for hva studien er gyldig om og i hvilken sammenheng. Homogene data vil frambringe færre nyanser og begrense muligheten til å gi ny kunnskap. Da det ikke var mulig å rekruttere flere kommuner innen studiens tidsramme, ble det nødvendig å vurdere om gjennomføring i én kommune likevel kunne gi gyldig kunnskap. Det påhviler forskeren å ta stilling til hvilke dimensjoner det er viktig å sikre variabilitet for (ibid.). Inkludering av flere kommuner ville gitt større datavariasjon og styrket overføringsverdien. På den annen side innebar undersøkelse i én kommune mulighet til å samle data fra større utvalg i et felt der arbeidsformen var vel implementert og erfaringsgrunnlaget solid. Det er forskerens oppfatning at dataene derfor innehar en bredde og variasjon som likevel gjør dem adekvate. Materiale fra to datakilder styrker en slik forståelse.

Utvalget av tjenestemottakere ble bestående av de informantene som var tilgjengelige, og ble derfor ikke strategisk valgt slik det anbefales innen kvalitativ forskning (Knizek, 1998). Muligheten for en skjev sammensetning var derfor tilstede. I følge Malterud (2003) vil et skjevt materiale gi begrenset tilgang til området det forskes på. Brukerutvalget oppfylte imidlertid inklusjonskriteriene og var variert med hensyn til kjønn, alder og varighet av kontakt med tjenesteapparatet. Graden av helsesvikt varierte også selv om skrøpeligheit var et gjennomgående trekk. Informantene ble derfor vurdert å gjenspeile brukergruppen hjemmeboende, pleietrengende eldre i den aktuelle kommunen og således til å være kilde til relevante data.

Intervjumaterialets kvalitet avhenger ikke bare av utvalget, men også den enkelte deltaker (Kirkevold og Bergland, 2007). Et par intervju ga magre beskrivelser grunnet informantenes ekspressive vansker. Personene var imidlertid nettopp i slike komplekse livssituasjoner der arbeidsmetoden ble oppfattet som viktig, og mye brukt i den aktuelle kommunen. Forskeren vurderte derfor at disse informantene hadde verdifulle erfaringer i forhold til forskningsspørsmålene, og samtlige intervjuutskrifter ble lagt til grunn for analysen. Avgjørelsen var i tråd med Kirkevold og Bergland (2007) som påpeker at deltakere preget av skrøpeligheit og kommunikative handicap kan komme til kort når det gjelder å bidra med fyldige og poengterte beskrivelser. Utelatelse av slike informanter kan imidlertid gi et skjevt materiale bestående av bare de som best kan uttrykke seg. Inkludering av informanter som ga magre data, ble derfor vurdert å styrke materialet snarere enn å forringe det. Utvidelse av brukerutvalget var en måte å kompensere for ”tynne” beskrivelser på. I tillegg ble de magre dataene systematisk sammenholdt med de fyldigere delene av materialet og bidro således til å støtte og nyansere mønstre her. Strategiene samsvarer med Kirkevold og Bergland (2007).

Intervjusituasjonen er også vesentlig for datamaterialets kvalitet (Kirkevold og Bergland, 2007). I denne studien var en tredje person tilstede under et flertall av intervjuene. Nærværet var ønsket av informantene selv og tjente som støtte underveis. Et relevant spørsmål er i hvilken grad tilstedeværelsen kan ha påvirket informantenes svar. Personene bidro med utfyllende og oppklarende informasjon der tjenestemottakeren selv ikke var i stand til å fullføre svarene. De tydeliggjorde også informantens utsagn ved talevansker. Tolkninger og utdypninger fra tredje person ble bekreftet av tjenestemottaker ved utsagn som ”ja”, ”enig” eller kroppsspråk. Selv om forskeren ikke opplevde at tredje person påvirket informantenes svar, kan det likevel ikke utelukkes at tilstedeværelsen forstyrret utsagnene. Nyanserte svar med både positive og negative oppfatninger etterlot imidlertid inntrykk av at dette ikke var tilfelle. Inkludering av sårbare personer i kvalitative studier kan by på utfordringer. Kirkevold og Bergland (2007) understreker imidlertid behovet for alternative strategier når det gjelder å fange opp også disse informantenes erfaringer. Tredjeperson muliggjorde samtalene og bidro til at disse informantenes erfaringer ble tilgjengelige. Samtidig var de vevd inn i den individuelle planleggingen rundt helsesvikten og brukernes mål på en slik måte at tilstedeværelsen kunne sies å være naturlig.

Empowerment framsto som et overordnet tema under kategoriseringsarbeidet i analysen. Denne fasen var preget av vekslning mellom empiri og teori og mange runder for å finne logiske sammenhenger. Teori om empowerment som prosess og resultat viste seg å gi slik sammenheng og dannet et meningsfullt grunnlag for strukturering av dataene. Underveis var det viktig å være oppmerksom på muligheten for at teorien kunne overdøve datamaterialet. Studiens hensikt betinget ivaretagelse av informantens perspektiv og at dette ble gjenspeilet i funnene. I følge Malterud (2003) er enhver forskningsprosess en blanding av deduktiv og induktiv tilnærming. Tilsvarende sier Thagaard (2002) at forskeren må være sensitiv i forhold til sitt materiale samtidig som empiri knyttes til teoretiske perspektiver. Bruk av teori i tolkning og strukturering av data i denne studien har hatt til hensikt å sette informantens beskrivelser inn i en meningssammenheng. Det induktive har kommet foran det deduktive, og informantens stemmer vurderes ivarettatt.

Tidligere kunnskap om IPA-tilrettelegger bidro til valg av arbeidsmetoden som tema for studien. Motivet handlet imidlertid også om erfaringer vedrørende skrøpelige eldres sårbarhet og en antakelse om at IPA-tilrettelegger kunne bidra til å styrke gruppens innflytelse i møte med tjenesteapparatet. Forforståelsen kan tenkes å ha påvirket forskerens evne til å fange opp ulike sider ved arbeidsmetoden. For å motvirke en selektiv forståelse, ble det tilstrebet åpenhet for erfaringer som kunne stå i kontrast til tidligere inntrykk. Utfordringer ved IPA-tilrettelegger ble tematisert i samtlige intervju og framstilles i resultatpresentasjonen. Likeledes tematiseres utfordringene i

diskusjonen. Selv om forståelsen av dataene alltid vil skje i lys av egen forforståelse, er det forskerens vurdering at det er åpnet for et nyansert bilde av arbeidsmetoden.

Valg av både tjenestemottakere og koordinatører som datakilde har vært utfordrende innenfor oppgavens ramme. Materialet ble omfattende og analysefasen tidkrevende. Til tross for ulikheter og nyanser viser funnene at utvalgene støtter oppunder de samme hovedtrekkene ved IPA-tilrettelegger. Det kan derfor sies at ett utvalg ville vært tilstrekkelig. Et mindre datamateriale ville blant annet gitt større rom for å tematisere flere aspekter ved arbeidsmetoden i diskusjonen. To utvalg ble brukt for å skape variasjon og bredde i materialet på et felt der lite var kjent; det var ikke mulig å forutsi at funnene ville peke i samme retning. Totalt sett er det forskerens vurdering at erfaringer fra både brukere og koordinatører har styrket kunnskapen om IPA-tilrettelegger.



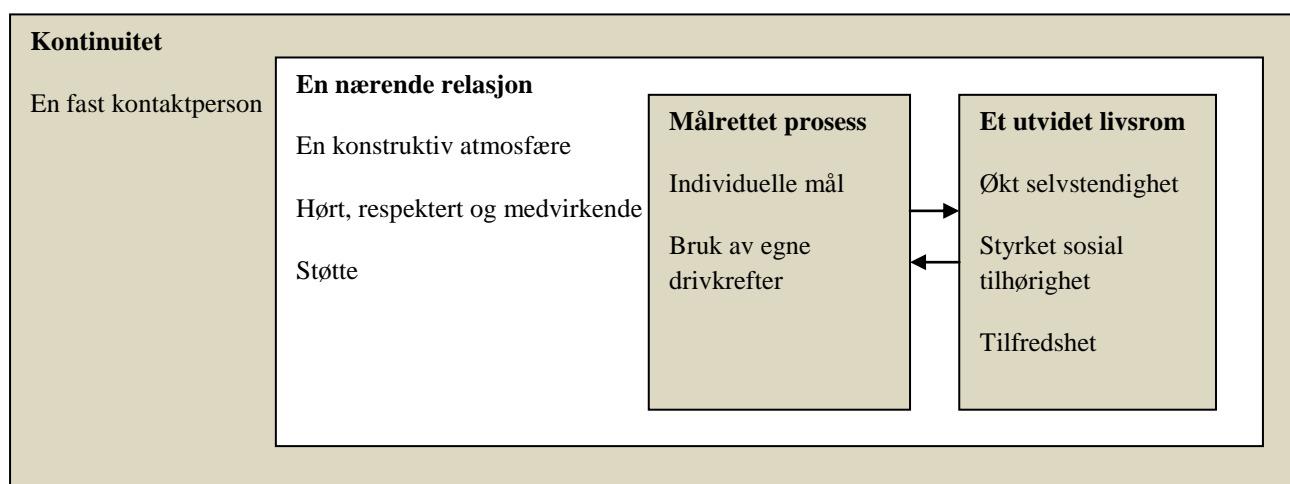
## 5 Presentasjon av funn

Innledningsvis legges resultatene fra brukerintervjuene fram. De gir svar på det første forskningsspørsmålet. Deretter presenteres funnene fra koordinatorintervjuene som besvarer de to øvrige spørsmålene.

### 5.1 Tjenestemottakernes erfaringer

Analysen frambrakte fire kategorier. Den første, ”kontinuitet”, viser hvordan relasjonen til en fast kontaktperson<sup>3</sup> dannet et fundament for prosessen mot egne mål. Kategorien ”en nærende relasjon” omhandler brukernes opplevelse av forholdet til koordinator. Den tredje kategorien, ”målrettet prosess” viser erfaringer knyttet til arbeidet mot egne mål, mens resultatene av dette er tema for den fjerde kategorien, ”et utvidet livsrom”. Figur 3 oppsummerer brukernes erfaringer. Funnene viser en dynamikk mellom prosess og resultat idet positive konsekvenser utløste nye målprosesser.

Figur 3. IPA-tilrettelegger som prosess og resultat basert på brukererfaringer



#### 5.1.1 Tildeling av koordinator ga kontinuitet

Betydningen av å ha en fast kontaktperson gikk igjen i intervjuene. Informantene ga uttrykk for at det var godt å ha én person å forholde seg til:

<sup>3</sup> Koordinatorbegrepet var uvant for en del brukere, mens benevnelsen kontaktperson var kjent og benyttes derfor også i presentasjonen.

Jeg synes det er veldig greit, ja, fordi at da kan jeg kontakte den personen som jeg liksom har blitt mer kjent med enn alle de andre sånn at jeg slipper å hoppe fra den ene til den andre. Så jeg synes det er veldig godt å ha en kontaktperson, altså. (B2)<sup>4</sup>

På spørsmål om hva som hadde vært vesentlig i kontakten med koordinator, fortalte denne informantene videre:

Jeg var så tung den første tida. For du vet når det er så mange...., for det var jo så mange her da. Den ene sykepleieren etter den andre, og den ene ville det og den andre ville det, og jeg fikk ikke lov til å bestemme. Men da NN kom, så hun at jeg hadde det vanskelig for hun var jo den som fikk mest nærkontakt med meg, kan du si. NN lettet på det trykket altså, det gjorde hun. (B2)

Avmaktsfølelse i kjølvannet av helsesvikt kom til uttrykk hos flere. Koordinator bidro imidlertid til stabilitet og ble viktig i hverdagen for alle informantene. Noen uttrykte at livssituasjonen ville ha vært vanskeligere uten en fast kontaktperson, mens andre mente at mer ellers ville falt på pårørende.

Kontakten hadde jevnt over vart over tid og gjennom ulike faser av sykdom og funksjonstap. Brukerne opplevde koordinator som tilgjengelig, og fikk som regel også pleiefaglig hjelp fra vedkommende. I samhandlingen kom en stadig tilbake til spørsmål som bruker var opptatt av. Uttrykk som ”jeg snakket mye med NN om dette”, ”vi pratet lenge fram og tilbake” og ”vi hadde stadig en prat om...” vitner om kontinuitet i kommunikasjonen.

Kontinuiteten innebar også en trygghetsfølelse: ”Det har liksom vært en trygghet med NN. Hun har kommet hjem til meg for stellet og når det var nødvendig. Vi har pratet, og hun har sett om det er i orden” (B1). Tryggheten handlet videre om ikke å føle seg alene:

Jeg hadde NN, og jeg greier mye når jeg ikke er alene. Ja, jeg hadde veldig den tryggheten der altså, jeg følte meg trygg fordi jeg ikke var alene. (B3)

Flere informanter viste til kontaktpersonen som en formidler av informasjon til annet personell, og det ga en trygghet at alle visste hva de skulle gjøre. I sin beskrivelse av samarbeidet med koordinator, åpnet en med følgende uttalelse:

Ja, jeg har det som jeg har det, og slik jeg uttrykker det, har NN planlagt deretter. NN sier til de andre hvordan jeg vil ha det og føler det. De som kommer hit har fått vite hva jeg trenger av en som kjenner meg. (B7)

---

<sup>4</sup> Sitater eksemplifiserer funnene. Markeringen (...) indikerer et avbrudd i teksten, mens .... uttrykker en pause. Sitatene er merket med B og K for henholdsvis bruker og koordinator, samt informantnummer. Utfyllende presiseringer er satt i parentes. I sitatene benevnes koordinator som NN.



### 5.1.2 Samarbeidet innebar en nærende relasjon

Kommunikasjonen med koordinator var preget av fortrolighet og en positiv stemning. I samhandlingen opplevde brukerne at de ble hørt og respektert. De erfarte også medvirkning og innflytelse. Støtte ga brukerne styrke og motivasjon på veien mot egne mål.

#### En konstruktiv atmosfære

Samtlige informanter opplevde å være på bølgelengde med koordinator selv om noen hadde erfart at det tok tid å etablere god kontakt. Dialogen var preget av åpenhet og tillit. Informantene beskrev koordinator som tydelig, ærlig og direkte. Flere fortalte at de kunne snakke med koordinator uten at det som ble sagt, kom videre.

Koordinator ble videre omtalt som hyggelig og grei. En lett tone og evne til å kunne prate om løst og fast var viktig og skapte trivelige stunder i hverdagen. En humoristisk innfallsvinkel gjorde det lettere å håndtere belastningene. En bruker fortalte at koordinator i starten begynte å prate med henne om ”ikke noe”, om barna sine og andre ting som fikk tankene bort fra plagene. En annen bruker ordla seg slik:

Vi har det...det er liksom så lett, og det teller veldig mye for meg, altså. Jeg synes det er veldig godt når jeg kan le og prate, jeg synes det. Og sånn er det med NN, hun er jo så...vi ler og har det fælt så moro mange ganger, vi altså. (...) Med henne fikk jeg god kontakt med en gang for hun var sånn som kunne le og prate og...om ikke bare sykdomsting og alt mulig sånn. (B2)

God kontakt ble også satt i sammenheng med opplevelsen av at koordinator brydde seg gjennom jevnlig å etterspørre hvordan bruker hadde det.

#### Hørt, respektert og medvirkende

Et gjennomgående tema i kommunikasjonen var den enkeltes livssituasjon og mulighetene for å mestre dagliglivet. Brukerne fikk også satt ord på tanker og følelser rundt usikkerhet vedrørende framtidig bo-situasjon, engstelse for atskillelse fra ektefelle, lange avklaringsperioder og behov for tilrettelegginger i hjemmet. Koordinator ble en å snakke med om slike tema, slik følgende utsagn illustrerer:

Vi pratet veldig mye i forbindelse med hva jeg tenkte og følte rundt det at jeg skulle hjem og sånn. Samtalene betydde veldig mye, for da kunne jeg snakke om det jeg var engstelig for med det der hjemme, hvordan det skulle gå der hjemme – det var det som bekymret med mest. (B3)

Informantene erfarte å få ordentlige svar gjennom råd og synspunkter på ulike utfordringer i hverdagen. Koordinator var også viktig dersom det oppsto problemer, eksempelvis i møte med annet personell, eller ved vanskeligheter i oppfølgingen av det som var planlagt. Det nyttet å si i fra; koordinator viste forståelse, forsøkte å etterkomme ønsker og løse utfordringene.

Samtalene med koordinator åpnet også for å fortelle om interesser, livet før og tanker om fremtiden. Slik fikk koordinator anledning til å bli kjent med den enkelte utover sykdom og funksjonssvikt.

Brukerne følte seg respektert gjennom å bli hørt og tatt på alvor. En mente også at andre fagutøvere respekterte henne fordi koordinator gjorde det. Respekt handlet blant annet om måten koordinator pratet og lyttet på. En informant uttrykte:

Jeg følte meg respektert fordi jeg hele tiden ble spurt om hva jeg ville og hva jeg orket. NN var veldig hensynsfull og sånn. Så hvis jeg sa at jeg ville noe annet, da ble jo det respektert. (B3)

Å bli hørt og respektert ga en opplevelse av medvirkning. Informantene beskrev hvordan de hadde opplevd å bli involvert underveis, fra den første praten om hva som var viktig for dem, via planlegging av tiltak, til iverksetting og oppsummering. Brukernes ønsker ble skrevet ned og dannet grunnlag for prosessen. Kun to informanter visste imidlertid at de hadde en individuell plan. De øvrige viste til annen dokumentasjon eller svarte benektende på spørsmålet.

Medvirkning ble av noen beskrevet som resultat av oppfordringer fra koordinator om å komme fram med ønsker og synspunkter. Det føltes trygt å fremme sine meninger – også de negative. En informant hadde følgende opplevelse av å bli spurt:

Det har betydd alt, det å være medvirkende i planlegging av hjelpen. Jeg har blitt spurt hva jeg ønsker, og det har vært fint. Jeg tror mange syke er redde for å si i fra om hva de ønsker. (B7)

En annen svarte slik på spørsmålet om det var noe hun spesielt ville framheve fra kontakten med koordinator:

Det er vel det i grunnen at hun sa at det er du som bestemmer, det er ikke vi som bestemmer. Er det noe, så må du si i fra, fordi det er ikke vi, men du som er hovedpersonen. Du skal bestemme; du skal si det sånn som det er og bestemme. Og det er ikke sikkert at jeg hadde gjort hvis ikke hun hadde sagt det. Da hadde det vel blitt på deres premisser da. (B2)

Informasjon var viktig for medvirkning. Gjennom koordinator fikk brukerne orientering om tjenestene, rutiner og rammer. En erfaring var: ”NN informerte meg om alle mine rettigheter. Jeg

visste ikke så mye om rettighetene mine tidligere, men nå vet jeg det” (B1). Informasjonen ga oversikt over hjelpetilbudet, mulighet til å gi tilbakemeldinger og bidro til avklaring av forventninger. Et par informanter nevnte deltakelse i nettverksmøter på spørsmål om hvordan de selv hadde medvirket.

## **Støtte**

Informantenes syn på koordinator som en støtteperson, har solid forankring i materialet. Støtten var viktig i et bredt spekter av sammenhenger, alt fra avgjørende veivalg til dagligdagse utfordringer. Brukerne opplevde koordinator som en alliert, og flere fremhevet følelsen av ”å bli holdt med” og ”å ha koordinator på sin side”.

I perioder med motgang var støtte og oppmuntring fra koordinator vesentlig for å gå videre: ”Ros og gode tilbakemeldinger påvirker en og er viktig for hvordan en føler seg” (B3). Det var også en gjennomgående oppfatning at støtten hadde vært vesentlig for resultatene som ble oppnådd, og hadde for noen ført til raskere bedring. En bruker fortalte at hun holdt fast ved målene på grunn av oppmuntringen. Måten denne informanten ble møtt på, ble avgjørende for videre mestring:

NN klarte å få fram at jeg skulle tørre å stå på, tørre å...liksom fikk mot til å prøve da. Hele veien tok hun det så med ro, hun hadde god tid, og det var det som gjorde mye; den roen og den tiden. (...) Og det har jo hatt stor betydning det, den oppmuntringen. Liksom få skryt for hver liten ting: ”nei, nå har du jobbet hardt, og dette går fint!”. (B3)

Koordinator motiverte også brukerne til å delta på aktiviteter sammen med venner og familie, eksempelvis turer, enkle arbeidsoppgaver, arrangementer, reiser og lignende.

Et flertall fortalte videre om hvordan hjelpetilbudet ble planlagt og utformet sammen med koordinator. Informantene uttrykte at hjelpen ble tilpasset deres behov gjennom å si at de mottok ”nødvendig hjelp”, ”fikk den hjelpen de trengte” og ”ikke ønsket noe annerledes”.

Støtten hadde også et helhetlig fokus. En bruker beskrev at hun fikk ”hjelp til allting”, mens øvrige fortalte detaljert om et bredt engasjement fra koordinators side for å møte behov på ulike livsområder. Et annet utsagn var: ”NN tok seg av alt som jeg ikke kunne, og det er jo veldig all right når en er i en situasjon da du må ha hjelp. Jeg kan føle meg trygg på henne og at jeg får den hjelpa jeg skal ha” (B1).

Opplevelse av fellesskap i arbeidet mot målene ble nevnt av flere. Disse pekte på at koordinator og personalgruppen delte ønskene deres, at de var sammen med dem om planlegging og gjennomføring, og at alle trakk i samme retning. En sa det slik:

De var jo veldig ivrige på at jeg skulle komme lenger for hver gang jeg trente, og at jeg skulle klare litt mer. Det var felles det ønsket fra både de og meg, for det var jo egentlig det som var i planen, at nå skal vi prøve det og nå skal vi prøve det...(B3)

### **5.1.3 Samspillet åpnet for målrettede prosesser**

Samarbeidet med koordinator stimulerte til bevissthet rundt egne ønsker, til å sette mål og arbeide mot disse. Underveis var brukerne opptatt av egen innsats som fremmede faktor. Funnene viste også utfordringer i prosessen.

#### **Individuelle mål**

I kjølvannet av helsesvikten ble det vesentlig for informantene å mestre mest mulig. De var opptatte av å få nødvendig hjelp og håndtere rollen som hjelpetrengende, styrke funksjonsevnen, klare seg i egen bolig, delta sosialt og videreføre interesser. Avklaringer og tilrettelegginger rundt slike mål<sup>5</sup> var sentralt i samspillet med koordinator: ”Jeg sa jeg ville hjem, og det skjønte de. NN hjalp oss (bruker og ektefelle) med søknad om leilighet (omsorgsbolig) og sånt; hun var veldig på at vi skulle komme hit” (B4).

Den daglige pleien var hovedsaken for brukere med et særlig lavt funksjonsnivå. Disse var opptatte av å kunne påvirke tjenesten slik at de fikk både tilstrekkelig og tilpasset hjelp. God pleie og omsorg var derfor et mål i seg selv ved siden av å bidra til å oppfylle ønsket om å være hjemme. En bruker fortalte: ”Det er mest stellet av meg vi har snakket om; om hvordan de skal håndtere meg, armer og bein og alt som er. Jeg kan ikke bevege på meg og kan ikke klare noe når jeg ligger her” (B7).

Samvær med familie, venner og bekjente ble mye omtalt. Det var viktig å holde kontakten med mennesker som sto informantene nær, og som de hadde hatt mye til felles med. Planlegging av dagen slik at aktiviteter kunne gjennomføres, hjelpemidler og følge til arrangementer ble nevnt som måter å nå slike mål på. Idrett og friluftsliv hadde vært viktige interesser for flere. I slike sammenhenger ble trening for å øke bevegelsesevnen og forflytningshjelpemidler vektlagt.

---

<sup>5</sup> IPA-tilrettelegger benytter begrepet livskvalitetsmål om målsettingene i den individuelle planleggingen. Fordi benevnelsen opplevdes fremmed for en del av brukerne, benyttes derfor begrepet mål.

## Tjenestemottakerne tok i bruk egne drivkrefter

Ulike former for egen innsats ble beskrevet. Mange mente at egne holdninger og egen aktivitet bidro til måloppnåelse ved siden av støtten fra koordinator.

Innsatsen dreide seg blant annet om å ta ansvar så langt som mulig. Noen få mente at de hadde fått ansvar ved å bli utfordret til å tenke igjennom ting og treffe valg. De fortalte også at de hadde møtt forventninger om å vise initiativ og bidra med egenaktivitet. Andre mente at de ikke hadde fått ansvar selv, men beskrev likevel hvordan de både fikk og tok ansvar eksempelvis ved å se til at tiltak ble gjennomført etter planen, egentrening, inngåelse av timeavtaler, innsats for å komme seg ut og egenomsorgsaktiviteter.

Godt humør var til stor hjelp, slik flere beskrev sine erfaringer. Humøret hadde gjort hverdagen lettere, skapt motivasjon og bedret tiltaksevnen. Enkelte påpekte at godt humør styrket samarbeidet med koordinator og bidro til at personalet oppfattet dem positivt. En løsningsorientert holdning var også vesentlig i denne sammenhengen.

Egen innsats gjorde tjenestemottakerne til aktive samarbeidspartnere så langt de var i stand til det. De ønsket å vise at de mestret noe, og dataene omfatter flere beskrivelser av iherdig trening og forsøk på å takle utfordringer. Noen beskrev hvordan de bevisst hadde forsøkt å strekke seg i retning av oppfordringer og forventninger fra koordinator og annet personell. Framgang handlet mye om ”å ville det selv”. En uttalte at man ikke måtte stoppe på halvveien eller miste motet, men gjøre så godt en kunne. På spørsmål om hvordan informantene trodde det ville gått med egne mål uten en slik holdning, var svaret: ”Nei, det tør jeg ikke tenke på, for når jeg har bestemt meg for en ting, så gjør jeg det” (B5). I tillegg påpekte noen betydningen av å ”være seg selv” for å oppnå positive resultater. Det handlet om å være tydelig, fremme sine meninger og fortelle fra eget liv.

Flere av tjenestemottakerne ga videre uttrykk for at de etter hvert hadde godtatt de helsemessige endringene, forsøkt å tilpasse seg og komme seg videre. En svarte slik da hun ble bedt om å beskrive prosessen mot målene hun hadde satt seg:

Det er klart at det har betydd mye det at jeg var innstilt på det. Jeg har jo ikke vært ”i kjelleren” eller hatt psykiske problemer på grunn av dette her, det har jeg ikke, selv om jeg kunne tenke hvorfor dette skulle hende meg og gråt noen ganger for meg selv. (...) Jeg har bare tatt det som... dette har hendt meg og sånn var det. Uansett skulle jeg på beina igjen, og jeg måtte bare gå videre og prøve å komme meg opp.(B3)

Enkelte fortalte også at tidligere erfaringer med sykdom og funksjonstap var til hjelp i den nåværende situasjonen.

Ønske om uavhengighet framsto som en viktig drivkraft mot målene. Flere syntes det var vanskelig å motta hjelp til eget stell. Andre var opptatt av problemene med å komme seg ut på egenhånd. Informantene vektla økt autonomi gjennom å fokusere på tilrettelegginger i boligen, egne ideer for å håndtere utfordringer og innsats ved systematisk trening. En beskrev det slik:

Jeg har så veldig vondt i armen, den er utslitt den armen min, og jeg kunne ikke gå på do alene fordi jeg plundret med å komme meg opp fra toalettet og så over i stolen. Så en lang stund kunne jeg ikke det da og måtte ha hjelp. Det syntes jeg var vanskelig, men nå gjør jeg det selv, for jeg klarte å finne ut av det etter hvert. (B2)

### **Utfordringer i målprosessen**

Gjennomføring av tiltak mot målene var ofte krevende. Noen fortalte om motgang, at prosessen hadde tatt tid, og at de hadde vært slitne underveis.

Et flertall mente de hadde nådd mange av målene sine, men beskrev også mål som aldri ble noe av, eller som var urealistiske. For en bruker hadde naturopplevelser hatt en sentral plass gjennom livet. Et viktig mål hadde derfor vært skogsturer til tross for store bevegelsesproblemer. Etter hvert hadde denne informanten måttet innse at dette ikke lot seg gjennomføre lenger. Derimot var rullestolture i nærmiljøet noe vedkommende satte pris på nå. Å gjenvinne evnen til å gå etter sykdom og skader var et sentralt mål for flere som de satset mye på. I noen sammenhenger var dette målet åpenbart langt unna, men likevel noe som de var opptatte av og trente mot.

Materialet viser også at resultater gikk tapt når helsetilstanden ble dårligere. En informant beskrev konsekvensene av sykdomsforverring slik:

NN var her for å trene meg, og hun skaffet meg hjelpemidler – elektrisk rullestol og slikt. Det var bra fordi da kom jeg meg ut selv. Men ikke nå lenger, nå er det slutt. (B8)

Andre tjenestemottakere mente at koordinator hadde begrensede påvirkningsmuligheter for iverksettelse av planene. Manglende oppfølging av trening, endringer i gjennomføring av stell og tidspunkt for hjelpen, samt avvik i forhold til andre rutiner som var bestemt, opplevdes problematisk og frustrerende. Hovedsakelig ble disse problemene knyttet til samarbeidende tjenester og tidsnød blant personalet. En av informantene satte følgende ord på sine erfaringer:

Den planleggingen med NN er veldig bra når den virker, men den hjelper mange ganger ikke, og det er jeg ikke fornøyd med. (...) Jeg har sagt til NN hvordan jeg vil ha det, og hun skrev det opp i permen min hvordan det skulle være – hadde et bestemt

ark som det lå på. Men det fungerer ikke alltid, og det liker jeg ikke, jeg blir helt forstyrret av det. (B1)

#### **5.1.4 Målprosessen medførte et utvidet livsrom**

Prosessen mot egne mål førte til økt selvstendighet og sosial aktivitet, samt opplevelse av tilfredshet. Resultatene innebar utvidete muligheter til å leve det livet brukeren ønsket til tross for store hjelpebehov.

##### **Tjenestemottakerne ble mer selvstendige**

Et liv i eget hjem var et ønske hos alle informantene. Dette åpnet for en tilværelse mer lik livet tidligere, for å være seg selv og leve sammen med familie. Likeledes for mest mulig kontroll i hverdagen. Bedre funksjonsevne var viktig for å kunne bo hjemme, men økt mobilitet, egenomsorgsevne og bedre praktiske ferdigheter styrket også brukernes opplevelse av selvstendighet. Noen beskrev stor framgang gjennom trening og var langt på vei mot målet om å kunne bevege seg på egenhånd ved bruk av tekniske hjelpemidler. Brukerne fortalte også om å mestre andre utfordringer i hverdagen som enkle huslige gjøremål, personlig hygiene, toalettbesøk, egentrening og turer i nærmiljøet. En oppsummerte samarbeidet med koordinator slik:

Det hadde mye å si, ja, veldig viktig for jeg var avhengig av hjelp, og det var helt jævlig. Jeg klarte å gå...kunne bevege meg og gå på do selv. Jeg ble mindre avhengig. (B8)

For denne brukeren handlet målene mye om tidligere interesser:

Ja, jeg drev med jakt og var mye i skogen og på fjellet. Jeg snakket med NN om det som var livet mitt, og det jeg var interessert i, og det var fint. Jeg ville komme meg ut, og hun skaffet meg hjelpemidler. (B8)

##### **Brukernes sosiale tilhørighet ble styrket**

Redusert avhengighet utvidet mulighetene for sosial deltakelse. Økt bevegelsesevne gjorde det lettere å opprettholde kontakten med nettverket og delta på aktiviteter og tilstelninger. For noen handlet det om å besøke naboen eller kameraten som en hadde kjent gjennom store deler av livet, mens andre kom seg ut i rullestolen for å treffe gamle venninner på kafé eller møte familie. Muligheter for deltakelse på reiser, hyttebesøk og andre former for uteliv ble også beskrevet. Betydningen av å komme seg ut på egenhånd tydeliggjøres i dette utsagnet:

Hun skaffet meg hjelpemidler og trente med meg. Det hadde mye å si. Den elektriske rullestolen var veldig bra. Jeg kunne kjøre fram og tilbake selv. (...) Jeg kom meg ut for å snakke med andre...ha kontakt med andre. Jeg hadde mer kontakt med kamerater og familie, og det betydde mye, veldig mye. (B8)

Økt sosial kontakt innebar mindre ensomhet, opplevelse av fellesskap og opprettholdelse av viktige relasjoner i livet. Det nære og kjente ble trukket fram som viktig når helsa sviktet, og en sa det slik:

Jeg ser fram til å komme dit da (til ny omsorgsbolig) for der kjenner jeg jo alle. Jeg søkte om den leiligheten fordi det er så mye som skjer der, og så har jeg en kompis som bor der, og det er positivt for meg da. Vi går jo godt i sammen og når vi kommer sammen, så har vi mye til felles. (B5)

På spørsmål om i hvilken grad bruker hadde nådd ønskene sine, svarte en annen informant: ”Ja, de har jeg nådd, det vil jeg si. Det var godt å komme hit i leiligheten da og få være sammen med mannen min” (B4). Denne brukeren fortalte at hun hadde vært redd for at hun måtte flytte på institusjon.

### **Brukerne opplevde tilfredshet**

Informantene uttrykte tilfredshet over å arbeide mot egne mål og å nå dit de ønsket, helt eller delvis. De fortalte om gleden ved å nå de små målene som totalt sett førte til et bedre funksjonsnivå og økte muligheter til å leve mest mulig selvstendig. De satte pris på å være sosialt deltakende, komme seg ut og være med på ulike aktiviteter. Å mestre mer av det som opplevdes viktig, ga en glede i seg selv, men var samtidig en oppmuntring til å gå videre og prøve nye utfordringer. Tilfredshet kom blant annet til uttrykk gjennom utsagn som: ”Det var alle tiders å komme på rehabiliteringsavdelingen, der var alt lagt til rette” (B1) og ”Jeg har vært veldig glad for den trainingen jeg har fått, uten den så hadde jeg ikke nådd....da hadde jeg bare blitt sittende i rullestolen” (B3).

Forventningene til måloppnåelse varierte. Noen fortalte at å nå dit de ønsket, ble slik de forventet, mens for andre som hadde tvilt underveis, ble måloppnåelse en særlig positiv opplevelse. På spørsmål om hva det hadde betydd å nå målene, fortalte en bruker: ”Det har betydd mye, det har det – det er helt sikkert. Jeg blir glad, særlig hvis jeg gjør ting som jeg ikke regner med å få til; da blir jeg overrasket” (B5).

Informanter med store hjelpebehov uttrykte jevnt over tilfredshet med den hjelpen de mottok: ”Og så har jeg den hjelpa jeg kan få; den er god den” (B4). Tilfredsheten viste seg også gjennom ønsket om videreføring av tjenestene: ”Jeg ønsker at hjelpen skal være slik den har vært. Jeg kan ikke leve

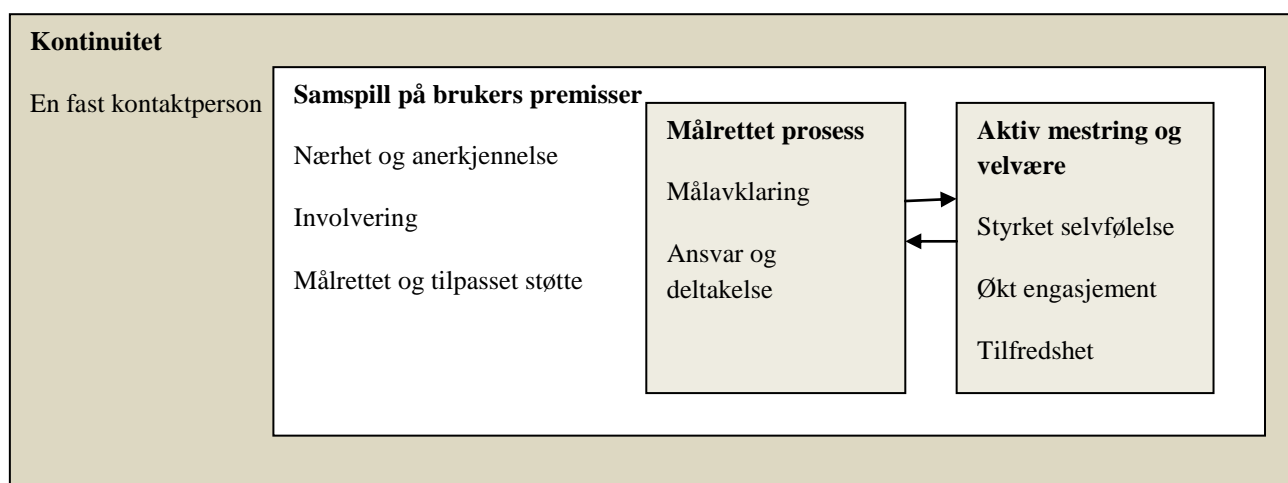


uten hjelp og har fått den hjelpen jeg skal ha” (B7). Tilfredsheten handlet videre om tillit til tjenesteapparatet. Enkelte fortalte at de stolte på pleiepersonalets kompetanse og ansvarlighet. De fortalte om god pleie etter negative erfaringer fra sykehusopphold og betydningen av å ha stabil hjelp. På spørsmål om hva samarbeidet med koordinator hadde betydd, svarte en av disse: ”Det betyr at jeg ikke behøver å tenke så mye selv for det blir jeg sliten av. Det er mange ting å huske på, og det kan bli litt for mye noen ganger” (B7).

## 5.2 Koordinatorenes erfaringer

Kategoriene ”målrettet prosess” og ”aktiv mestring og velvære” viser hva arbeidsmetoden, i følge koordinatorne, innebar for brukerne og besvarer det andre forskningsspørsmålet. Koordinatorenes framstilling av faktorer ved samhandlingen som påvirket brukernes målprosesser besvarer det tredje forskningsspørsmålet og synliggjøres i kategoriene ”kontinuitet” og ”samspill på brukers premisser”. Funnene fra koordinatorintervjuene oppsummeres i figur 4.

Figur 4. IPA-tilrettelegger som prosess og resultat basert på koordinatorenes erfaringer



### 5.2.1 Samspillet la til rette for målrettede prosesser

Samhandlingen åpnet for prosesser mot egne mål for tjenestemottakerne som innebar en rekke positive konsekvenser, men også utfordringer.

#### Målavklaring

Dialogen mellom bruker og koordinator dannet grunnlag for bevissthet og tydeliggjøring rundt individuelle mål. Utgangspunktet var ofte samtaler om tanker og følelser knyttet til her-og-nå

situasjonen, fortiden og tiden framover: ”I samtalene kom vi inn på minner og hva bruker ønsket å fylle dagen sin med nå. Prøvde å få bruker til å sette ord på ønsker og om det var noe de savnet” (K5). Et annet eksempel på koordinatorenes fokus var:

Tradisjonelt er vi mye opptatt av det fysiske – vi griper tak i armer og bein...., men at man i tillegg spør om hva som betyr noe for folk, og at brukerne blir sett og hørt ut i fra det, det er det viktige.... (K3)

Temaet bidro til refleksjoner rundt egne behov og ønsker for brukerne og kunne utløse idéer og positive tanker. Etter hvert ble det naturlig å snakke om hvorvidt brukeren ønsket å sette seg noen mål:

Målet har blitt det bruker har sagt at: ”det ønsker jeg å gjøre!”. Det kan være veldig små hverdagslige ting som betyr masse for folk, ikke sant. Det kan være mange ting som du ikke tenker på i det hele tatt som kan bety mye for noen. (K1)

Å snakke om det som opplevdes viktig i livssituasjonen, representerte muligheter for bruker. Enkelte påpekte her at målene bidro til bevisstgjøring rundt at de ennå hadde egne krefter og noe å gi i eget liv. En informant beskrev hvordan hun prøvde å møte situasjoner der brukerne, på grunn av svekket funksjonsevne, fokuserte mer på begrensningene i livssituasjonen enn mulighetene:

Det er viktig å spørre om hva de enkelte kunne hatt lyst til å gjøre dersom de ikke hadde hatt sine begrensninger. De er så bundet opp av sine begrensninger at de ikke tør slippe tankene til for hva de egentlig kunne hatt lyst til ofte. (K3)

### **Tjenestemottakerne fikk ansvar og ble deltakende**

En gjennomgående oppfatning var at når noen bryr seg om hva som betyr noe for en, fremmes motivasjon og vilje til å ta tak i livet sitt. Dette la til rette for ansvar og deltakelse i prosessen mot målene:

Men det å bli bevisst på sine mål og grunne over de tingene, det tror jeg betyr veldig mye og at det setter i gang en prosess hos brukeren og mer tanker om framtida og hvordan vedkommende kan løse tingene. Det ansvarliggjør jo også brukeren til å bli mer aktiv i sitt eget liv, det gjør det. (K3)

Koordinatorerne var også opptatt av at målene innebar en forpliktelse for bruker: ”Når du har satt et mål, så må du jo ofte gjøre noe med det for å oppnå ting – sånn er det med oss også” (K1).

Tjenestemottakernes ansvar innebar både å tenke igjennom hva som krevdes for å nå dit en ønsket, og aktiv innsats, eksempelvis i treningsopplegg, sosiale aktiviteter, oppfølging av avtaler, kommunikasjon med annet helsepersonell og øvrige tjenestetilbud, samt gjøremål i hjemmet.

Informantene hadde ulike erfaringer med i hvilken grad brukerne tok ansvar selv. Et par beskrev betydelig aktivitet, mens andre trakk fram alder og funksjonsevne som årsak til at noen eldre helst ville overlate ansvar til andre. Det var likevel en utbredt erfaring at de fleste brukerne ønsket å ta ansvar så langt som mulig.

### Utfordringer i målprosessen

Mens noen brukere uttrykte klare, konkrete mål, var andre mer tilbakeholdne. Enkelte begrunnet dette med temaets private karakter: ”Mange eldre er ikke vant til slik åpenhet og ja, prate om det innerste, og det må jeg si kan være en utfordring for dem” (K6). Koordinatorene fortalte også om tjenestemottakere som mente at de tross alt hadde det bra og ikke ønsket noen forandringer. Flere var inne på at kravet til engasjement og aktivitet kunne gjøre det strevsomt for brukerne å arbeide målrettet. En mente at skrøpeligheit og utsikter til sykdomsforverring kunne gjøre det spesielt vanskelig å uttrykke mål. Enkelte erfaringer viste at tjenestemottakerne kunne ha behov for lengre perioder uten målrettede aktiviteter. En lite fordringsfull holdning og ønske om ikke å ligge noen til byrde, ble også nevnt som hinder. En koordinator hadde erfaring med at bruker takket nei til tiltak som krevde innsats utover det en selv kunne bidra med. Denne informantene uttrykte videre:

Det at dem setter grenser selv, at dem lærer seg å sette grenser og si i fra at: ”det her liker jeg ikke, jeg vil ikke ha det sånn”, det tror jeg nok er en utfordring for de fleste. For de skal jo ikke være til bry; det er jo en sånn gjennomgangstone; de skal ikke være til bry. (K1)

Samtalene om ønsker og mål kunne være utfordrende i seg selv. Det kunne blant annet oppleves nedslående å bli utfordret på å uttrykke mål dersom en ikke fant noe særskilt en ønsket å arbeide mot. Samtaler om mål kunne også innebære økt sårbarhet selv om informantene mente at brukerne selv avgjorde graden av åpenhet. En av informantene sa det slik:

Bruker blottlegger seg når vi sitter i en sånn samtale for det kommer jo fram veldig mange ting du har vært igjennom. (...) Bruker får en kjempeutfordring med å måtte gå i seg selv og føle på ting for å få det bedre. Det er utfordrende å komme ut med ting og blottlegge seg om såre og vonde opplevelser, men jeg tror det hjelper bruker, og de forteller jo også om mange positive ting. (K2)

Å arbeide mot egne mål innebar også skuffelser. Informantene beskrev situasjoner der brukerne satte mål som viste seg uopnåelige. Oppgitthet og frustrasjon var reaksjoner når det ikke gikk som forventet. Flere var inne på at planleggingsprosessen likevel hadde vært en positiv erfaring. Brukerne hadde vist både for seg selv og andre at de kunne være aktive i et forsøk på å skape endringer. En av koordinatorene beskrev hvordan en bruker med et urealistisk reisemål hadde stor

glede av at noen lyttet til drømmene hennes og brukte tid på bilder og beskrivelser fra stedet sammen med henne. Noen tjenestemottakere opplevde nedturer i forbindelse med at samarbeidende tjenester ikke respekterte eller fulgte opp tiltakene i brukers plan.

Enkelte beskrivelser understreket betydningen av å gå forsiktig fram underveis. En var opptatt av at tjenestemottakerne ikke måtte oppleve målene som forpliktende, men at de når som helst kunne trekke seg fra prosessen. Brukerne kunne bli fanget av egne målsettinger når de ikke klarte å leve opp til forventninger som disse kunne skape i omgivelsene:

En bruker hadde problemer med å bevege seg og var veldig deprimert; hun hadde ikke tro på noen ting. I en samtale snakket hun om et barnebarn som skulle konfirmeres, og hun ønsket veldig å være tilstede i den konfirmasjonen. Vi ble enige om at hun måtte trene slik at hun kunne sitte i en rullestol den dagen. Hver dag ble hun minnet på det målet, men orket ikke treningen og ble enda mer lei seg og gråt mye. Det var både smerter og det psykiske som hindret henne i å komme av gårde, altså – hun ble fanget av det, og vi maste nok for mye med det målet. (K3)

### **5.2.2 Målprosessen medførte aktiv mestring og velvære**

Den individuelle planleggingsprosessen førte til styrket selvfølelse og økt engasjement. Likeledes til opplevelse av tilfredshet. Måloppnåelse innebar også utfordringer for brukerne.

#### **Målprosessen førte til styrket selvfølelse og økt engasjement**

Flere i utvalget var opptatt av hvordan arbeidsformen bidro til å styrke brukernes selvfølelse. Å bli sett og hørt ga brukerne en opplevelse av egenverd. På spørsmål om hvilken betydning hun mente samhandlingen basert på IPA-tilrettelegger hadde for bruker, poengterte en koordinator at brukerne følte seg verdifulle, og opplevde at de selv i større grad kunne bidra med noe. Denne informanten understreket videre:

Du føler at du blir sett, og noen stiller deg spørsmål og bryr seg om hva som betyr noe for deg. Du blir jo mer våken da; ”ja, faktisk betyr jeg noe; det er noen som vil gjøre noe sammen med meg, og jeg får flere muligheter”. Du får flere strenger å spille på. (K1)

Fokus på brukernes mål utløste økt engasjement, i følge et flertall av koordinatorene.

Samhandlingen satte i gang egenaktivitet og tankevirksomhet, og målene skapte forventninger; de ble noe å strekke seg etter og således en kilde til å holde seg oppe til tross for en vanskelig hverdag. Et uttrykk for dette var: ”Du føler at du utløser en reaksjon, aktivitet og energi. Bruker er med på noe selv – det er dine (brukerens) ord som betyr noe...” (K1).

Økt engasjement ble også satt i sammenheng med ansvarliggjøring av tjenestemottaker. Aktiviteten økte når den enkelte fikk mer ansvar selv slik denne informanten var inne på:

Det var veldig all right at jeg sa at de måtte gjøre det selv eller ta ansvar for det selv fordi da fant de faktisk ut at de klarte det. Og det har veldig mye å si det å klare ting. (K5)

Flere av informantene mente at fokuset på individuelle mål åpnet for å videreføre roller som hadde vært viktige for bruker tidligere selv om det nå handlet om å fylle dem på en annen måte.

Aktiviteter knyttet til familie og øvrig sosialt nettverk, husarbeid og idrett, samt annen fritidsvirksomhet ble beskrevet. En koordinator fortalte dette:

Han satt bare og kjente på angsten, men så begynte vi å snakke om hva han gjorde i ungdommen, og da kom det fram mange ting, blant annet var han veldig flink i idrett. Vi kom inn på muligheten for å gå i nærmiljøet; rundt boligene der han bodde, og jeg fant ut hvor langt det var og laget et skjema som viste antall runder og datoene for turene. (...) Han ble så ivrig og gikk mange mil den sommeren. Det utløste jo masse ressurser hos han, og han traff naboer på sin vei og ble bedt på kaffe rundt forbi og slik utvidet han nettverket sitt, så det var mye positivt. (K3)

### **Måloppnåelse ga opplevelse av tilfredshet**

Tjenestemottakerne uttrykte glede når det gikk slik de håpet: ”Det betydde en veldig tilfredshet for brukerne å nå sine mål – de var veldig fornøyde” (K6). Et liv i eget hjem, økt selvhjulpenhet og sosial deltakelse la til rette for å leve mest mulig i overensstemmelse med egne ønsker og verdier. Erfaringene fra et flertall av informantene viste at brukerne i slike situasjoner følte at de hadde det bra, og at livet var greit tross alt. De var fornøyde med den oppfølgingen de fikk og spesielt glade for å kunne være hjemme. Målene utløste i mange tilfeller egne vedtak på ulike tjenester som bidro til måloppnåelse. I tillegg nådde noen mål knyttet til enkeltopplevelser som reiser, møte med mennesker de hadde kjent tidligere i livet og turer til steder av spesiell betydning.

Tilfredshet handlet ikke bare om å nå målene, men også om prosessen underveis. Enkelte av informantene påpekte her at brukerne var fornøyde fordi de så at ord ble til handling: ”De ser at det blir resultater, at du drar i noen tråder, ringer og får til ting” (K7). I tillegg mente et par at ordningen med en fast kontaktperson og målprosessen bidro til å avdekke behov og nå mål som ellers ikke ville fått oppmerksomhet: ”Altså, det blir jo oppdaget ting som de trenger...det er jo mange ting som blir oppdaget på veien når du jobber slik” (K4). Andre tanker om dette var:

Hvis bruker får en koordinator, får en faktisk automatisk hjelp for da bygger du opp tillit og trygghet til koordinatoren din så du lettere kan si i fra. Koordinator hjelper

bruker og kan bidra til å se behovene. Dette hjelper brukere til å få det de har krav på, og de får økt sin livskvalitet rett og slett (...). På denne måten kan man hjelpe mange som ikke tør å si i fra. (K2)

Avdekking av behov og ønsker styrket brukernes muligheter til å realisere det de opplevde som viktig i livssituasjonen. Dette bidro til tilfredshet og velvære.

### **Måloppnåelse medførte også utfordringer**

Selv om de fleste av tjenestemottakerne nådde noen av målene sine, gikk resultatene for flere midlertidig eller varig tapt som følge av sykdom og generell svekkelse. Noen av koordinatorene beskrev denne tilbakegangen som trist, men understreket samtidig det positive ved at brukeren hadde vært i en prosess som ga midlertidige resultater: ”Det var jo vits å oppleve det positive likevel en liten stund før sykdommen gjorde at det gikk gjerne veien igjen” (K6). Forandringer i brukers livssituasjon krevde imidlertid ny gjennomgang av mål, muligheter og tiltak.

### **5.2.3 En fast kontaktperson innebar kontinuitet**

Med en koordinator fikk brukerne en fast person å forholde seg til og en samarbeidspartner de kunne dele tanker og følelser med. Betydningen av å ha en kontaktperson gikk igjen i alle intervjuene. Informantene mente at koordinator skapte kontinuitet og trygghet i en vanskelig livssituasjon for brukerne. På spørsmål om det var noe hun spesielt ønsket å fremheve ved denne arbeidsmetoden, svarte en slik: ”Brukeren føler seg tryggere når de får én å forholde seg til, og det tror jeg må være det viktigste” (K3). Kontinuiteten la til rette for et nærmere samspill mellom koordinator og tjenestemottaker.

### **5.2.4 Samspill på brukers premisser**

Relasjonelle faktorer som nærhet, anerkjennelse, tilrettelegging for medvirkning, samt målrettet og tilpasset støtte fremmet tjenestemottakernes målprosesser.

#### **Nærhet og anerkjennelse**

Nærhet i samhandlingen dreide seg først og fremst om å sette brukeren i sentrum både fysisk og mentalt. Koordinatorene la til rette for tett kontakt, og tilgjengelighet ble vektlagt. Rammen rundt samtalene var viktig; å sette seg ned sammen over en kopp kaffe skapte god kontakt. Nærheten innebar også å være oppmerksom og en beskrev dette slik: ”Det har med hvordan du kommuniserer å gjøre; at du viser at nå skal det handle om deg, nå sitter jeg her for deg. Du må vise interesse for

den du snakker med og at du er på samme nivå” (K4). Betydningen av å være mentalt tilstede ble videre utdypet av denne informanten:

Du må sense og se...ja, hva det er som betyr noe for dem – du må følge med og se hva som gjør at mennesker er glade eller lei seg. Det kan være mimikk, et blikk eller et smil, ikke sant. (...) Det er viktig at du senser gjennom samværet med dem hva de liker og hva de kanskje savner nå. (K1)

Nærheten handlet også om tid: ”Alle trenger tid på det å skulle fortelle hva som er viktig i livet, særlig når du har kommet så langt at du er avhengig av hjelp for å få realisert drømmene dine eller det som er viktig” (K5). Koordinatorene la vekt på å la brukerne tenke over ting, forberede seg og komme med tanker på eget initiativ. Et flertall av informantene var opptatt av hvordan tid og ro i relasjonen også var betinget av deres egen atferd. Det var viktig å dempe inntrykk av travelhet: ”Jeg tror veldig mye kommer an på å kunne sette seg ned sammen, ha tid og prate i deres tempo og om det de vil prate om” (K6).

Bruk av humor skapte nærhet slik noen så det. Å kunne le sammen og se utfordringer fra en humoristisk synsvinkel bidro til forståelse av hva som var betydningsfullt, og åpnet for å snakke om vanskelige tema.

Samtlige informanter opplevde å bli bedre kjent med brukerne gjennom denne måten å arbeide på. En sa: ”En lærer mye mer om brukeren på en annen måte. Det blir en helt annen tenkemåte enn før - en kommer inn på helt andre temaer” (K2). Fokus på brukernes livshistorie åpnet blant annet for å se den enkelte i en større sammenheng. Å snakke om det som opplevdes viktig, brakte også personlige og følelsesladete temaer på banen og bidro til en emosjonell nærhet mellom partene.

Nærhet handlet videre om gjensidighet. Et konstruktivt samarbeid forutsatte at partene respekterte hverandre, trivdes i samspillet og opplevde å være på bølgelengde slik flere av informantene uttrykte sine erfaringer. Synet illustreres i dette utsagnet: ”Det må være tillit og respekt begge veier for å få til ting. Kjemien må stemme, og brukeren må være trygg på å si i fra dersom de ikke føler det” (K1). Begge parter måtte også bidra til åpenhet og en god kommunikasjon selv om koordinator i utgangspunktet hadde ansvar for dette.

Å bli sett og hørt innebar anerkjennelse. En av informantene svarte slik da hun ble spurt om betydningen av arbeidsmetoden for tjenestemottakerne: ”Jo, det er å bli tatt på alvor - det å bli sett og hørt for det man virkelig vil og ønsker her i livet” (K3). Noen viste til at IPA-tilrettelegger forutsetter tro på at brukerne har egne meninger og både kan og vil handle i eget liv. I følge enkelte har helsepersonell lett for å frata eldre ansvar og oppgaver de klarer selv, likeledes til å underkjenne

deres kompetanse. Andre satte anerkjennelse i sammenheng med å respektere også urealistiske ønsker og mål. En uttalte: ”Innerst inne vet han at det ikke kan bli virkelighet, men han må få beholde drømmen sin, og det lever han på...” (K5).

Anerkjennelse av bruker innebar videre, i følge enkelte, å se bort fra egne normer og undersøke hva som virkelig betydde noe for den enkelte. Et uttrykk for dette var: ”Vi blir mer opptatt av å tenke fra brukers side ved denne måten å arbeide på” (K7). En annen beskrev disse tankene om temaet:

Det viktigste vi gjør er å legge vekk det vi bærer i oss av hva som er viktig og hva som er rett og nødvendig for at jeg selv skal trives og ha det bra. Jeg må være helt åpen når jeg treffer et annet menneske og undersøke rundt den brukeren. Det har masse å bety for respekt for bruker. (K5)

Respekt for ulikheter var også en måte å anerkjenne enkeltindividet på: ”Vi møter mange forskjellige brukere, ikke sant, og de gir forskjellige tilbakemeldinger og noen ønsker ting annerledes. Å komme inn i hjemmet til folk handler om å respektere deg uansett åssen du er” (K1).

### **Involvering av bruker**

Samtlige informanter beskrev brukerne som sentralt medvirkende i målprosessen. På spørsmål om det var noe hun ønsket å fremheve ved arbeidsmetoden, svarte en: ”IPA (tilrettelegger) fremmer retten til å bestemme over eget liv og det å ha innflytelse” (K5). Informantene var bredt opptatt av at prosessen måtte bygge på brukernes egne ord og tanker. Tiltak for å nå målene ble valgt ut i fra brukernes ønsker og ressurser, og de var deltakende underveis med egne vurderinger og veivalg. Samtalene var viktige for medvirkningen. De understreket at det var ”brukernes samtaler” som de styrte selv slik denne koordinatoren uttrykte det:

Jeg styrer ingenting, hun styrer det selv – får sagt sine ønsker, tanker og sånne ting. Jeg bare lytter; veldig viktig å ikke komme inn og overkjøre eller sånne ting, bare sitte og lytte til henne. Jeg skal heller ikke komme med min mening om jeg synes det er urealistisk, for det er hennes ønsker, drømmer og tanker, og det må jeg respektere. (K2)

Bruk av nettverksmøter ble også trukket fram av noen som viktige for å sikre brukers medvirkning.

I de fleste tilfellene i koordinatorenes erfaringsgrunnlag ble tjenestemottakernes mål, tiltak, tidsfrister og ansvarsfordeling nedskrevet i en individuell plan. Betydningen av planen gikk igjen i alle intervjuene. Dokumentet tilhørte tjenestemottaker og var vesentlig for medvirkning og innflytelse:



Han ville gjerne medvirke til hvordan tjenesten ble utført, hvilke tidspunkt og forskjellige ting. Det at ting ble satt ned på papiret, og at det står der, det hjelper jo til at de får viljen sin, og at de føler at de er medvirkende. (K7)

En annen erfaring var: ”Det er noe konkret du forholder deg til – du ser på en måte at det er ditt. Du kan velge hva du vil ha i den og hva du skal gjøre med den” (K1).

Skriftliggjøring ga trygghet og visshet om at behov var vurdert og ivaretatt. Planen forpliktet, hindret at viktige tiltak ble glemt og bidro til å opprettholde bevissthet om hva som var viktig for bruker: ”Det som er forskjellen nå, er at bruker setter seg noen mål og har litt drømmer. Så kommer vi tilbake til det igjen – vi tar det opp igjen, og det blir ikke borte i hverdagen” (K4). Planen la til rette for brukers deltakelse i evaluering underveis, og flere mente at brukerne med dette dokumentet stilte sterkere ved søknader om tjenester.

Ikke alle brukere ønsket en individuell plan. Noen koordinatorene mente at ordningen kunne oppleves fremmed med en uklar hensikt. I disse tilfellene ble fokus rettet mot selve prosessen; det var uansett viktig å finne fram til hvordan ønsker kunne imøtekommes og brukeren involveres. Andre hadde gjort seg tanker om at individuell plan ikke var nødvendig i forhold til eldre med få tjenester, men at en ordinær pleieplan kunne dekke behovet så fremt brukeren ble involvert i utarbeidelsen. Et annet synspunkt på dette var:

I en vanlig pleieplan så kan vi kanskje skrive ned de samme tingene, men det blir jo mer at pleieplanen er vår (personalets) og ligger i våre papirer. Det er vi som leser den, og brukeren tenker ikke så mye over den. Men bruker er mer med og skriver IP (individuell plan) og har denne selv. Brukeren opplever at når vi skriver IP, så er det brukerens egen plan. (K7)

### **Måltrettet og tilpasset støtte**

Koordinatorers rolle som støtteperson for bruker, er bredt forankret i materialet. Veien mot målene var ofte lang og møysommelig og i stor grad avhengig av koordinatorenes støttende innsats. Et uttrykk for betydningen av støtten var:

Det ble så kaotisk for dem da kona fikk slag. De hadde vært aktive sammen ute på reiser og i naturen. Men det å få en kontaktperson som de kunne snakke med og se framover sammen med, det var lyset i tunnelen (K3).

Støtte når det gjaldt tydeliggjøring av mål handlet om å respektere det brukeren opplevde som viktig. Der målene eller tiltakene ikke var gjennomførbare, ble det vesentlig å hjelpe brukerne til å

definere andre mål som handlet om det samme eller finne nye tiltak som brukeren mestret bedre. En av koordinatorene beskrev dette slik:

Flere mål ble nådd, og andre evaluerte vi og var enige om at vi ikke kom videre med. Da hadde vedkommende erfart og kommet til den erkjennelsen selv at: ”det legger vi på is, for det er ikke noe for meg”. Da måtte vi finne andre måter å fylle den lengselen og det behovet på da. (K3)

Informantene påpekte at deres rolle var å komme med råd og veiledning når brukeren selv ønsket dette. Jevnlige samtaler om mål og tiltak ble nevnt som viktig for å opprettholde motivasjon hos bruker og vise at prosessen ble tatt på alvor. Likeledes mente noen at det var viktig å definere delmål fordi små resultater ga en opplevelse av utvikling og at det nyttet. Resultater handlet både om brukers egen innsats og om koordinatorenes ansvar for å undersøke muligheter, etablere kontakt med andre aktører, organisere tiltak, finne løsninger på hindringer og bistå bruker i gjennomføringen. Utsagnet ”å være tilstede for bruker” (K6) er representativt for hvordan koordinatorene opplevde seg som støttepersoner for tjenestemottakerne. Blant annet kunne pårørendes forståelse for brukers ønsker og mål variere. En fortalte:

Som koordinatorene er vi åpne for å høre etter hva som er brukers ønsker og mål. Ofte kommer det krav fra pårørende til oss om ting de synes skal være annerledes eller at mor eller far trenger mer hjelp til forskjellige ting hvor vi da vet at det ikke er brukers ønsker eller at det ikke er viktig for brukers livskvalitet. (...) Enkelte ganger må vi forklare pårørende om brukers ønsker og at det er viktig for deres livskvalitet at vi følger disse så lenge som det går an. (K7)

Flere mente at framskritt i prosessen var betinget av at koordinator viste omsorg for bruker i arbeidet mot målene gjennom å etterspørre hvordan det gikk, holde avtaler og gi støtte. De pekte på behovet for ros og oppmuntring, men også nødvendigheten av å kunne gi bruker en ”dytt” framover ved å ha forventninger til dem.

### **Utfordringer i samspillet**

Faren for at koordinator kunne skape urealistiske forventninger hos bruker gjennom oppmuntring og motivasjon ble nevnt. Høye forhåpninger kunne i neste omgang utløse skuffelser og nederlagsfølelse. Erfaringene understreket betydningen av at støtten mot målene hele tiden måtte tilpasses tjenestemottakernes behov og ressurser. Å være støtteperson innebar også evne til helhetlig blikk for hva som var til det beste for bruker og til å sette grenser når prosessen ikke lenger tjente brukers interesse.

Enkelte informanter var videre opptatt av at det kunne være utfordrende for bruker å trekke seg ut av selve samarbeidsrelasjonen dersom de ikke var komfortable i denne:

Det er jo en utfordring å få det fram dersom du ikke kommer overens med den koordinatoren du har fått tildelt. Det er vanskelig for bruker å si at: ”nei, deg liker jeg ikke – deg er jeg ikke på bølgelengde med”. (K4)

Disse koordinatorene vektla informasjon og trygghet som tiltak for at tjenestemottakerne skulle kunne si i fra.



## 6 Drøfting av funn

Drøftingen omfatter erfaringene fra begge utvalgene, og tre temaer fokuseres. Det første omhandler de individuelle målprosessene og hva disse innebar for tjenestemottakerne. Deretter rettes oppmerksomheten mot betydningen av prosessens resultater. Under det tredje temaet drøftes relasjonelle faktorer i spillet mellom tjenestemottaker og koordinator som påvirket målprosessene.

### 6.1 Den individuelle målprosessen

#### 6.1.1 Målprosessen i et empowermentperspektiv

For tjenestemottakerne innebar samhandlingen med koordinator en prosess mot egne mål basert på individuelle verdier, behov og ønsker. Empowerment framstår som et sentralt begrep i arbeidsmetoden, og informantenes erfaringer gjenspeiler litteraturens beskrivelse av empowerment som en indre utvikling preget av egne verdier, økt kunnskap, styrkede ferdigheter og involvering (Gibson, 1991; Rodwell, 1996; Shearer, 2004; Askheim, 2003; Hage og Lorensen, 2005; Shearer, 2007). Aktiv mestring framkom som et kjernepunkt i målprosessene, noe som samsvarer med teoriens framstilling av den prosessuelle siden ved empowerment. Funnene bekrefter så langt eksisterende viten. Resultatene kan imidlertid også sies å inneholde ny og utfyllende kunnskap fordi metodetradisjonen innen empowermenttenkningen er mangelfullt utviklet (Askheim, 2003), og fordi forskning knyttet til empowermentprosesser blant skrøpelige eldre er begrenset. Hvordan aktiv mestring i stor grad handlet om å sette seg mål og anvende eget potensiale for å nå dit en ønsket, bidrar videre til å tydeliggjøre elementer i empowermentprosessen som er lite omtalt i litteraturen. Studien gir også kunnskap om betydningen av individuell plan som verktøy i prosessen.

Helsesvikten utsatte brukerne for stress slik begrepet forstås av både Lazarus og Folkman (1984) og Benner og Wrubel (2003). Endringene i livssituasjonen forstyrret normal funksjon og stilte krav utover den enkeltes ressurser. Behovet for å mestre forandringene og finne nye måter å videreføre verdsette aktiviteter på framkom som sentralt i begge utvalgene. I følge Lazarus og Folkman (1984) vil mennesker forsøke å mestre stressfylte livssituasjoner gjennom ulike kognitive og atferdsmessige anstrengelser. Foreliggende forskning viser at helseproblemer og avhengighet i eldre år ofte innebærer at mestringsstilen forandres fra å være aktiv og utadrettet til å bli mer passiv gjennom tilpasning og psykisk bearbeiding (Lazarus, 1993; Daatland og Solem, 2000; Romøren, 2005; Birkeland og Natvig, 2009; Slagsvold og Sørensen, 2009). Tjenestemottakernes reduserte

helse kunne lett ha ført til en overrepresentasjon av passive mestringsformer. Selv om slike også var til stede, forsøkte brukerne å optimalisere egen situasjon gjennom betydelig bruk av aktiv mestring som åpenhet, framtidorientering, deltakelse og selvbestemmelse. Mestringsstrategiene er forenlige med det Lazarus og Folkman (1984) benevner som problem- og emosjonsfokustert mestring; mestringsformer som møter utfordringer på konstruktive måter, og som her underbygger at tjenestemottakerne var inne i empowering prosesser.

De aktive mestringstrategiene var først og fremst karakterisert av å definere mål og ta i bruk egne ressurser for å nå dem. Empowerment er i seg selv målorientert mot økt kontroll og uavhengighet, men målavklaring som egen komponent i prosessen, er lite beskrevet i litteraturen. Noen få studier blant skrøpelige eldre belyser framtidorientering som et aspekt ved begrepet (Ruland et al., 1997; McWilliam et al., 1994; Shearer, 2007). Selv om studiene kan sies å være i tråd med den foreliggende undersøkelsen, er de basert på enkeltstående erfaringer fra ulike livssituasjoner og kontekster og ikke på erfaringer fra systematiske prosesser over tid.

Evnen til å sette seg mål ble av McWilliam et al. (1994) betegnet som vesentlig for å opprettholde og styrke egenomsorgsevne og autonomi som hjelpetrequende. Sammenhengen kan bidra til å forstå tjenestemottakernes evne til å mobilisere og anvende egne ressurser. Med utgangspunkt i egne ønsker og prioriteringer beskrev de hvordan de hentet fram og brukte sitt potensiale. En positiv innstilling, livsverdier og livserfaringer var verdifulle orienteringspunkter. På mange måter kan en si at brukerne hentet styrke ved å se tilbake og bygge på tidligere erfaringer, ved å vende oppmerksomheten innover for å hente fram indre ressurser og utover for å få hjelp. Bruk av personlige ressurser beskrives i flere studier som vesentlig for å fremme empowermentprosessen (Rodwell, 1996; St-Cyr Tribble et al. 2008), og sammenhengen omtales i noen få studier av empowerment blant skrøpelige eldre. Innstilling til livet, selvoppfatning og relasjoner til andre, interesse for egenomsorg og ønske om autonomi influerer på evnen til selvstendighet (McWilliam et al., 1994; Faulkner, 2001). Shearer (2007) identifiserte anerkjennelse av egen styrke og evnen til å være positiv som fremmende for prosessen. Holdningene hjalp den gamle til å påvirke og forbedre egen helse.

Flere av beskrivelsene i begge utvalgene knyttet målprosessen til meningsopplevelse. Benner og Wrubel (2003) relaterer mening til det som betyr noe for den enkelte i den aktuelle situasjonen. Både tidligere erfaringer og forventet framtid påvirker meningsopplevelsen og danner grunnlag for meningsfulle måter å mestre stressfylte situasjoner på. Brukernes aktive mestring gjennom målorientering og egen innsats kan i dette perspektivet forstås som meningsfulle innfallsvinkler i møte med utfordringene; det ga mening å sette seg mål, trene mot bedre funksjonsevne, lære seg

bruk av nye tekniske hjelpemidler og anstrenge seg for å delta i sosialt samvær. Erfaringene viste at helse- og funksjonstap krevde nye måter å realisere verdsette aktiviteter på. Samhandlingen med koordinator åpnet for kreativitet og konstruktiv problemløsning når det gjaldt gjennomføring av meningsfulle gjøremål. Selv om tjenestemottakerne opplevde motgang underveis, beskrev de hvordan de likevel ikke ga opp. Pågangsmotet kan i lys av Benner og Wrubels (2003) tenkning knyttes til meningsopplevelse; utholdenhet var nødvendig for å nå det som betydde noe i situasjonen.

IPA-tilrettelegger utgjør et samlet konsept for arbeid med individuelle planer (Berge og Lorentsen, 2004), og samtlige tjenestemottakere hadde en individuell plan. Individuell planlegging som strategi, er lite omtalt i empowermentlitteraturen. Ett unntak er Gibson (1991) som poengterer betydningen av å legge til rette for realistiske planer rundt den enkelte. Selv om tjenesten individuell plan ideologisk kan knyttes til empowermenttenkningen, er ordningen ikke eksplisitt uttrykt som virkemiddel for realisering av empowerment. Den foreliggende studien synliggjør at arbeid med individuelle planer som prosess og verktøy, kan være en relevant, konkret strategi. Samlet framstår målorientering, aktivisering av egne ressurser underveis mot målene og individuell plan som viktige bestanddeler i en verktøykasse for å realisere empowerment. Noen vil kanskje hevde at faktorene representerer så sentrale elementer ved IPA-tilrettelegger at resultatene følger naturlig av å anvende arbeidsmetoden og er uttrykk for at feltet lyktes med gjennomføringen. Fordi brukerne var eldre med store pleie- og omsorgsbehov, var det imidlertid ingen selvfølge at de over tid skulle delta i systematiske målprosesser og vektlegge egen innsats slik funnene synliggjør. Resultatene viser nettopp at empowering prosesser kjennetegnet ved aktiv mestring gjennom målorientering og egenkraft, er gjennomførbare også i denne målgruppen. Flere utfordringer knyttet til målprosessene viser at resultatene ikke kan tas for gitt som funksjoner av arbeidsmetoden.

## **6.1.2 Utfordringer i målprosessen**

### **Målorientering**

I følge koordinatorene var det vanskelig for enkelte å uttrykke mål. Ytre faktorer som funksjonssvikt, tap av roller og nære relasjoner påvirker, i henhold til McWilliam et al. (1994), ønsket om å sette seg mål. Forandringer kan også svekke indre drivkrefter av betydning for å se framover, som selvtillit og motivasjon. Forståelsen er i tråd med Lazarus (1993) som knytter en passiv framtidsholdning til at den gamle ikke ser noen løsning på kroniske helseproblemer og utfordringene som oppstår. Det faktum at livsavslutning nærmer seg, kan virke forsterkende her.

Sammenhengen mellom stigende alder og maktesløshet påpekes også av Stang (1998). Forfatteren viser til manglende retning og styring som tegn på maktesløshet. Tjenestemottakernes tilbakeholdenhet kan videre knyttes til tradisjonelle rolleoppfatninger. Mange eldre er sosialisert til å være passive mottakere av helsetjenester og innordne seg ekspertveldet (Roberts, 2004). Egne verdier og mål som utgangspunkt for tjenesteutøvelsen kan derfor oppleves fremmed. Likeledes hevder Zoffmann et al. (2008) at pasienter kan vise liten interesse for å la fagutøver få innsikt i sine tanker og avgjørelser fordi de er vant til en tilnærming som forutsetter tilpasning. Synet støttes i en rekke øvrige studier som viser at eldre både forventer og aksepterer profesjonell kunnskap som styrende for behandling og omsorg (Waterworth og Luker, 1990; Nyatanga og Dann, 2002; Loft et al., 2003; Christensen og Hewitt-Taylor, 2006). Disse faktorene er relevante for tjenestemottakerne i denne studien og langt på vei i samsvar med koordinatorenes tanker.

Vanskeligheter med å uttrykke mål kan gi grunn til å spørre om disse brukernes meningsopplevelse var redusert. Spørsmålet kan ses i lys av Bondevik (2005) som påpeker at det ikke er alle gitt å tenke bevisst på mål og mening generelt eller mening knyttet til spesielle aktiviteter. Livet i eldre år kan synes lite meningsfylt, og fokus på mål og planlegging kan derfor føles både krevende og fremmed. Slik Benner og Wrubel (2003) vektlegger meningsbegrepet kan imidlertid hverdagsopplevelser knyttet til konkrete situasjoner også gi mening selv om personen ikke har noen uttalte mål eller verdsatte aktiviteter. Det som gir mening, skapes i situasjonen. Her-og-nå-opplevelser som kan gi glede og trivsel, blir da vesentlige.

## **Empowerment og ivaretagelse av omsorgsbehov**

IPA-tilrettelegger gir brukerne en aktiv rolle, og beskrivelser i begge utvalgene viste at prosessen kunne være krevende. Sett i lys av deres omsorgsbehov, kan utfordringene gi grunn til å spørre om arbeidsmetodens idealer og strategier alltid var i tjenestemottakernes interesse.

Empowerment gjenspeiler en aktiv livsholdning der forandring i egen livssituasjon betinges av ansvar, selvbestemmelse og deltakelse (Rodwell, 1996; Kuokkanen og Leino-Kilpi, 2000; Nyatanga og Dann, 2002). Disse kjerneelementene forutsetter individuelle ressurser som bevissthet om egne ønsker og behov, kunnskap om rettigheter og evne til å fremme dem (Rønning og Solheim, 1998; Vatne, 1998; Askheim, 2003). I følge Faulkner (2001) kan empowerment for enkelte ha flere negative enn positive konsekvenser. Funksjonstap, pleiebehov og redusert sosialt nettverk hos eldre reduserer kapasiteten til å være delaktig og ta det ansvaret som empowerment legger opp til (Anderson, 1996; Vatne, 1998; Funk, 2004; Hage og Lorensen, 2005). Begge utvalgene beskrev hvordan helseforverring førte til at resultater gikk tapt. Likeledes at prosessen kunne rette seg mot



urealistiske mål. Bruk av krefter på ønsker og mål som ikke fører fram når ressursene allerede er redusert, kan gå på bekostning av grunnleggende behov og dermed svekke den eldres livssituasjon totalt sett. Manglende måloppnåelse og nedturer når resultater tapes, kan videre utløse skuffelser og motløshet som virker negativt inn på selvfølelse, livsinnstilling og evne til å bruke eget potensiale. I følge McWilliam et al. (1994) og Faulkner (2001) er dette kjennetegn på disempowering prosesser som øker avhengigheten og truer egenomsorgsevnen. På grunn av helse- og funksjonssvikten kunne tjenestemottakerne ha behov for å være i fred i situasjonen som syk, slik det påpekes av Rønning og Solheim (1998). Synspunktet støttes i flere studier. Waterworth og Luker (1990) fant at de pleietrengende ikke ønsket deltakelse, men en hverdag uten store utfordringer der andre tok avgjørelsene. Å overlate ansvar til helsepersonell kan oppleves beskyttende og gi trøst og trygghet (Vatne, 1998; Faulkner, 2001). Likeledes kan hjelpeapparatets regler og rutiner skape forutsigbarhet og trygge referansepunkter i hverdagen (Faulkner, 2001). I enkelte studier stilles det spørsmål ved om autonomi blir mindre viktig når helse og trygghet trues (McWilliam et al., 1994). Holdningene kan vitne om behov for å være i sykerollen; en rolle som tradisjonelt innebærer unntak fra vanlige forpliktelser og ansvar (Nyatanga og Dann, 2002).

Ved siden av redusert helse viser studier at både høy alder (Beisecker, 1988) og personlige egenskaper og holdninger (Funk, 2004; Roberts, 2004) påvirker behovet for å gi fra seg kontroll og ansvar. Det kan også oppleves problematisk å bli konfrontert med viktige avgjørelser om helse og framtid dersom en ikke har vært vant til høy grad av kontroll gjennom livet (Faulkner, 2001).

Verdiorienteringen hos fagutøverne har også betydning for balansegangen mellom empowerment og omsorg. Erfaringer som viste at tjenestemottakerne ble oppmuntret til å trene mot mål i strid med sine evner, ble beskrevet blant koordinatorene. Krav og forventninger utover det en makter, fører lett til skuffelser og kan lede til avhengighet, redusert selvfølelse, negativ livsinnstilling og undergraving av eget potensiale (McWilliam et al, 1994; Faulkner, 2001). En hjelperelasjon som bygger på idealet om autonomi, kan i for stor grad skyve ansvaret over på brukeren og medføre en form for ansvarsfraskrivelse hos helsepersonell. Sensitiviteten for omsorgsbehovene kan komme i bakgrunnen, og den enkelte overlates i for stor grad til seg selv. På denne måten svekkes pasienters posisjon (Næss og Wærness, 1995; Vatne 1998, Askheim, 2003). En slik ansvarsforskyvning kan betraktes som et brudd mot sentrale verdier i helsefagene som velgjørenhet og ikke-skade prinsippet. I møte med sykdom og lidelse er det, i henhold til disse normative aspektene, et prinsipielt mål å gjøre godt for den syke, fremme helse og hindre unødig skade (Nortvedt og Grimen, 2004). Problemstillingene omtales også i teori om geriatrisk sykepleie. Et overdrevent fokus på mestring når skrøpelige gamle signaliserer behov for hjelp, kan føre til mangelfull omsorg,

og at den gamles egne oppfatninger og verdier underordnes idealene om uavhengighet og selvhjulpenhet (Kirkevold, 2008b).

Selv om funnene viste at omsorgen kunne settes på spill ved anvendelse av IPA-tilrettelegger, vitnet erfaringene fra begge utvalgene om at aktiv deltakelse, selvbestemmelse og mestring likevel var viktig for et flertall. Resultatet samsvarer med flere studier som viser at hjelpetrengende ønsker informasjon, deltakelse og kontroll så langt som mulig (Malin og Teasdale, 1991; Funk, 2004; Foss og Hofoss, 2010). Ønsket om aktiv deltakelse ser, i følge Funk (2004), ut til å forsterkes med økende grad av kompleksitet og omfang av helsesvikten. I tillegg framkom det i begge utvalg beskrivelser som vitnet om at anstrengelser mot urealistiske mål og resultater som senere gikk tapt, også ga mening og innebar positive opplevelser. Det handlet om å bli tatt på alvor, kunne strekke seg mot drømmer, oppfyllelse av ønsker for en stund og ikke minst erfare at hindre kunne overskrides. Spesielt uttrykte koordinatorene at også urealistiske mål kunne gi opphav til glede, motivasjon og drømmer. Sammenhengene er i tråd med Folkman og Moskowitz (2000) som viste at bruk av problemfokuserede mestringsstrategier også når ressursene er få og kontrollen lav, kan gi positive opplevelser i langvarig, stressende livssituasjoner. McWilliam et al., (1994) påpeker at disempowering prosesser først og fremst utløses av holdninger i omgivelsene som ikke anerkjenner den enkeltes mål og ønsker. Gjennom bevisstgjøring underveis finner den enkelte som regel selv ut hva som er mulig. I samme retning er Dale et al. (2001) opptatt av at behov utover de rent basale som styrker egenverd og tilfredshet, ikke må overses hos skrøpelige eldre.

Aktiv deltakelse må imidlertid baseres på frivillighet (Stang, 1998; Faulkner, 2001). Synspunktet gjenspeiles hos Askheim (2007) som understreker av brukerne også må kunne velge å ikke øke sine valgmuligheter eller kontroll uten at dette nødvendigvis står i et motsetningsforhold til empowerment. Umyndiggjøring skjer først når fagutøver tar det for gitt at brukeren skal beskyttes mot ansvar og deltakelse (Stang, 1998). Anderson et al. (1991) argumenterer for at tjenestemottakere som selv velger å overgi ansvar, også skal betraktes som empowered fordi de er ansvarlige for sine valg. Myndiggjorte brukere er ikke nødvendigvis synonyme med aktive tjenestemottakere. Empowermentprosessen må rette fokus mot hvordan brukeren kan nå sine mål, ikke mot å definere en bestemt holdning eller atferd hos den enkelte. Funk (2004) fremhever også at et ønske om å gi fra seg ansvaret kan være situasjonsbetinget.

Koordinatorernes beskrivelser viste at de var bevisste på utfordringene ved bruk av IPA-tilrettelegger, og at anvendelse måtte tilpasses den enkeltes ressurser og tilstand. Askheim (2003) påpeker at fagutøver gjennom samhandling må finne individuelt tilpassede strategier og løsninger. Handlingsvalgene i den enkelte situasjon må styres av respekten for menneskets integritet, men

også av det etiske ansvaret som innebærer at hjelperen balanserer individuell frihet mot trygghet og omsorg basert på faglig kunnskap (Vatne, 1998; Askheim, 2003). Samtidig påpeker Stang (1998) at selvbestemmelse sammen med støtte, nærhet og vilje til å møte utfordringer sammen med den hjelpetrequende, også er en måte å vise omsorg på. Slik omsorg er i overensstemmelse med det essensielle ved empowerment; å behandle den hjelpetrequende som et opplevende menneske, og ikke et objekt for omgivelsenes handlinger.

Hvordan både omsorg og empowerment har sin plass i omsorgen for skrøpelige gamle understrekes av Hage og Lorensen (2005). Forfatterne påpeker at funksjonssvikt innebærer utfordringer i empowermentsammenheng, men at målet må rettes mot å hjelpe den gamle til å ta i bruk sine egenomsorgsevner, ikke mot uavhengighet av omsorg. En parallell finnes hos Kirkevold (2008b) som understreker betydningen av å støtte den gamle i å ivareta eller utvikle sin egenomsorgskapasitet med utgangspunkt i det som oppleves vesentlig. Dette betinger anerkjennelse av pasienten som en særegen person med individuelle ønsker, behov og mål. Sykepleieren må imidlertid sørge for en riktig balanse mellom avhengighet og uavhengighet.

Funnene tyder på at anvendelse av IPA-tilrettelegger ivaretok både tjenestemottakernes omsorgsbehov og prosesser mot egne mål som åpnet for medvirkning, innflytelse og ansvar. Malin og Teasdale (1991) understreker at ulike situasjoner krever ulike svar. Forsvarlighet i enkelte sammenhenger forutsetter vektlegging av omsorg framfor empowerment, mens empowering omsorg i andre tilfeller kan realisere ønsker og styrke deltakelse og kontroll også hos personer med reduserte ressurser. Askheim (2003) sier at selv om evnen til selvbestemmelse varierer, er det fagutøvers ansvar å medvirke til at potensialet for selvbestemmelse realiseres. I sin begrepsanalyse understreker Gibson (1991) at selv om ikke alle ønsker å bli empowered, har alle "små" områder i livet med behov for kontroll som nødvendiggjør empowerment. Omsorgsperspektivet og empowerment må derfor spille sammen i tråd med Vatnes (1998) understreking av at omsorg og individuell frihet kan løses i samme situasjon – det er ikke snakk om enten eller.

## **Individuell plan**

Kun et fåtall av tjenestemottakerne hadde kjennskap til sin individuelle plan, noe som står i kontrast til prinsippene i både IPA-tilrettelegger og tjenesten individuell plan. Flere forhold kan kaste lys over brukernes manglende bevissthet på området. Tjenestemottakerne var først og fremst opptatte av de relasjonelle sidene ved prosessen, og det kunne oppleves både underordnet og vanskelig å skulle tilegne seg kunnskap om planverktøyet til tross for informasjon om dette. Spørsmål om skriftliggjøring av mål og tiltak i et eget dokument kunne derfor skape usikkerhet.

Tjenestemottakerne oppfattet heller ikke nødvendigvis planen som sin. Dokumentasjon har tradisjonelt tilhørt fagutøvers domene, og det kunne oppleves fremmed å se på planen som et verktøy for realisering av egne ønsker. Opplevelse av eierskap til et dokument som skulle fremme innflytelse, kunne også kompliseres av at eldre, i følge flere studier, ofte ikke forventer slik påvirkning i møte med hjelpeapparatet (Faulkner, 2001; Funk, 2004; Roberts, 2004). Et aktivt forhold til individuell plan som redskap for påvirkning, betinget sannsynligvis en lengre prosess med bevisstgjøring og veiledning. Helsetilstand var også en sannsynlig begrensende faktor. På den annen side var de få som visste at de hadde en individuell plan, blant de med størst helsesvikt, noe som viser at det likevel er mulig å forholde seg til et slikt verktøy.

Var så den individuelle planen verdiløs for tjenestemottakerne som ikke kjente dokumentet? Informantene som visste om egen plan, mente den gjenspeilet deres viktigste mål, styrte hjelpen og bidro til at samarbeidende personell dro i samme retning. Resultatene kan ikke gjøres gyldig for flertallet i utvalget, men peker i retning av at dokumentet spilte en rolle for medvirkning og innflytelse. Erfaringene er i tråd med koordinatorenes utsagn. Selv om deres beskrivelser ikke fanget opp synspunktene til flertallet, er det grunn til å anta at skriftliggjøringen bidro til at tjenestemottaker kom til orde i samspillet, at mål og tiltak ble tydeligere, samt at mer systematisk oppfølging ble mulig. Planen kunne også sies å gi innflytelse fordi den var kjent av andre aktører og ble brukt som dokumentasjon ved tjenestetildeling.

Individuell plan er videre ikke bare et verktøy, men også en prosess med fokus på strategier som utløser ressurser, skaper tilgjengelighet og finner støtte for tiltak som kan bedre livssituasjonen. Det viktigste er å bli lyttet til, møtt med respekt, tillit og oppmuntring, samt få hjelp til å se muligheter (Sosial- og helsedirektoratet, 2007). Den prosessuelle siden ved individuell plan er et kjernepunkt i IPA-tilrettelegger. At prosessen var viktig for tjenestemottakerne gjenspeiles i deres vektlegging av ulike sider ved samhandlingen med koordinator og veien mot egne mål. I lys av denne forståelsen kan det hevdes at den individuelle planen spilte en rolle i retning av medvirkning og innflytelse til tross for at selve dokumentet var ukjent for de fleste. Lite kjennskap til planen framstår likevel som en svakhet da et eierforhold til plandokumentet er blant betingelsene for å nå intensjonene med ordningen. Øvrige funn fra koordinatorutvalget styrker inntrykket av behov for klargjøringer rundt bruken av individuell plan i forhold til studiens målgruppe. Mens enkelte stilte spørsmålstegn ved om ordningen var nødvendig i forhold til eldre med få tjenester, mente andre at dokumentet var viktig som den eldres egen plan til forskjell fra pleie- og tiltaksplaner som ofte ble oppfattet å tilhøre personalet. I denne sammenheng fremhever Kirkevold (2008b) individuell plan som særlig relevant i møte med gamle, hjelpetrequende mennesker fordi deres situasjon ofte er kompleks med

behov for hjelp fra ulike instanser. Studiens resultater, prinsipper i ordningen med individuell plan og faglige synspunkter vitner om viktige utfordringer for forskningsfeltet og for praksis generelt når det gjelder bruk av individuell plan i omsorgen for skrøpelige eldre.

## **6.2 Resultatene av målprosessene**

### **6.2.1 Betydningen av uavhengighet, selvfølelse og sosial tilknytning**

Økt selvstendighet, styrket selvfølelse og sosial tilknytning var resultater av de individuelle målprosessene, noe som samsvarer med intensjonene i IPA-tilrettelegger og litteraturens framstilling av empowermentprosessens konsekvenser. Hvordan kan betydningen av resultatene forstås for tjenestemottakerne i denne studien?

Opplevelse av maktesløshet følger ofte i kjølvannet av sykdom og funksjonsvikt og kan gi opphav til resignasjon, objektivisering og fremmedgjøring (Stang, 1998). Gibson (1991) peker på livssituasjoner der individet opplever tap av makt som en utløsende faktor for en empowering prosess. Sammenhengene kaster lys over tjenestemottakernes ønske om å klare mest mulig selv. Prosessen åpnet for å styrke uavhengighet og kontroll og dermed redusere sårbarhet. Behovet for uavhengighet til tross for svekket kapasitet framstår som sentralt i flere studier blant hjemmeboende eldre, og knyttes til å opprettholde verdsatte aktiviteter i vante omgivelser, til å bestemme over egne gjøremål og ha kontroll i eget liv (Loft et al., 2003; Hinck, 2004; Soodeen et al., 2007). Brukerne var svært opptatte av å få tilstrekkelig hjelp. Dette dreide seg om å dekke grunnleggende behov, men kan også ses som uttrykk for målrettethet for å ivareta sentrale verdier, blant annet å kunne bo hjemme. Flere studier synliggjør sammenhengen mellom uavhengighet og et liv i eget hjem. Det handler om å opprettholde et privatliv der en kan være seg selv og gjøre som en vil (Heggdal, 2003; Hinck, 2004; Dale et al., 2005; Soodeen et al., 2007). Hjelp åpnet for å nå sentrale mål, men innebar også økt avhengighet. Dette kan oppleves motsetningsfylt samtidig som autonomi ved helse- og funksjonstap ofte betinger bistand. Shearer (2007) viste i sin studie nødvendigheten av å gi slipp på noe av uavhengigheten for å oppnå bedre helse og kunne leve utenfor institusjon. Det handlet om å ta i mot og anerkjenne andres hjelp. Tilsvarende funn ble rapportert av Soodeen et al. (2007). De eldre gikk langt i å endre sine omgivelser og hverdagslige gjøremål for å kunne videreføre sine mest verdsatte aktiviteter. Resultatene har klare paralleller til tjenestemottakerne i denne studien.

Koordinatorerne beskrev styrket selvfølelse som et resultat. Selvbildet kan være truet ved alderdom og uførhet og redusere drivkrefter og livslyst (Anderson, 1996; Stang, 1998; Dale et al., 2001).

Selvaktelsen rammes fordi sosiale roller, kroppsbilde, uavhengighet og andre forhold av betydning for selvoppfattelsen, endres og tapes. Jevnt over ga tjenestemottakerne en positiv omtale av sin egen rolle i prosessen. En mekanisme for å øke selvaktelsen kan være å skape seg illusjoner ved å være urealistisk positiv i vurdering av seg selv og sin situasjon (Dale et al., 2001). Tilsvarende hevder Thorsen (1990) at eldre i større grad enn yngre har tendens til idyllisering. Til tross for at koordinatorene i begrenset grad fremhevet tjenestemottakernes egen innsats, er det ikke grunnlag for å hevde at brukerne overvurderte sin egen rolle. Derimot er det liten tvil om at den positive innstillingen utløste ressurser til å nå mål som igjen styrket selvfølelsen. Å gjøre noe aktivt med sin situasjon fremheves av Dale et al. (2001) som viktig for selvbildet. Hage og Lorensen (2005) setter selvaktelse i sammenheng med empowerment; tro på seg selv og egen handlingsevne fremmer prosessen og framstår også som et resultat. Også Stang (1998) peker på selvtrillit som en av flere forutsetninger for påvirkning og kontroll i eget liv.

Begge utvalgene beskrev økt sosial aktivitet som resultater av målprosessene. Sosial kontakt spiller en sentral rolle i vanskelige livssituasjoner. Spesielt vesentlig er det å opprettholde nære relasjoner som kontakt med ektefelle og barn, men også å bevare og utvikle vennskap med andre. Dale et al. (2001) viser til at sosial støtte øker selvaktelsen og reduserer tendensen til angst, depresjoner og ensomhetsfølelse. Evnen til å være sosialt aktiv svekkes imidlertid ved alderdom og dårlig helse (Hage, 2000; Bergland og Wyller, 2006; Thorsen og Clausen, 2009). Manglende sosial støtte representerer, i følge Dale et al. (2001), i seg selv en helsemessig trussel og vil kunne forverre en sårbar livssituasjon. Dette perspektivet skaper forståelse for tjenestemottakernes opptatthet av sosial tilknytning. Måloppnåelse her, helt eller delvis, styrket muligheten for støtte fra nære relasjoner og øvrig nettverk som kunne gi både hjelp og glede. Shearer (2007) viste i sin studie at empowerment bidrar til å bryte sosial isolasjon. Å engasjere seg i livet gjennom kontakt med andre, styrket skrupelige eldres mulighet til hjelp og støtte fra omgivelsene.

Flere beskrivelser i begge utvalgene knytter også resultatene av målprosessene til meningsopplevelse. Det var spesielt meningsfylt for tjenestemottakerne å kunne bo i eget hjem. Slik Benner og Wrubel (2003) fremstiller begrepet, representerte hjemmet en situasjon de brydde seg om fordi den knyttet dem til egen livshistorie, familie og andre nære relasjoner, tradisjoner og verdsatte aktiviteter. Resultatenes betydning for meningsopplevelse samsvarer også med den underliggende hypotesen i IPA-tilrettelegger: "Når fokus rettes mot det som tenner "livsgnist", vil dette legge et grunnlag for et liv med mening selv om den enkelte er plaget av sammensatte problemstillinger" (Berge og Lorentsen, 2003, s.1).

Oppsummeringsmessig kan det sies at de individuelle målprosessene åpnet for at tjenestemottakerne kunne leve mer i overensstemmelse med livet før, og egne verdier.

### 6.2.2 Tilfredshet

Tilfredshet kom til uttrykk som et overordnet resultat av målprosessene. Funnet kan ses som en funksjon av aktiv mestring, økt selvstendighet, styrket selvfølelse, sosial tilknytning og meningsopplevelse. De ulike dimensjonene ved brukernes tilfredshet var nært relaterte og inngikk alle i opplevelsen av hvordan de hadde det. I følge Berge og Lorentsen (2003) vil livskvalitet styrkes når integritet, respekt og verdighet fremmes i prosesser som vektlegger den enkeltes opplevelse av hva som er meningsfullt her og nå. Det handler om realisering av verdier og ønsker innen sentrale livskvalitetsdomener som helse, prioriterte aktiviteter, forhold knyttet til selvfølelse, trygghet og kontroll, samt sosiale relasjoner. Funnene viste at tjenestemottakerne nådde mål helt eller delvis innen disse områdene, noe som utløste glede og en varig eller midlertidig følelse av å ha det bra, tross alt. Det kan derfor sies at brukernes opplevelse av tilfredshet var i tråd med målsettingen i IPA-tilrettelegger om å fremme livskvalitet. Resultatet har likhetstrekk med funnene fra en undersøkelse av IPA-tilrettelegger i sykehjem som indikerte en bedring i opplevd livskvalitet gjennom økt trivsel, reduserte depressive symptomer og realisering av individuelle mål (Berge og Lorentsen, 2003). Det er imidlertid vesentlige ulikheter mellom denne studien og sykehjemsundersøkelsen når det gjelder både kontekst og metode.

Opplevelse av livskvalitet knyttet til måloppnåelse innen arbeidsmetodens livskvalitetsdomener finner støtte i empiriske studier. Blant annet viste Dale et al. (2001) i sin undersøkelse blant eldre hjemmesykepleiemottakere en nær sammenheng mellom livskvalitet og de konsekvensene helsesvekkelse hadde for muligheten til å bo hjemme, være selvhjulpen, sosialt aktiv og drive med fritidssysler. Tjenestemottakernes tilfredshet kan også betraktes som en tilstand av velvære, og ses i sammenheng med litteraturens beskrivelse av målsettingene med empowermentprosessen: "The ultimate goal of empowerment is well-being" (Nyatanga og Dann, 2002, s. 235). Likeledes kan velværeopplevelsen knyttes til Benner og Wrubels (2003) teori der velvære reflekterer en persons subjektive opplevelse av sin helsetilstand. Tilstanden innebærer en overensstemmelse mellom den enkeltes muligheter, faktiske praksis og levde mening, og baseres på omsorg og følelsen av å bli sørget for (ibid.). I tråd med deres forståelse av helsebegrepet kan det sies at tjenestemottakerne opplevde velvære uttrykt som tilfredshet fordi de fikk anledning til å anvende sitt potensiale mot realisering av verdsatte aktiviteter og livsinnhold som ga mening i en vanskelig livssituasjon. Både målprosessene og resultatene inkluderte ulike sider ved livet slik Benner og Wrubel (2003) påpeker

at velvære omfatter personen som helhet, noe som også er i overensstemmelse med grunnverdiene i IPA-tilrettelegger.

## **6.3 Relasjonelle faktorerers betydning for målprosessen**

Samhandlingen med koordinator dannet rammen rundt tjenestemottakernes prosesser mot egne mål. I det følgende belyses sentrale sider ved tjenestemottaker-koordinatorrelasjonen som påvirket målprosessene.

### **6.3.1 Koordinators betydning i et empowermentperspektiv**

Personlig koordinator har, i følge IPA-tilrettelegger, et overordnet ansvar for helhet, sammenheng og målstyring i en en-til-en kommunikasjon med den enkelte bruker (Berge og Lorentsen, 2004). Rollen kan ses i lys av empowerment som relasjonelt begrep. Selv om utgangspunktet ligger i individet selv, er prosessen avhengig av støttespillere med makt til å gi brukeren innflytelse og kontroll (Stang, 1998). Et partnerskap der bruker og helsepersonell deler kontroll over prosess og beslutning, beskrives bredt i litteraturen som tilretteleggende for empowerment (Gibson, 1991; Rodwell, 1996; Nyatanga og Dann, 2002; Askheim, 2003). Teoriens framstilling av partnerskapet gjenfinnes langt på vei i forholdet mellom koordinatorene og tjenestemottakerne. Koordinatorene var opptatte av å spille på lag med bruker, av likeverdighet og deling av ansvar for relasjonen, planlegging og aktiviteter. Begge utvalgene understreket betydningen av gjensidighet når det gjaldt tillit, respekt og anerkjennelse. Samhandlingen bidro til å overstige hindringer, fremme forandring og styrke tjenestemottakernes innflytelse i eget liv. Denne studien har vist at en relasjon til en definert helsearbeider er grunnleggende for gjennomføring av målrettede, empowering prosesser. En ordning som sikrer samarbeid med en fast fagutøver, fremheves imidlertid ikke særskilt i litteraturen som tilretteleggende faktor for empowerment selv om dette kan synes som en betingelse for et partnerskap. Forholdet kan imidlertid bero på den mangelfulle operasjonaliseringen av begrepet som påpekes fra en rekke hold (Nyatanga og Dann, 2002; Brown et al., 2006; Shearer, 2007; St-Cyr Tribble et al., 2008). Ett unntak er metoden ”veiledet selvbestemmelse” som er konsistent med empowermentfilosofien, og har paralleller til IPA-tilrettelegger. Her vektlegges samhandling i en en-til-en relasjon mellom bruker og sykepleier (Zoffmann og Lauritzen, 2006). Individuell plan er et sentralt element i IPA-tilrettelegger. Tjenesten individuell plan bygger på prinsipper som samsvarer med empowermentttenkningen der en koordinator har hovedansvaret for oppfølging og samordning av individuelle tjenestetilbud (Sosial- og helsedirektoratet, 2007). Metoden ”veiledet selvbestemmelse” er så langt ikke utprøvd i forhold til målgruppen for denne



studien. Tjenesten individuell plan er en rettighet for brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester, men benyttes i praksis lite overfor skrøpelige eldre (Eldreombudet, 2009).

### 6.3.2 Betydningen av kontinuitet

Relasjonen mellom koordinator og tjenestemottaker representerte kontinuitet slik begge utvalgene beskrev sine erfaringer. Begrepet utgjør en av kjerneverdiene i IPA-tilrettelegger (Lorentsen, 2007). I følge Kirkevold (2008a) har eldre i sårbare situasjoner et særlig behov for kontinuitet i omsorg og oppfølging. Samspill med én eller få hjelpere skaper trygghet og forutsigbarhet og sparer den enkelte for å måtte informere om egne behov til stadig nye personer. God personelltilgjengelighet gjør, i følge Stang (1998), den enkelte mindre avhengig av enkeltutøvere. Selv om relasjonen til koordinator innebar å knytte seg til én person, var denne til gjengjeld lett tilgjengelig. Brukeren slapp derfor å forholde seg inngående til et varierende antall personer som kunne være vanskelig å nå. Sammenhengene gjenspeiles i en rekke empiriske studier; stabile relasjoner med en eller få definerte tjenestutøvere fremmer opplevelse av kvalitet og tilfredshet, styrker individuell tilpasning, bedrer den psykososiale helsen, gjør hverdagen mindre krevende og reduserer avmaktsfølelse (Van Achterberg et al., 1996; Loft et al., 2003; Soodeen et al., 2007, Wenger og Young, 2007; Birkeland og Natvig, 2009).

Kontinuiteten i relasjonen var videre vesentlig for koordinators mulighet til å ta i bruk strategier som kunne fremme målprosessen. Dette samsvarer med studier som viser at kontinuitet åpner for å anvende empowermentstrategier som økt oppmerksomhet og støtte, vektlegging av brukers kunnskap og ønsker, samt medvirkning og tett oppfølging (Loft et al., 2003; Markle-Reid et al., 2006; St-Cyr Tribble et al., 2008). I lys av dette kan kontinuiteten i tjenestemottaker-koordinatorrelasjonen hevdes å styrke tjenestemottakernes selvbestemmelsesrett og autoritet, først og fremst i spillet mellom den enkelte bruker og koordinator, men også i relasjonen til andre omsorgsutøvere fordi tjenestemottakerne ble tryggere på sin rolle, sine muligheter og rettigheter. Sett i fra brukernes ståsted kan ønsket om å søke støtte hos en fast kontaktperson forstås som et ledd i å mestre vanskelige utfordringer og dermed være uttrykk for aktive mestringsstrategier. Sosial støtte er, i følge Lazarus (1993), et virkemiddel for å fjerne eller modifisere årsaken til stress.

Kontinuiteten åpnet for nærhet og hyggelig samvær som tjenestemottakerne satte stor pris på. I tråd med Benner og Wrubels (2003) forståelse av meningsbegrepet kan det hevdes at en positiv stemning bidro til meningsopplevelse for tjenestemottakerne i en vanskelig livssituasjon. God kontakt skapte også rom for humor som kan tolkes som et aktivt forsøk på å kontrollere de følelsesmessige konsekvensene av belastningene i tråd med Lazarus og Folkman's (1984)

framstilling av emosjonsfokuserede mestringsstrategier. Bruk av humor i relasjonen var gjensidig. Koordinatorenes bidrag kan ses i lys av studier der bruk av humor beskrives som en empowering strategi. Humor preget av gjensidig respekt signaliserer anerkjennelse og kan motvirke maktesløshet (St-Cyr Tribble et al., 2008). Både Stang (1998) og Askheim (2003) hevder at et gjensidig positivt samvær bidrar til økt likeverdighet fordi maktasymmetrien i bruker-hjelperrelasjonen, reduseres.

### 6.3.3 utfordringer i samhandlingen

Når tjenestemottakerne omtalte forholdet til koordinator positivt, gjenspeiles vellykkede samarbeidsrelasjoner. En-til-en-relasjoner er imidlertid sårbare, og flere funn vitner om at forholdet til koordinator kunne være utfordrende dersom kjemien ikke stemte. Maktesløshet som følge av alder og helsesvikt, kan spille en sentral rolle her. Både Stang (1998) og Kirkevold (2008a) poengterer at manglende styrke reduserer den gamles evne til å ta initiativ og hevde sine interesser i interaksjon med hjelpeapparatet. Tjenestemottakerne var også i et avhengighetsforhold til koordinator som kunne gjøre det vanskelig å hevde egne standpunkter. Askheim (2003) poengterer at selve relasjonen til et hjelpeapparat innebærer et avhengighetsforhold. Til tross for målsettingen om maktutjevning, vil derfor avhengighet og maktasymmetri også finnes i et partnerskap. Realisering av empowerment betinger at hjelperen har makt til å endre de forholdene som påvirker individet negativt (Stang, 1998). Fagutøvere som besitter ”makt til”, respekterer brukeren, aksepterer delt kontroll og deltakelse. Utøvelse av slik makt i hjelperelasjoner inkluderer å bistå brukeren til å formulere mål og tiltak for å nå disse (ibid.). Overført til samhandlingen mellom koordinator og tjenestemottaker er det liten tvil om at målprosessene innebar en positiv maktutøvelse. Likevel framkom eksempler på det motsatte; et for sterkt fokus på målprosessen førte i enkelte tilfeller til at brukerens signaler om manglende styrke og motivasjon ikke ble hørt. Funnene viste også fare for å skape urealistiske forventninger og skuffelser dersom behov ikke ble forstått eller respektert. I slike sammenhenger kan en si at maktutøvelsen bar preg av å utøve ”makt over”, en makt som, i følge Stang (1998), innebærer kontroll og dominans. Når behov og ønsker ikke anerkjennes, og brukeren ikke gis anledning til aktiv medvirkning og reell påvirkning, skapes grunnlag for maktesløshet, økt avhengighet og sårbarhet for integritetskrenkelser (Stang, 1998; Kirkevold, 2008a). Prosessen mot egne mål kunne i slike sammenhenger bidra til disempowerment snarere enn myndiggjøring. Koordinatorene selv var inne på at informasjon og trygghet kunne styrke brukernes evne til å sette grenser. Strategiene er i overensstemmelse med Stang (1998) som hevder at informasjon reduserer usikkerhet og styrker kontrollen. Det synes på denne bakgrunn å være en vesentlig suksessfaktor at kjerneverdiene i empowermenttekningen omsettes i praksis;

gjennom å anerkjenne brukerens rett til selvbestemmelse og kontroll, legges det til rette for åpen og ærlig meningsutveksling.

I lys av maktasymmetrien i hjelperelasjonen kan det videre stilles spørsmål ved om likeverdighetsprinsippet som fremheves i empowermentlitteraturen, kunne realiseres i relasjonen mellom tjenestemottakerne og koordinatorene. Det kom tydelig fram at koordinatorene tilstrebet likeverdighet gjennom forsøk på å legge bort egne normer, ta den andres perspektiv og vise at de var på samme nivå. Vektlegging av likeverd signaliserer evne til ”å se forbi” helse- og funksjonssvikt for å få øye på personen bak diagnosen. Likeverdighet handler da om å være likeverdig som mennesker, og ikke om jevnbyrdighet når det gjelder kompetanse, posisjon og handlingsevne. Å opptre som brukerens forlengede arm i et empowermentperspektiv, dreier seg ikke om paternalistisk atferd og ”makt over”, men om respekt for individuelle ønsker, behov og meninger (Gibson, 1991; Stang, 1998). Mulighetene for likeverd må også ses i lys av tjenestemottakernes egne ressurser. Først og fremst hadde de spesiell kunnskap om seg selv og eget liv. IPA-tilrettelegger vektlegger brukerens perspektiv og erfaringsbaserte kunnskap. Funnene viser da også at tjenestemottakernes forståelse, meninger og erfaringer ble synlig i samspillet og lagt til grunn i målprosessen, noe som samsvarer med empowermentfilosofien. Stang (1998) sier her at fagkompetansen innen empowermenttenkningen må tilpasses personen som skal hjelpes, ikke omvendt. Tilstrebing av likeverdighet i situasjonen kan også relateres til tjenestemottakernes egen innsats for å nå sine mål. Uansett om aktiviteten var egeninitiert eller framkom som et resultat av støtte fra koordinator, bidro den til å styrke tjenestemottakernes posisjon i relasjonen.

Bytte av koordinator ble beskrevet av flere tjenestemottakere, og funnene viste at det kunne være en møysommelig prosess å etablere nye relasjoner. Slike endringer var også krevende fordi nærheten mellom partene ble beskrevet som tettere enn i mer ordinære hjelperelasjoner. Opphør av slike samarbeidsforhold vil kunne bryte en verdifull kontinuitet og bidra til utrygghet, følelsesmessige belastninger og endog maktesløshet. Selv om koordinatorordningen representerte en styrke for brukerne, er det derfor vesentlig å være oppmerksom på at økt avhengighet kan bli resultatet når en nær støttespiller blir borte. Stang (1998) understreker her at maktesløshet kan føre til at personen ikke orker eller ser seg i stand til å engasjere seg i nye relasjoner.



## 7 Konklusjon

Erfaringene blant tjenestemottakerne viste at bruk av IPA-tilrettelegger åpnet for målrettede prosesser basert på individuelle verdier og med egne ressurser som drivkraft. Målprosessene medførte et utvidet livsrom gjennom økt selvstendighet, sterkere sosial tilknytning og tilfredshet. Prosessene fant sted i en nærende relasjon til koordinator preget av en konstruktiv atmosfære, å bli hørt og respektert, medvirkning og støtte.

Koordinatorernes erfaringer synliggjorde at hjelperelasjoner preget av samspill på brukers premisser, fremmet individuelle målprosesser. Sentrale stimulerende faktorer var nærhet, anerkjennelse av brukers verdier, kompetanse, ønsker og behov, involvering i planlegging, samt målrettet og tilpasset støtte. Målprosessene førte til aktiv mestring og velvære gjennom styrket selvfølelse, økt engasjement og tilfredshet.

Kontinuitet som følge av koordinatorordningen, dannet fundamentet for de individuelle målprosessene.

Systematiske empowering prosesser mot egne mål kan føre til en bedret livssituasjon for skrøpelige eldre. Prosessene kan innebære ulike utfordringer som stiller krav til bevissthet, holdninger og kompetanse hos helsepersonell.

IPA-tilrettelegger framstår som en relevant metodisk tilnærming for realisering av empowerment i praksis. Individuell plan er et nyttig verktøy i en slik prosess.

### 7.1 Implikasjoner for praksis

Mer makt til brukerne utfordrer tjenesteapparatet både på individ- og systemnivå. Helsepersonell må systematisk vektlegge tjenestemottakernes erfaringer, synspunkter og verdier i den daglige tjenesteutøvelsen. Dette krever bevisstgjøring og en forståelse av egen rolle som brukerens samarbeidspartner. Likeledes må fagutøvernes kunnskap om prinsippene i empowermentttenkningen styrkes. Vektlegging og utvikling av ferdigheter som god observasjonsevne, kommunikative evner, evne til å være selvkritisk, samt til å lære av erfaringer spiller også en sentral rolle. Fagutøvere må videre rette fokus mot samhandlingsmønstre med tjenestemottakerne slik at dette kan bli et samspill på deres premisser. På systemnivå må brukerinnflytelse gjenspeiles i organisasjonskulturen og uttrykkes gjennom verdier, mål, holdninger og planlegging. Det må skapes rom i en hektisk hverdag for et reelt og likeverdig samarbeid mellom hjelper og bruker. Dette forutsetter at rammebetingelser

som ressurser, myndighet, rutiner, samt ansvars- og oppgavefordeling tilrettelegges for en tjenesteutøvelse basert på individuelle verdier, deltakelse og autonomi.

Pleie- og omsorgstjenestene må sørge for kontinuitet gjennom stabilitet i bemanningssituasjonen, god kompetanse og en organisering som sikrer faste, tilgjengelige kontaktpersoner for den enkelte bruker. Arbeidsmetoder, praksisstrategier og rutiner må videre legge vekt på å skape forutsigbarhet og trygghet rundt tjenestemottakeren.

Helsepersonell må utvikle evne til å balansere mellom empowerment og ivaretagelse av omsorgsbehov. Dette krever innsikt i og anerkjennelse av den individuelle betydningen av empowerment, samt kunnskap om den enkeltes varierende omsorgsbehov gjennom tett oppfølging. Den enkelte organisasjon må gi fagutøver nødvendig trygghet, støtte og kompetanse for å håndtere balansegangen.

Individuell plan framsto som et nyttig verktøy på veien mot realisering av empowerment. Tjenesten individuell plan bør i større grad tas i bruk overfor skrøpelige eldre. Dette krever anerkjennelse av ordningen som relevant og aktuell i forhold til målgruppen, samt bevissthet og kunnskap om hvordan verktøyet kan utnyttes for å styrke mestringsevne og livskvalitet.

## **7.2 Forslag til videre forskning**

Studiens utvalg er lite og forskningsfeltet avgrenset til én kommune. Undersøkelser i øvrige kommuner som har erfaring med IPA-tilrettelegger, vil styrke kunnskapsgrunnlaget om arbeidsmetoden og gi bredere innsikt i hvordan empowerment, ved hjelp av denne metoden, kan omsettes i praksis overfor målgruppen.

Mer kunnskap om erfaringer fra bruk av IPA-tilrettelegger som en tilnærming i arbeidet med individuelle planer, vil være nyttig for videreutvikling av både metoden og tjenesten individuell plan.

Innflytelse, medvirkning og ansvar er vesentlig også for skrøpelige eldre selv om dette kan variere og må vurderes opp mot omsorgsbehov. Mer forskning synes påkrevd rundt målgruppens behov for tilrettelegging ved gjennomføring av empoweringsprosesser. Herunder hvordan utfordringer knyttet til alder, holdninger, helsesvikt, samt sosiale og praktiske forhold best kan møtes.

Studier som klarlegger betingelser på systemnivå for å lykkes med arbeidsmetoden og empoweringsstrategier, vil være nyttige og nødvendige. Forskning vil kunne synliggjøre strategier som sikrer

valgfrihet, individuell tilpasning, påvirkningsmuligheter i utforming og gjennomføring av tjenestene, samt tilrettelegging for likeverdige samarbeidsrelasjoner mellom tjenestemottakere og fagutøvere slik det også skisseres i Omsorgsplan 2015 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2006).





# Litteraturliste

- Abrahamsen, D.R. og Svalund, J. (2005). *Flere eldre mottar hjemmesykepleie*. Statistisk sentralbyrå.
- Anderson, J.M. (1996). Empowering patients: Issues and strategies. *Social Science & Medicine*, 43(5), 697-705.
- Anderson, R.M., Funnell M.M., Bazzr, P.A., Dedrick, R.F. og Davies, W.K. (1991). Learning to empower patients. Results of professional education program for diabetes educators. *Diabetes Care*, 14, 584-590.
- Andersson, M. (1994). *Integritet som begrepp og princip: en studie av ett vårdetisk ideal i utvekkling*. Vasa, Finland: Institutionen för vårdvetenskap.
- Andersson, L. (2002). Ensamhet och sociala relationer. I: L. Andersson (red.). *Socialgerontologi* (s. 146-163). Lund: Studentlitteratur.
- Askheim, O.P. (2003). *Fra normalisering til empowerment. Ideologier og praksis i arbeid med funksjonshemmede*. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Askheim, O.P. (2007). Empowerment – ulike tilnærminger. I: O.P., Askheim og B. Starrin (red.). *Empowerment i teori og praksis*. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Beisecker, A.E. (1988). Aging and the desire for information and input in medical decisions: patient consumerism in medical encounters. *The Gerontologist*, 28(3), 330-335.
- Benner, P. og Wrubel, J. (1989). *The primacy of caring. Stress and coping in health and illness*. California: Addison-Wesley Publishing.
- Benner, P. og Wrubel, J. (2003). *Omsorgens betydning i sykepleie. Stress og mestring ved sundhed og sykdom*. København: Munksgaard Forlag.
- Berge, A.R. og Lorentsen, Ø. (2003). *Livskvalitet på sykehjem. Resultater og erfaringer med livskvalitetsorienterte individuelle planer som styrende for tilbudet til den enkelte beboer*. Rehab-Nor.
- Berge, A.R. og Lorentsen, Ø. (2004). *IPA-tilrettelegger. Individuelle planer –helhet og livskvalitet. Verdigrunnlag, praktiske tilnærminger og dokumentasjonsverktøy*. Rehab-Nor.

- Bergland, A. og Wyller, T.B. (2006). Construct and criterion validity of a Norwegian instrument for health related quality of life among elderly women living at home. *Social Indicators Research*, 77, 479-497.
- Birkeland, A. og Natvig, G.K. (2009). Coping with ageing and failing health: a qualitative study among elderly living alone. *International Journal of Nursing Practice*, 15, 257-264.
- Bondevik, M. (2005). De eldste eldres verdier. I: Nord, R., Eilertsen, G. og Bjerkreim, T. (red.). *Eldre i en brytningstid* (s. 62-70). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Brevik, I. (2007). *Utvikling og status i Oslos og landets eldreomsorg: Noen hovedtrekk*. NIBR-notat 2007:102. Oslo: Norsk institutt for by- og regionforskning.
- Brown, D., McWilliam, C. og Ward-Griffin, C. (2006). Client-centered empowering partnering in nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 53(2), 160-168.
- Christensen, M. og Hewitt-Taylor, J. (2006). Empowerment in nursing: paternalism or maternalism? *British Journal of Nursing*, 15(13), 695-699.
- Clausen, S.E. og Slagsvold, B. (2005). Aldring og depressive symptomer: en epidemiologisk studie. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 42, 779-784.
- Dahl, E. og Vogt, P. (1996). *Ensom og ulykkelig? Levekår og livskvalitet blant eldre*. Fafo-rapport 185.
- Dale, B., Dale J.G. og Lorensen, M. (2001). Livskvalitet hos eldre hjemmeboende som mottar hjemmesykepleie. *Vård i Norden* 2, 4-10.
- Daatland, S.O. og Solem, P.E. (2000). *Aldring og samfunn. En innføring i sosialgerontologi*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Eldreombudet i Oslo. Årsmelding 2009.
- Ellefsen, B. (1998). Triangulering – eller hvorfor og hvordan kombinere metoder? I: M. Lorensen (red.). *Spørsmålet bestemmer metoden. Forskningsmetoder i sykepleie og andre helsefag* (s. 267-285). Oslo: Universitetsforlaget AS.
- Fagermoen, M.S. (2005). Kvalitative studier og kvalitetskriterier. *Norsk tidsskrift for sykepleieforskning*, 7(2), 40-54.

- Faulkner, M. (2001). Empowerment, disempowerment and the care of older people. *Nursing Older People*, 13(5), 18-20.
- Fermann, T. og Næss, G. (2008). Eldreomsorg i hjemmesykepleien. I: M. Kirkevold, K. Brodtkorb og A.H. Ranhhoff (red.). *Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten* (s. 196-218). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Folkman, S. og Moskowitz, J.T. (2000). Stress, positive emotion and coping. *Current Directions in Psychological Science*, 9(4), 115-118.
- Ford, P. og McCormack, B. (2000). Keeping the person in the centre of nursing. *Nursing Standard*, 14(46), 40-44.
- Foss, C. og Ellefsen, B. (2004). Det utydelige overtramp? Etske utfordringer ved kvalitative studier. *Vård i Norden*, 24(3), 30-33.
- Foss, C. og Hofoss, D. (2010). Elderly persons' experiences of participation in hospital discharge process. *Patient Education and Counseling*, doi: 10.1016/j.pec.2010.08.025. 1-6.
- Fried, L.P., Tangen, C.M., Walston, J. et al. (2001). Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*, 56, 146-156.
- Funk, L.M. (2004). Who wants to be involved? Decision-making preferences among residents of long-term care facilities. *Canadian Journal on Aging*, 23(1), 47-58.
- Gestaldo, D. og Holmes, D. (1999). Foucault and Nursing: A History of the Present. *Nursing Inquiry*, 6(4), 231-240.
- Gibson, C.H. (1991). A concept analysis of empowerment. *Journal of Advanced Nursing*, 16, 354-361.
- Graneheim, U.H. og Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24, 105-112.
- Gulbrandsen, P. (2000). Styrking – det rette norske begrep for empowerment? *Tidsskrift for Den norske Legeforening*, nr. 19, 120: 2330.
- Hafstad, A. (2009). Knusende kritikk av eldreomsorgen. *Aftenposten* 15. april 2009.

- Hage, A.M. (2000). Et snevert livsrom. *Sykepleien nr. 19*, 58-61.
- Hage, A.M. og Lorensen, M. (2005). A philosophical analysis of the concept of empowerment; the fundament of an education-programme to the frail elderly. *Nursing Philosophy*, 6(4), 235-246.
- Hansen, T. og Slagsvold, B. (2009). Eldre er tilfredse med livet – eller er det bare noe de tror? *Samfunnsspeilet 1/2009*, 95-98. Statistisk sentralbyrå.
- Hedemann, O. (2011). Pass på Thorvald, Jens! *Aftenposten 25. februar 2011*.
- Heggdal, K. (2003). *Kroppskunnskap: en grunnleggende prosess for mestring av kronisk sykdom*. Doktoravhandling. Bergen: Universitetet i Bergen.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2004). *Forskrift om individuell plan etter helselovgivningen og sosialtjenesteloven*. Oslo.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2006). Omsorgsplan 2015. I: Stortingsmelding nr. 25 (2005-2006). *Mestring, muligheter og mening. Framtidas omsorgsutfordringer*.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2009). *Høringsnotat. Endringer i kommunehelsetjenesteloven – et verdig tjenestetilbud. Forslag til ny forskrift om en verdig eldreomsorg: Verdighetsgarantien*.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2010). *Kommunale helse- og omsorgstjenester – omfang, utviklingstrekk og framtidige utfordringer*. Prop. 91 L (2010-2011).
- Helsetilsynet (2005). *Pleie- og omsorgstjenester på strekk. Sammenstilling og analyse av funn og erfaringer fra ulike tilsynsaktiviteter i 2003 og 2004*. Rapport 7/2005.
- Helsetilsynet (2011). *Krevende oppgaver med svak styring. Samlerapport fra tilsyn i 2010 med kommunenes sosial- og helsetjenester til eldre*. Rapport 5/2011.
- Hinck, S. (2004). The lived experience of oldest-old rural adults. *Qualitative Health Research*, 14, 779-791.
- Huseby, B.M. og Paulsen, B. (2009). *Eldreomsorgen i Norge: helt utilstrekkelig eller best i verden?* SINTEF Helsetjenesteforskning. Rapport A11528.
- Høyland, K., Østnor, B., Bogen, H. og Kvinge, T. (2006). *Egen bolig – også når helsa svikter? Evaluering av nye omsorgsboliger for hjelpetrengende eldre*. SINTEF Byggeforskning. Rapport A06017.

Hvas, A.C. og Thesen, J. (2002). At styrke patientens egne kræfter og at modvirke undertrykkende kræfter: "Empowerment" i et medicinsk perspektiv. *Ugeskrift for Læger*, 164(46), 5361-5365.

Haakaas, E. (2007). 83-åring stuert bort. *Aftenposten* 18. november 2007.

Johnson-Taylor, E., Jones, P. og Burns, M. (1995). Quality of life. I: I.M. Lubkin (red.). *Chronic illness*. London: Jones and Barlett Publishers.

Kirkevold, M. (1998). *Sykepleieteorier – analyse og evaluering*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Kirkevold, M. og Bergland, Å. (2007). The quality of qualitative data: Issues to consider when interviewing participants who have difficulties providing detailed accounts of their experiences. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 2(2), 68-75.

Kirkevold, M. (2008a). Den gamles integritet. I: M. Kirkevold, K. Brodtkorb og A.H. Ranhhoff (red.). *Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten* (s. 91-99). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Kirkevold, M. (2008b). Individuell sykepleie. Sentrale perspektiver. I: M. Kirkevold, K. Brodtkorb og A.H. Ranhhoff (red.). *Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten* (s. 100-112). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Knizek, B.L. (1998). Interview – design og perspektiv. I: M. Lorensen (red.). *Spørsmålet bestemmer metoden. Forskningsmetoder i sykepleie og andre helsefag* (s. 33-62). Oslo: Universitetsforlaget AS.

Kuokkanen, L. og Leino-Kilpi, H. (2000). Power and empowerment in nursing: three theoretical approaches. *Journal of Advanced Nursing*, 31(1), 235-241.

Kvale, S. (1997). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Ad Notam Gyldendal.

Kaasa, K. (1998). Loneliness in old age: Psychosocial and health predictors. *Norwegian Journal of Epidemiology*, 8, 195-201.

Lazarus, R.S., Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer Publishing Company.

Lazarus, R.S. (1993). From psychological stress to the emotions: A history of changing. *Annual Review of Psychology*, 44, 1-21.

- Lazarus, R.S. (2000). Evolution of a model of stress, coping and discrete emotions. I: V.H. Rice (editor). *Handbook of Stress, Coping and Health* (s. 195-221). California: Sage Publications.
- Lazarus, R.S. (2006). *Stress og følelser – en ny syntese*. København: Akademisk forlag.
- Loft, M., McWilliam, C. og Ward-Griffin, C. (2003). Patient empowerment after total hip and knee replacement. *Orthopaedic Nursing*, 22(1), 42-47.
- Loretsen, Ø. (2007). Elicitation of user potentials and resources in the rehabilitation process. *International Journal of Rehabilitation Research*, 30, supplement 1, 20-21.
- Lunde, E.S. (2000). De fleste eldre vurderer helsa positivt. *Samfunnsspeilet*, 2/2000. Statistisk sentralbyrå.
- Laake, K. (1997). *Geriatrici i praksis*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Malterud, K. (2003). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning – en innføring*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Markle-Reid, M., Weir, R., Browne, G., Roberts, J., Gafni, A. og Henderson, S. (2006). Health promotion for frail older home care clients. *Journal of Advanced Nursing*, 54(3), 381-395.
- McWilliam, C.L., Brown, J.B., Carmichael, J.L. og Lehman, J.M. (1994). A new perspective on threatened autonomy in elderly persons: the disempowering process. *Social Science & Medicine*, 38(2), 327-338.
- Malin, N. og Teasdale, K. (1991). Caring versus empowerment: considerations for nursing practice. *Journal of Advanced Nursing*, 16, 657-662.
- Mo, E.S.O. og Mo, T.O. (1999). ”Hvordan har du det, egentlig?” – om eldres opplevelse av egen livssituasjon. *Sykepleien nr. 21*, 59-62.
- Nord, R. (1998). Ulike typer design. I: M.S. Fagermoen, R. Nord, B.R. Hanestad, E. Bjørnsborg (red.). *Fra kunst til kolikk. Norsk sykepleieforskning i fokus* (s. 24-38). Oslo: Universitetsforlaget AS.
- Nortvedt, P. og Grimen, H. (2004). *Sensibilitet og refleksjon. Filosofi og vitenskapsteori for helsefag*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

- NOU 1998:18. *Det er bruk for alle. Styrking av folkehelsearbeidet i kommunene*. Oslo: Sosial- og helsedepartementet.
- Nyatanga, L. og Dann, K.L. (2002). Empowerment in nursing: the role of philosophical and psychological factors. *Nursing Philosophy*, 3, 234-239.
- Næss, S. (2001). *Livskvalitet som psykisk velvære*. NOVA-rapport 3/01. Oslo: Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring.
- Næss, S. og Wærness, K. (1995). Modell for framtidens eldreomsorg. Lovprist av politikere – slaktet av forskere. *Sykepleien Journalen*, nr. 13, 6-11.
- Otnes, B. (2011). Mindre kommunal hjemmehjelp til eldre. *Samfunnsspeilet 2/2011*, 12-17. Statistisk sentralbyrå.
- Paterson, B. (2001). Myth of empowerment in chronic illness. *Journal of Advanced Nursing*, 34(5), 574-581.
- Polit, D.F. og Beck, C.T. (2004). *Nursing Research. Principles and Methods*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Riksrevisjonen. (2009). *Riksrevisjonens undersøkelse av kvalitet og samarbeid i pleie- og omsorgstjenestene til eldre*. Administrativ rapport 1.
- Roberts, S.J. (2004). Empowering older women: strategies to enhance their health and health care. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 33(5), 664-670.
- Robinson, J.P. (2000). Phases of the qualitative research interview with institutionalized elderly individuals. *Journal of Gerontological Nursing*, 26(11), 17-23.
- Rodwell, C.M. (1996). An analysis of the concept of empowerment. *Journal of Advanced Nursing*, 23(2), 305-313.
- Romøren, T.I. (2005). Gamle mennesker i Norge. I: Nord, R., Eilertsen, G. og Bjerkreim, T. (red.). *Eldre i en brytningstid* (s. 62-70). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Ruland, M., Kresevic, D. og Lorensen, M. (1997). Including patient preferences in nurses' assessment of older patients. *Journal of Clinical Nursing*, 6, 495-504.

- Rønning, R. (2007). Brukermedvirkning og empowerment – gammel vin på nye flasker? I: O.P. Askheim og B. Starrin (red.). *Empowerment i teori og praksis*. (s. 34-46). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Rønning, R. og Solheim, L.J. (1998). *Hjelp på egne premisser? Om brukermedvirkning i velferdsektoren*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Schulz, R. og Heckhausen, J. (1999). Aging, culture and control: setting a new research agenda. *Journal of Gerontology Psychological Sciences*, 54B, 139-145.
- Shearer, N.B.C. (2004). Relationships of contextual and relational factors to health empowerment in women. *Research and Theory for Nursing Practice*, 18(4), 357-370.
- Shearer, N.B.C og Reed, P.G. (2004). Empowerment: reformulation of a non-Rogerian concept. *Nursing Science Quarterly*, 17(3), 253-259.
- Shearer, N.B.C. (2007). Toward a nursing theory of health empowerment in homebound older women. *Journal of Gerontological Nursing*, 33(12), 38-45.
- SKUR (2006). *Individuell plan – Personlig koordinator*. Delrapport 1. Statens kunnskaps- og utviklingscenter for helhetlig rehabilitering (SKUR).
- Slagsvold, B. og Sørensen, A. (2009). *Opplevelse av kontroll: tror mer enn før på innflytelse over eget liv*. Statistisk sentralbyrå.
- Soodeen, R.A., Gregory, D. og Bond, J.B. (2007). Home care for older couples: “it feels like a security blanket...”. *Qualitative Health Research*, 17(9), 1245-1254.
- Sosial- og helsedepartementet (1999). *Lov om pasientrettigheter*.
- Sosial- og helsedirektoratet. (2006). *Med sentrum i brukeren.. Og bedre skal det bli. Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten 2005-2015*. Nyhetsarkiv. [www.ogbedreskaldetbli.no/programartikler/834/](http://www.ogbedreskaldetbli.no/programartikler/834/)
- Sosial- og helsedirektoratet. (2007). IS-1253. *Individuell plan 2007. Veileder til forskrift om individuell plan*.
- Sosial- og helsedirektoratet (2008). *Nasjonale mål, hovedprioriteringer og tilskudd for 2008*. IS-1/2008.



Sosialdepartementet (2003). *Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenester*. Oslo.

Stang, I. (1998). *Makt og bemyndigelse – om å ta pasient- og brukermedvirkning på alvor*. Oslo: Universitetsforlaget.

Statistisk sentralbyrå (2009a). *Flest eldre mangler en fortrolig. Levekårsundersøkelsen 2008. Helse, omsorg og sosial kontakt*.

Statistisk sentralbyrå (2009b). *Høy befolkningsvekst framover. Nasjonale og regionale tall, 2009-2060*.

Statistisk sentralbyrå (2010). *Individbasert statistikk for pleie- og omsorgstjenesten i kommunene - IPLOS-data for 2009*. Rapport 50/2010.

St-Cyr Tribble, D., Gallagher, F., Bell et al. (2008). Empowerment interventions, knowledge translation and exchange: perspectives of home care professionals, clients and caregivers. *BMC Health Services Research*, 8, 177.

Stortingsmelding nr. 50 (1996-1997). *Handlingsplan for eldreomsorgen. Trygghet-respekt-kvalitet*. Oslo: Sosial- og helsedepartementet.

Stortingsmelding nr. 21 (1998-1999). *Ansvar og meistring. Mot ein heilskapleg rehabiliteringspolitikk*. Oslo: Sosial og helsedepartementet.

Stortingsmelding nr. 26 (1999-2000). *Om verdiar for den norske helsetenesta*. Oslo: Sosial- og helsedepartementet.

Stortingsmelding nr. 28 (1999-2000). *Innhald og kvalitet i omsorgstenestene. Omsorg 2000*. Oslo: Sosial- og helsedepartementet.

Stortingsmelding nr. 45 (2002-2003). *Betre kvalitet i dei kommunale pleie- og omsorgstenestene*. Oslo: Sosialdepartementet.

Stortingsmelding nr. 25 (2005-2006). *Mestring, muligheter og mening. Framtidas omsorgsutfordringer*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

Stortingsmelding nr. 47 (2008-2009). *Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

- Thagaard, T. (2002). *Systematikk og innlevelse. En innføring i kvalitativ metode*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Thesen, J. og Malterud, K. (2001). Empowerment og pasientstyrking – et undervisningsopplegg. *Tidsskrift for Den norske Legeforening nr. 13, 121*: 1624-8.
- Thorsen, K. og Clausen, S.E. (2009). *Hvem er de ensomme? Sosial kontakt og ensomhet*. Statistisk sentralbyrå.
- Thorsen, K. (1990). *Livskvalitet i eldre år*. GerArt nr. 7. Norsk Gerontologisk institutt.
- Vabø, M. (2002). *Kvalitetsstyring og kvalitetskrav. Nye styringsambisjoner i hjemmetjenesten*. NOVA Rapport nr. 18.
- Van Achterberg, T., Stevens, F.C.J., Crebolder, H.F.J.M., de Witte, L.P. og Philipsen, H. (1996). Coordination of care: effects on the continuity and quality of care. *International Journal of Nursing Studies, 33*, 638-650.
- Vatne, S. (1998). *Pasienten først? Om medvirkning i et omsorgsperspektiv*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Vaartio, H., Leino-Kilpi, H., Salanterä, S. og Suominen, T. (2006). Nursing advocacy: how is it defined by patients and nurses, what does it involve and how is it experienced? *Scandinavian Journal of Caring Sciences, 20*, 282-292.
- Waterworth, S. og Luker, K.A. (1990). Reluctant collaborators: do patients want to be involved in decisions concerning care? *Journal of Advanced Nursing, 15*, 971-976.
- Wenger, N.S. og Young, R.T. (2007). Quality indicators for continuity and coordination of care in vulnerable elders. *Journal of the American Geriatrics Society, 55*, 285-292.
- WHO (1998). *Health 21 – The introduction to the Health for all Policy for the WHO European Region*.
- WHO (1999). *International Classification of Functioning, Disability and Health*. Geneva: WHO.
- Zoffmann, V. og Lauritzen, T. (2006). Guided self-determination improves life skills with type 1 diabetes and A1C in randomized controlled trial. *Patient Education and Counseling, 64* (1-3), 78-86.

Zoffmann, V., Harder, I. og Kirkevold, M. (2008). A person-centered communication and reflection model: Sharing decision-making in chronic care. *Qualitative Health Research*, 18(5), 670-85.



# Vedlegg 1 Svar fra NSD

## Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS

NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



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

Ådel Bergland  
Institutt for sykepleievitenskap  
Universitetet i Oslo  
Postboks 1153 Blindern  
0318 OSLO

Vår dato: 31.10.2007

Vår ref: 17554 / 2 / SF

Deres dato:

Deres ref:

### TILRÅDING AV BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 28.09.2007. Meldingen gjelder prosjektet:

|                      |  |
|----------------------|--|
| 17554                | <i>Individuell livskvalitetsorientert og helhetlig planlegging, IPA-tilrettelegger, i hjemmebasert omsorg - en studie av tjenestemottakere og helsepersonells erfaringer</i> |
| Behandlingsansvarlig | <i>Universitetet i Oslo, ved institusjonens overste leder</i>  |
| Daglig ansvarlig     | <i>Ådel Bergland</i>   |
| Student              | <i>Wenche Merete Hansen</i>  |

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

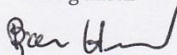
Personvernombudets tilråding forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, eventuelle kommentarer samt personopplysningsloven/-helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

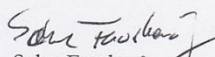
Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, [http://www.nsd.uib.no/personvern/melding/pvo\\_endringsskjema.cfm](http://www.nsd.uib.no/personvern/melding/pvo_endringsskjema.cfm). Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://www.nsd.uib.no/personvern/register/>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 31.12.2008, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

  
Bjørn Henrichsen

  
Sølve Fauskevåg

Kontaktperson: Sølve Fauskevåg tlf: 55 58 25 83

Vedlegg: Prosjektvurdering

Kopi: Wenche Merete Hansen, Linhusveien 10, 0755 OSLO

Avdelingskontorer / District Offices:

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

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

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

## Personvernombudet for forskning



NSD

### Prosjektvurdering - Kommentar

17554

Det vil i prosjektet behandles sensitive personopplysninger om helseforhold, jf. personopplysningsloven (pol) § 2 punkt 8 c.

Personvernombudet finner at behandlingen kan hjemles i pol §§ 8, første ledd og 9 a, samtykke.

Reviderte informasjonsskriv per 31.10.2007 er godt utformet og redegjør for alle sider ved prosjektet.

Ved prosjektslutt 31.12.2008 skal datamaterialet anonymiseres. Anonymisering innebærer at direkte og indirekte personopplysninger slettes eller omkodes (grovkategoriseres), samt at lydopptak og koblingsnøkkel slettes.

Prosjektet er godkjent av Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK).

Ansvarlig: Ole-Martin Høyem  
 Dato: 12.12.2008  
 Navn: Frank Martin Hansen

Personvernombudet har vurdert prosjektet, og finner at behandlingen av personopplysninger er i samsvar med § 2-8 c i personopplysningsloven. Personvernombudet tilrå derfor godkjenning.

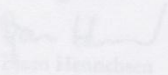
Personvernombudet uttrykker forståelse for prosjektets formål og mener at personopplysningene gir i medlemskapets interesse. Medlemskapet er ansvarlig for å sikre at personopplysningene behandles i samsvar med personopplysningsloven og andre relevante lover og forskrifter.

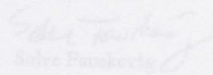
Det gjøres oppmerksom på at det skal gis en melding om den behandlingen av informasjon som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Meldingsmeldingen gir en opplysnings- og/eller helseinformasjonsprosjektets formål og/eller andre relevante opplysninger. Det skal også gis opplysning om de dataene prosjektet behandler og/eller om de dataene som skal slettes eller omkodes.

Personvernombudet har lagt ut opplysningen som nevnt i en offentlig database.  
<http://www.nsd.no/om/personvernombudet/>

Personvernombudet vil ved prosjektslutt, 31.12.2008, sørge for å benytte de tekniske midler for slettingen av personopplysningene.

Vestlig linn

  
 Siri Hennrich

  
 Solvei Paukerig

Kontaktperson: Solvei Paukerig 025 52 23 83  
 Vedlegg: Prosjektvurdering  
 Sign: Frank Martin Hansen, Linnhøgskolen 10, 0755 (SLO)

Personvernombudet for forskning

NSD - 100, Linnhøgskolen i Oslo, Postboks 100, 0755 Oslo, Tlf: +47 22 07 12 11, epost: nsd@nsd.no

Personvernombudet for forskning i helsevesen, 100, Linnhøgskolen i Oslo, Tlf: +47 22 07 12 11, epost: nsd@nsd.no

Personvernombudet for forskning i helsevesen, 100, Linnhøgskolen i Oslo, Tlf: +47 22 07 12 11, epost: nsd@nsd.no

# Vedlegg 2 Svar fra REK



## UNIVERSITETET I OSLO DET MEDISINSKE FAKULTET

Dr. polit. Ådel Bergland  
 Institutt for sykepleievitenskap og helsefag  
 Universitetet i Oslo  
 Pb. 1153 Blindern  
 0318 Oslo

Regional komité for medisinsk forskningsetikk  
 Sør- Norge (REK Sør)  
 Postboks 1130 Blindern  
 NO-0318 Oslo

Telefon: 228 44 666

Telefaks: 228 44 661

E-post: [rek-2@medisin.uio.no](mailto:rek-2@medisin.uio.no)

Nettadresse: [www.etikkom.no](http://www.etikkom.no)

Dato: 08.10.07

Deres ref.:

Vår ref.: S-07361a

**S-07361a Individuell livskvalitetsorientert og helhetlig planlegging, IPA-tilrettelegger, i hjemmebasert omsorg - en studie av tjenestemottakeres og helsepersonells erfaringer [2.2007.1597]**

Vi viser til søknad mottatt 05.09.07 med følgende vedlegg: Prosjektbeskrivelse; søknad om adgang til forskningsfelt; informasjonsskriv med samtykkeerklæring, tjenesteutøver; informasjon til utøvere som bistår i gjennomføringen av studien; intervju med koordinator, temaguide; informasjonsskriv med samtykkeerklæring, tjenestemottaker; intervju med tjenestemottaker, temaguide; kategoriskjema for innholdsanalyse.

Komiteen behandlet søknaden i sitt møte onsdag 26.09.07. Prosjektet er vurdert etter lov om behandling av etikk og redelighet i forskning av 30. juni 2006, jfr. Kunnskapsdepartementets forskrift av 8. juni 2007 og retningslinjer av 27. juni 2007 for de regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk.

Hensikten med studien er å få innsikt i erfaringer om eldre tjenestemottakere av hjemmebaserte tjenester og helsepersonells erfaringer med IPA-tilretteleggelser som verdigrunnlag, prosess og dokumentasjonsverktøy. Dette er en metode for prosessorientert tilnærming i samhandling mellom bruker og helsepersonell, der målet er å fremme livskvalitet og mestring. Her inngår aktiv brukermedvirkning, og brukeren definerer selv sine livskvalitetsmål. Data samles inn via semistrukturerte dybdeintervjuer med 4-6 brukere og 4-6 helsearbeidere. Det er gjort en tilsvarende studie ved sykehjem. I denne undersøkelsen ble data fra de eldre hentet inn via spørreskjema.

Komiteen anbefaler at det vurderes å bruke samme datainnsamlingsverktøy som ved sykehjemsundersøkelsen slik at det er mulig å sammenlikne data fra de to undersøkelsene.

Komiteen har følgende merknader til informasjonsskrivet:

1. Skrivet skal starte med en beskrivelse av prosjektet, ikke med en presentasjon av studenten som skal gjennomføre undersøkelsen.
2. Informasjonsskrivet skal ha heading med logo(er), evt. må det på annen måte fremgå tidlig hvor informasjonsskrivet kommer fra.
3. "Anonymisert" erstattes med "avidentifisert", da kodenøkkel beholdes. Evt. gis en kort forklaring av hva "avidentifisering" betyr.
4. Det må oppgis en dato for sletting av lydband.
5. "Helt" strykes foran "frivillig", da frivillighet vanskelig kan graderes i denne sammenheng.
6. Samtykkeerklæringen skal kun inneholde samtykket. Deltakerne skal ved sin underskrift ikke behøve å stadfeste annet enn å ha mottatt informasjon om prosjektet og at de ønsker å delta.

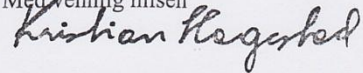
Vedtak:

Prosjektet godkjennes under forutsetning av at de merknadene som er anført ovenfor, blir innarbeidet før prosjektet settes i gang.

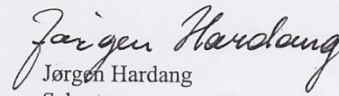
UNIVERSITETET I OSLO  
Det medisinske fakultet

Side 2 av 2

Med vennlig hilsen



Kristian Hagestad  
Fylkeslege cand.med., spes. i samf.med  
Leder



Jørgen Hardang  
Sekretær

Kopi: Mastergradsstudent Wenche Merete Hansen, e-post: [wme-ha@online.no](mailto:wme-ha@online.no)



# Vedlegg 3 Endringsmeldinger

## Endrings skjema

for endringer i forsknings- og studentprosjekt som medfører meldeplikt eller konsesjonsplikt

(jf. personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter)

Meldeskjema sendes per post,  
e-post eller faks, i ett eksemplar, til:

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS  
Personvernombudet for forskning  
Harald Hårfagres gate 29  
5007 BERGEN

personvernombudet@nsd.uib.no / Telefaks: 55 58 96 50 / Telefon: 55 58 21 17

Vennligst les veiledning bakerst

| 1. BEHANDLINGSANSVARLIG <sup>i</sup>  |                          |  |  |
|---|--------------------------|--|--|
| Institusjon:<br>Institutt for sykepleievitenskap og helsefag<br>Universitetet i Oslo  |                          | Dato for innsending:<br>15.12.2008     |  |
| Adresse: P.O Box 1153 Blindern  |                          | Postnr.: 0318                          | Poststed: Oslo                                 |
| 2. DAGLIG ANSVAR <sup>ii</sup>  |                          |  |  |
| Navn (fornavn - etternavn): Adel Bergland   |                          |  |  |
| Arbeidssted (avdeling/seksjon/institutt):<br>Institutt for sykepleievitenskap og helsefag   |                          | Stilling/grad:<br>Dr. polit            |  |
| Adresse – arbeidssted:<br>P.O Box 1153 Blindern   |                          | Postnr.:<br>0318                       | Poststed:<br>Oslo                              |
| Telefon:<br>22 85 05 75   | Telefaks:<br>22 85 05 70 | Mobil:                                 | E-postadresse:<br>adel.bergland@medisin.uio.no |
| 3. VED STUDENTPROSJEKT <sup>iii</sup>   |                          |  |  |
| Navn (fornavn - etternavn) på studenten:<br>Wenche Merete Hansen  |                          |  |  |
| Institutt for sykepleievitenskap og helsefag  |                          | Grad:<br>Sykepleier/mastergradsstudent |  |
| Adresse – privat:<br>Linhusveien 10   |                          | Postnr.:<br>0755                       | Poststed:<br>Oslo                              |
| Telefon:<br>24 12 95 70   | Telefaks:                | Mobil:<br>906 30 477                   | E-postadresse:<br>wme-ha@online.no             |
| 4. PROSJEKTNUMMER OG PROSJEKTITTEL  |                          |  |  |
| Nummer:<br>17554  |                          |  |  |
| Tittel:<br>Individuell livskvalitetsorientert og helhetlig planlegging, IPA-tilrettelegger, i hjemmebasert omsorg – en studie av tjenestemottakeres og helsepersonells erfaringer   |                          |  |  |
| 5. ENDRING  |                          |  |  |
| Tidsplanen for gjennomføring av prosjektet er endret. I den opprinnelige prosjektplanen som lå til grunn for tilråding fra Personvernombudet av 31.10.2007, gikk det fram at prosjektet skulle være avsluttet senest ved utgangen av 2008 og at alle innsamlede data skulle slettes senest 31.12.2008. Datainnsamlingsfasen har tatt betydelig lenger tid enn planlagt, og dette er hovedgrunnen til at prosjektets avslutning nå er planlagt til 30.06.2009. Alle innsamlede data skal slettes innen 01.12.2009. |                          |  |  |
| Den forlengede datainnsamlingstiden har vært knyttet til utfordringer ved å finne fram til og rekruttere informanter samt at flere intervjuer var av en slik karakter at de representerte et for tynt materiale til å gi den tilstrekkelige kvalitet. Det har derfor vært nødvendig å utvide antallet informanter til å omfatte 7 ansatte og 8 brukere (mot tidligere planlagt 6 ansatte og 6 brukere)  |                          |  |  |

6. SPESIELLE TILLATELSER<sup>iv</sup>

|   |  |   |
|---|--|---|
| Er endringen meldt til Regional komité for medisinsk forskningsetikk? <sup>i</sup>  | <input checked="" type="checkbox"/> Ja<br><input type="checkbox"/> Nei | Hvis ja, legg ved eller ettersend kopi av tilråding<br>Kopi av tilråding ettersendes  |
| Gjør endringen at prosjektet nå blir fremleggelsespliktig for Regional komité for medisinsk forskningsetikk (inkludert melding om forskningsbiobank)? | <input type="checkbox"/> Ja<br><input type="checkbox"/> Nei            | Hvis ja, legg ved eller ettersend kopi av tilråding<br>Prosjektet er tidligere meldt til Regional-komite for medisinsk forskningsetikk. Kopi av tilråding ble sendt NSD |
| Gjør endringen det nødvendig å søke om dispensasjon fra taushetsplikt for å få tilgang til data?  | <input type="checkbox"/> Ja<br><input checked="" type="checkbox"/> Nei | Hvis ja, legg ved eller ettersend dispensasjon  |

## 7. TILLEGGSOPPLYSNINGER

## 8. ANTALL VEDLEGG

|  |  |
|--|--|
| Legg ved eventuelle nye vedlegg (forespørsel, intervjuguide, registreringskjema, spørreskjema, tillatelser og lignende). |  |
|--|--|

<sup>i</sup> Behandlingsansvarlig

I forskningsprosjekt er behandlingsansvarlig som regel den *institusjon, ved institusjonens øverste leder*, som forsker/student er ansatt ved/studerer ved.

Den behandlingsansvarlige har bestemmelsesrett over opplysningene og det er den behandlingsansvarlige som står ansvarlig utad for at behandlingen er lovlig. Den behandlingsansvarlige vil være den som kan saksøkes og pådra seg straffeansvar for overtredelse av lovens bestemmelser. Avgjørende moment når man skal avgjøre hvem som er ansvarlig er blant annet hvem som initierer prosjektet og om forskers befatning med prosjektet skjer i egenskap av å være ansatt eller ikke.

Wenche Merete Hansen - wme-ha@online.no

Skriv ut



e-post

**Sendt:** 15.01.2009 16:02  
**Fra:** Inga Brautaset  
**Til:** wme-ha@online.no  
**Kopi:**  
**Emne:** Prosjektnr: 17554. Individuell livskvalitetsorientert og helhetlig planlegging, IPA-tilrettelegger, i hjemmebasert omsorg - en studie av tjenestemottakere og helsepersonells erfaringer

Hei,

Viser til innsendt endrings skjema for prosjekt nr. 17554 "Individuell livskvalitetsorientert og helhetlig planlegging, IPA-tilrettelegger, i hjemmebasert omsorg - en studie av tjenestemottakere og helsepersonells erfaringer."

Personvernombudet registrerer at utvalget er utvidet til 7 ansatte og 8 brukere. Det forutsettes at alle i utvalget får informasjonsskrivet som lå til grunn for personvernombudets tilrådning, og at fremgangsmåten for øvrig er den samme som tidligere angitt.

Det opplyses videre at prosjektet er forsinket fordi forskningsprosessen har tatt lengre tid enn planlagt, og at data først vil bli anonymisert ved utgangen av 2009.

Personvernombudet har nå registrert 31.12.09 som ny dato for prosjektslutt. Lydopptak og navneliste/koblingsnøkkel skal da slettes, og direkte og indirekte personidentifiserende opplysninger i det øvrige materialet skal slettes eller omkodes/grovkategoriseres, slik at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes.

Ved prosjektslutt vil personvernombudet rette en henvendelse angående status fra behandling av personopplysninger i prosjektet. Vi gjør oppmerksom på at ytterligere forlengelse av prosjektslutt ikke kan påregnes uten at det vurderes å gi informasjon til utvalget.

--

Vennlig hilsen

Inga Brautaset  
Fagkonsulent

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS  
Personvernombud for forskning  
Harald Hårfagres gate 29, 5007 BERGEN

Tlf. direkte: (+47) 55 58 26 35  
Tlf. sentral: (+47) 55 58 21 17  
Faks: (+47) 55 58 96 50  
Epost: Inga.Brautaset@nsd.uib.no  
www.nsd.uib.no/personvern

Wenche Merete Hansen - wme-ha@online.no

Skriv ut



e-post

**Sendt:** 07.01.2010 10:24  
**Fra:** Wenche Merete Hansen  
**Til:** Linda.Ringstad@nsd.uib.no  
**Kopi:** adel.bergland@medisin.uio.no  
**Emne:** SV: Prosjektnr: 17554 Individuell livskvalitetsorientert og helhetlig planlegging, IPA-tilrettelegger, i hjemmebasert omsorg - en studie av tjenestemottakere og helsepersonells erfaringer

Prosjektet er ikke avsluttet, og data er ikke anonymisert. Personlige årsaker har skapt forsinkelser mht ferdigstilling av mastergradsoppgaven. Universitetet i Oslo har forlenget min studierett t.o.m våsemesteret 2010. Oppgaven skal leveres senest 01.06.10.

Resultatpresentasjonen er ferdigskrevet. Det betyr at datamaterialet som finnes på lydband kan slettes dersom NSD krever dette. Transkriberte utskrifter er anonymiserte, og må bevares til etter sensur. Det finnes imidlertid en oversikt som kobler utskriftene til informantene. Denne kan også slettes. Alternativt skjer sletting av data når oppgaven leveres. Forskningsfeltet er informert om utsettelsen.

Ber om en tilbakemelding vedr sletting nå eller ved oppgaveinnlevering vedr. lydband og kodenøkkel.

mvh  
 Wenche M Hansen

> From: Linda.Ringstad@nsd.uib.no  
 > Sent: 2009-12-21 09:30:57 MET  
 > To: wme-ha@online.no  
 > Cc: adel.bergland@medisin.uio.no, teknisk@pvportal.nsd.no  
 > Subject: Prosjektnr: 17554 Individuell livskvalitetsorientert og helhetlig planlegging, IPA-tilrettelegger, i hjemmebasert omsorg - en studie av tjenestemottakere og helsepersonells erfaringer  
 >  
 > Viser til vedlagte brev angående status for behandling av personopplysninger for ovennevnte prosjekt.  
 >  
 > Vi ber om at tilbakemelding på status gis via våre nettsider:  
 > <https://pvportal.nsd.no/statusrapport/statusrapport?sid=Zf2j3W7Kky5QAs48Fib6>  
 >  
 > Vi ber om tilbakemelding innen 3 uker.  
 >  
 > Vennlig hilsen  
 > Personvernombudet for forskning  
 > Norsk Samfunnsvitenskaplig Datatjeneste AS  
 >  
 >  
 > -----  
 > Referring to the enclosed letter (in Norwegian) regarding the processing of personal data in the above-mentioned project. According to our information, your project is now completed.  
 >  
 > We kindly ask you to confirm that this is the case and that all personal information is now anonymous. Please reply via our web page:  
 > <https://pvportal.nsd.no/statusrapport/statusrapport?sid=Zf2j3W7Kky5QAs48Fib6>  
 >  
 > We kindly ask you to respond within 3 weeks.  
 >  
 > Best regards,  
 > Privacy Ombudsman for Research,  
 > Norwegian Social Science Data Services

Wenche Merete Hansen - wme-ha@online.no

Skriv ut



e-post

**Sendt:** 08.01.2010 10:18  
**Fra:** Pernilla Elisabet Bollman  
**Til:** wme-ha@online.no  
**Kopi:** adel.bergland@medisin.uio.no  
**Emne:** Prosjektnr: 17554. Individuell livskvalitetsorientert og helhetlig planlegging, IPA-tilrettelegger, i hjemmebasert omsorg - en studie av tjenestemottakere og helsepersonells erfaringer

Hei

Det vises til statusrapport mottatt 07.01.2010.

Det er helt uproblematisk å avvente anonymisering/sletting til sensur har falt og ev. muntlig eksamen er overstått, siden utvalget informeres om den aktuelle forsinkelsen.

Vi registrerer ny prosjektslutt/anonymiseringsdato til 30.06.2010 og vil ved den tid rette en ny henvendelse til deg.

--

Vennlig hilsen

Pernilla Bollman  
Spesialrådgiver  
(Senior Adviser)

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS  
(Norwegian Social Science Data Services)  
Personvernombud for forskning  
(Data Protection Official for Research)  
Harald Hårfagres gate 29, 5007 BERGEN

Tlf. direkte: (+47) 55 58 24 10  
Tlf. sentral: (+47) 55 58 21 17  
Faks: (+47) 55 58 96 50  
E-post: pernilla.bollman@nsd.uib.no  
Internettadresse: www.nsd.uib.no/personvern



Wenche Merete Hansen  
Linhusveien 10  
0755 OSLO

Vår dato: 29.09.2010

Vår ref: 17554 / 11

Deres dato:

Deres ref:

#### STATUS FOR BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

17554 *Individuell livskvalitetsorientert og helhetlig planlegging, IPA-tilrettelegger, i hjemmebasert om sorg - en studie av tjenestemottakere og helsepersonells erfaringer*

Vi viser til tidligere innsendt meldeskjema for forskningsprosjekt som medfører meldeplikt eller konsesjonsplikt. Videre vises det til vårt svarbrev hvor det gikk frem at vi ville ta kontakt ved prosjektslutt angående prosjektets status.

Ifølge våre opplysninger skal prosjektet nå være avsluttet. Personvernombudet for forskning ber om en tilbakemelding på hvorvidt datamaterialet er anonymisert.

Dersom data ikke er anonymisert og det fortsatt er behov for oppbevaring av personopplysninger, må prosjektleder gi en redegjørelse til personvernombudet for hvorfor data ikke kan anonymiseres på nåværende tidspunkt. Denne tilbakemeldingen er nødvendig for at prosjektleder skal ha lovlig grunnlag for behandling av personopplysninger.

NSD arkiverer forskningsdata for fremtidig bruk. Hensikten med arkivordningen er først og fremst å styrke datagrunnlaget for norsk forskning. Forskningsdata representerer en verdifull kilde til informasjon både for samtidforskning og historisk forskning.

Dersom lagring av data ved NSD er ønskelig ber personvernombudet om at data og tilhørende dokumentasjon sendes til dataarkivering@nsd.no. Vi viser til våre nettsider for ytterligere informasjon om arkiveringstjenesten. Forskere som gjennomfører forskningsprosjekt med støtte fra Norges forskningsråd (NFR) minnes om at arkivering ved NSD er et kontraktsvilkår for den gitte støtte (dersom data er egnet for arkivering ved NSD).

Vi ber om at tilbakemelding på status for behandling av personopplysninger gis via våre nettsider: <https://pvo.nsd.no/statusrapport/statusrapport?sid=Te92Dcr4M6NyXg5k8W7A>.

Vi ber om tilbakemelding innen 3 uker. Dersom noe er uklart ta gjerne kontakt over telefon.

Vennlig hilsen

Bjørn Henrichsen

Anne-Mette Somby

Wenche Merete Hansen - wme-ha@online.no

Skriv ut



e-post

**Sendt:** 06.10.2010 12:13  
**Fra:** Wenche Merete Hansen  
**Til:** Linda.Ringstad@nsd.uib.no  
**Kopi:**  
**Emne:** SV: Prosjektnr: 17554 Individuell livskvalitetsorientert og helhetlig planlegging, IPA-tilrettelegger, i hjemmebasert omsorg - en studie av tjenestemottakere og helsepersonells erfaringer

Hei!

Prosjektet er ytterligere forsinket fordi jeg i sommer ble rammet av alvorlig sykdom. Arbeidet med med masteroppgaven er imidlertid nå gjenopptatt, og jeg tar sikte på å avslutte prosessen innen utgangen av året. Jeg må imidlertid ta helsemessige hensyn og vil uoppfordret informere dere dersom det blir flere utsettelse.

Med vennlig hilsen  
 Wenche M Hansen

> From: Linda.Ringstad@nsd.uib.no  
 > Sent: 2010-06-23 10:56:52 CEST  
 > To: wme-ha@online.no  
 > Cc: adel.bergland@medisin.uio.no, teknisk@pvoportal.nsd.no  
 > Subject: Prosjektnr: 17554 Individuell livskvalitetsorientert og helhetlig planlegging, IPA-tilrettelegger, i hjemmebasert omsorg - en studie av tjenestemottakere og helsepersonells erfaringer  
 >  
 > Viser til vedlagte brev angående status for behandling av personopplysninger for ovennevnte prosjekt.  
 >  
 > Vi ber om at tilbakemelding på status gis via våre nettsider:  
 > <https://pvo.nsd.no/statusrapport/statusrapport?sid=Zf2j3W7Kky5QAs48Fib6>  
 >  
 > Vi ber om tilbakemelding innen 3 uker.  
 >  
 > Vennlig hilsen,  
 > Personvernombudet for forskning,  
 > Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste AS  
 >  
 > -----  
 >  
 > Referring to the attached letter (in Norwegian) regarding the processing of personal data in the above-mentioned project. According to our information, your project is now completed.  
 >  
 > We kindly ask you to confirm that this is the case and that all personal information is now anonymous. Please reply via our web page:  
 > <https://pvo.nsd.no/statusrapport/statusrapport?sid=Zf2j3W7Kky5QAs48Fib6>  
 >  
 > We kindly ask you to respond within 3 weeks.  
 >  
 > Best regards,  
 > the Data Protection Official for Research,  
 > Norwegian Social Science Data Services  
 > <http://www.nsd.uib.no/personvern>

Wenche Merete Hansen - wme-ha@online.no

Skriv ut



e-post

**Sendt:** 07.10.2010 12:23  
**Fra:** Kjersti Håvardstun  
**Til:** wme-ha@online.no  
**Kopi:** adel.bergland@medisin.uio.no  
**Emne:** Prosjektnr: 17554. Individuell livskvalitetsorientert og helhetlig planlegging, IPA-tilrettelegger, i hjemmebasert omsorg - en studie av tjenestemottakere og helsepersonells erfaringer

Vi viser til mottatt endringsmelding 06.10.10. Ombudet har registrert ny slutt dato til 31.12.2010.

--

Vennlig hilsen  
Kjersti Håvardstun  
Spesialrådgiver  
(Senior Adviser)

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS  
(Norwegian Social Science Data Services)  
Personvernombud for forskning  
Harald Hårfagres gate 29, 5007 BERGEN

Tlf. direkte: (+47) 55 58 29 53  
Tlf. sentral: (+47) 55 58 21 17  
Faks: (+47) 55 58 96 50  
Email: kjersti.havardstun@nsd.uib.no  
Internettadresse [www.nsd.uib.no/personvern](http://www.nsd.uib.no/personvern)





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

Wenche Merete Hansen  
Linhusveien 10  
0755 OSLO

Vår dato: 14.12.2010

Vår ref: 17554 / 14

Deres dato:

Deres ref:

## STATUS FOR BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

17554 *Individuell livskvalitetsorientert og helhetlig planlegging, IPA-tilrettelegger, i hjemmebasert omsorg - en studie av tjenestemottakere og belsepersonells erfaringer*

Vi viser til tidligere innsendt meldeskjema for forskningsprosjekt som medfører meldeplikt eller konsesjonsplikt. Videre vises det til vårt svarbrev hvor det gikk frem at vi ville ta kontakt ved prosjektslutt angående prosjektets status.

Ifølge våre opplysninger skal prosjektet nå være avsluttet. Personvernombudet for forskning ber om en tilbakemelding på hvorvidt datamaterialet er anonymisert.

Dersom data ikke er anonymisert og det fortsatt er behov for oppbevaring av personopplysninger, må prosjektleder gi en redegjørelse til personvernombudet for hvorfor data ikke kan anonymiseres på nåværende tidspunkt. Denne tilbakemeldingen er nødvendig for at prosjektleder skal ha lovlig grunnlag for behandling av personopplysninger.

NSD arkiverer forskningsdata for fremtidig bruk. Hensikten med arkivordningen er først og fremst å styrke datagrunnlaget for norsk forskning. Forskningsdata representerer en verdifull kilde til informasjon både for samtidforskning og historisk forskning.

Dersom lagring av data ved NSD er ønskelig ber personvernombudet om at data og tilhørende dokumentasjon sendes til [dataarkivering@nsd.no](mailto:dataarkivering@nsd.no). Vi viser til våre nettsider for ytterligere informasjon om arkiveringstjenesten. Forskere som gjennomfører forskningsprosjekt med støtte fra Norges forskningsråd (NFR) minnes om at arkivering ved NSD er et kontraktsvilkår for den gitte støtte (dersom data er egnet for arkivering ved NSD).

Vi ber om at tilbakemelding på status for behandling av personopplysninger gis via våre nettsider: <https://pvo.nsd.no/statusrapport/statusrapport?sid=q2R6Hw m9YNi8x7ADp3k4>.

Vi ber om tilbakemelding innen 3 uker. Dersom noe er uklart ta gjerne kontakt over telefon.

Vennlig hilsen

Bjørn Henrichsen

Katrine Utaaker Segadal

Kopi: Ådel Bergland

Avdelingskontorer / District Offices

OSLO: NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11. [nsd@uio.no](mailto:nsd@uio.no)  
TRONDHEIM: NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 59 19 07. [kyrre.svarva@svt.ntnu.no](mailto:kyrre.svarva@svt.ntnu.no)  
TROMSØ: NSD, SVF, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36. [nsdmaa@svtuit.no](mailto:nsdmaa@svtuit.no)

Wenche Merete Hansen - wme-ha@online.no

Skriv ut



e-post

**Sendt:** 11.01.2011 15:31  
**Fra:** Wenche Merete Hansen  
**Til:** randi.frotvedt@nsd.uib.no  
**Kopi:**  
**Emne:** SV: Prosjektnr: 17554 Individuell livskvalitetsorientert og helhetlig planlegging, IPA-tilrettelegger, i hjemmebasert omsorg - en studie av tjenestemottakere og helsepersonells erfaringer

Mastergradsoppgaven er i slutfasen. Den vil bli levert i løpet av første kvartal d.å. Arbeidet har vært ytterligere forsinket på grunn av alvorlig sykdom som oppsto sommeren -10.

Mvh  
 Wenche M Hansen

> From: randi.frotvedt@nsd.uib.no  
 > Sent: 2010-12-14 13:54:49 MET  
 > To: wme-ha@online.no  
 > Cc: adel.bergland@medisin.uio.no, teknisk@pvoportal.nsd.no  
 > Subject: Prosjektnr: 17554 Individuell livskvalitetsorientert og helhetlig planlegging, IPA-tilrettelegger, i hjemmebasert omsorg - en studie av tjenestemottakere og helsepersonells erfaringer  
 >  
 > Vi viser til vedlagte brev angående status for behandling av personopplysninger for ovennevnte prosjekt.  
 >  
 > Vi ber om at tilbakemelding på status gis via våre nettsider:  
 > <https://pvo.nsd.no/statusrapport/statusrapport?sid=q2R6Hwm9YNI8x7ADp3k4>  
 >  
 > Vi ber om tilbakemelding innen 3 uker.  
 >  
 > Vennlig hilsen,  
 > Personvernombudet for forskning,  
 > Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste AS  
 >  
 > -----  
 >  
 > Referring to the attached letter (in Norwegian) regarding the processing of personal data in the above-mentioned project. According to our information, your project is now completed.  
 >  
 > We kindly ask you to confirm that this is the case and that all personal information is now anonymous. Please reply via our web page:  
 > <https://pvo.nsd.no/statusrapport/statusrapport?sid=q2R6Hwm9YNI8x7ADp3k4>  
 >  
 > We kindly ask you to respond within 3 weeks.  
 >  
 > Best regards,  
 > the Data Protection Official for Research,  
 > Norwegian Social Science Data Services  
 > <http://www.nsd.uib.no/personvern>

Wenche Merete Hansen - wme-ha@online.no Skriv ut

e-post

**Sendt:** 24.01.2011 14:47  
**Fra:** Anne-Mette Somby  
**Til:** wme-ha@online.no  
**Kopi:** adel.bergland@medisin.uio.no  
**Emne:** Prosjektnr: 17554. Individuell livskvalitetsorientert og helhetlig planlegging, IPA-tilrettelegger, i hjemmebasert omsorg - en studie av tjenestemottakere og helsepersonells erfaringer

Viser til e-post mottatt 11.1.11.

På bakgrunn av din e-post har personvernombudet registrert at prosjektslutt og anonymisering er utsatt til 1. april 2011, og vil vil da på nytt ta kontakt for å avklare status for behandling av personopplysninger.

--

Anne-Mette Somby  
Rådgiver

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS  
Personvernombud for forskning  
Harald Hårfagres gate 29, 5007 BERGEN

Tlf. direkte: (+47) 55 58 25 83  
Tlf. sentral: (+47) 55 58 21 17  
Faks: (+47) 55 58 96 50  
Email: Anne-Mette Somby@nsd.uib.no  
Internettadresse [www.nsd.uib.no/personvern](http://www.nsd.uib.no/personvern)

Prosjektnummer REK:

2.2007.1597

## Skjema for protokolltillegg og endringer

Dette skjema skal benyttes for alle endringer som ønskes gjort etter at et prosjekt er tilrådd.  
Relevante dokumenter vedlegges.

### 1. Tittel og prosjektleder

Forskningsprosjektets tittel hos REK

Individuell livskvalitetsorientert og helhetlig planlegging, IPA-tilrettelegger, i hjemmebasert omsorg - en studie av tjenestemottakeres og helsepersonells erfaringer

Prosjektleder                      Ådel Bergland. Prosjekttittel: "Individuell livskvalitetsorientert og helhetlig planlegging, IPA-tilrettelegger, i hjemmebasert omsorg - en studie av tjenestemottakeres og helsepersonells erfaringer. Arkivnr S-07361a.

### 2. Endring/tillegg

Hva består endring eller tillegg av?

1. Forlengelse av prosjekttiden fram til 30.06.09. Data slettes innen 01.12.09
2. Antall informanter fra gruppen tjenestemottakere utvides fra 6 til 8.  
Prosjektet vil forøvrig gjennomføres i henhold til tidligere prosjektbeskrivelse

### 3. Begrunnelse

Hva er grunnen til ønsket endring/tillegg?

Behov for forlengelse av prosjekttiden henger sammen med at datainnsamlingen har tatt betydelig lenger tid enn planlagt, jfr opprinnelig søknad til REK Sør. Dette har for en stor del vært knyttet til treg framdrift i rekruttering av informanter.

Noen av intervjuene viste seg også å bli innholdsmessig begrenset i en slik grad at materialet etter 6 brukerintervjuer totalt sett hadde en utilstrekkelig kvalitet i forhold til å kunne belyse problemstillingen. Det er derfor behov for å utvide utvalget brukere fra 6 til 8 informanter. De "tynne" intervjuene vil likevel fortsatt inngå i materialet fordi de kan bidra til å understøtte øvrige funn.

### 4. Etisk vurdering

Prosjektleders etiske vurdering av endring/tillegg

Utvidelsen av utvalget vil ikke innebære noen endringer i framgangsmåten når det gjelder rekruttering av 2 ytterligere informanter. Samme prosedyre for forespørsel, informasjon og samtykke som tidligere angitt, vil bli fulgt, og det gjøres ingen endringer i det skriftlige materialet som deles ut til informantene med unntak av korreksjon for tidsplan.

Det er gitt informasjon om forsinkelsen til forskningsfeltet. Endringen er også meldt til Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste.

**5. Informert samtykke**

Dersom endring/tillegg medfører ny/endret forespørsel/samtykkeerklæring vedlegges denne.

Nei

**6. Andre kommentarer****Underskrift**

Sted:

*Oslo*

Dato:

*15.12.08*

Underskrift:

*Ulrika H. Kuiset, mastergradsstudent.*



**UNIVERSITETET I OSLO**  
DET MEDISINSKE FAKULTET

Dr. polit. Ådel Bergland  
Institutt for sykepleievitenskap og helsefag  
Universitetet i Oslo  
Pb. 1153 Blindern  
0318 Oslo

**Dato:** 14.01.09  
**Deres ref.:**  
**Vår ref.:** S-07361a Saksnummer 2008/ 23131

**Regional komité for medisinsk forskningsetikk**  
**Sør- Norge (REK Sør)**  
Postboks 1130 Blindern  
NO-0318 Oslo

Telefon: 228 44 666  
Telefaks: 228 44 661  
E-post: [rek-2@medisin.uio.no](mailto:rek-2@medisin.uio.no)  
Nettadresse: [www.etikkom.no](http://www.etikkom.no)

**S-07361a Individuell livskvalitetsorientert og helhetlig planlegging, IPA-tilrettelegger, i hjemmebasert omsorg - en studie av tjenestemottakeres og helsepersonells erfaringer [2.2007.1597]**

Vi viser til skjema for protokolltillegg og endringer datert 15.12.08 fra Wenche Merete Hansen.

Komiteen godkjenner at prosjektet videreføres med de endringer som er beskrevet i skjema for protokolltillegg og endringer.

Med vennlig hilsen

Kristian Hagestad  
Fylkeslege cand.med., spes. i samf.med  
Leder

Jørgen Hardang  
Sekretær

Kopi: Mastergradsstudent Wenche Merete Hansen, e-post: [wme-ha@online.no](mailto:wme-ha@online.no)

NN Kommune  
v/ Virksomhetsleder

**Institutt for sykepleievitenskap og helsefag**  
*Seksjon for sykepleievitenskap*  
Postboks 1153 Blindern  
N-0318 OSLO

**Dato:** 22.02.2010

**Melding om framdrift med masteroppgaven ”IPA-tilrettelegger, i hjemmebasert omsorg – en studie av tjenestemottakeres og helsepersonells erfaringer”**

Det vises til muntlig kontakt i om fremdriften i arbeidet med masteroppgaven den 15.10.2009. Arbeidet er inne i en avsluttende fase. Planen er at oppgaven skal leveres 01.06.2010. Etter innlevering vil alle data slettes, dvs lydbånd og materiale som kan knytte enkeltpersoner til intervjuutskriftene.

Jeg tar kontakt etter innlevering for nærmere avtale om tilbakemeldinger til dere.

Dette til orientering.

Med vennlig hilsen

Wenche M Hansen





# Vedlegg 4 Søknad til feltet



UNIVERSITETET I OSLO  
DET MEDISINSKE FAKULTET

SIDE 1 AV 2

INSTITUTT FOR SYKEPLEIEVITENSKAP OG  
SEKSJON FOR SYKEPLEIEVITENSKAP  
POSTBOKS 1153 BLINDERN  
N-0318 OSLO

DATO: 03.09.07

NN kommune  
V/ virksomhetsleder

**Søknad om gjennomføring av studien:**

## **Individuell livskvalitetsorientert og helhetlig planlegging, IPA-tilrettelegger, i hjemmebasert omsorg – en studie av tjenestemottakeres og helsepersonells erfaringer**

Jeg er mastergradsstudent ved Institutt for sykepleievitenskap og helsefag, Universitetet i Oslo der jeg for tiden arbeider med planene for min studie som skal fokusere erfaringer fra anvendelse av IPA-tilrettelegger som verdigrunnlag, prosess og dokumentasjonsverktøy i hjemmebasert omsorg. Gjennom kontakt med Rehab-Nor er jeg kjent med at IPA-tilrettelegger har vært i bruk hos dere over tid. Denne henvendelsen er en søknad om mulighet for å gjennomføre studien i hjemmebaserte tjenester hos dere.

Studiens hensikt er å få kunnskap om eldre tjenestemottakeres og helsepersonells erfaringer når IPA-tilrettelegger benyttes som arbeidsform i samhandlingen mellom helsepersonell og brukere som mottar hjemmesykepleie. Kunnskap om bruker- og utøvererfaringer med IPA-tilrettelegger antas å være av verdi for feltet der studien gjennomføres og for andre virksomheter som ønsker å ta arbeidsformen i bruk. Erfaringene kan gi helsepersonell nyttig kunnskap om arbeidsformen i videre bruk og utvikling av metoden. Videre vil klarlegging av erfaringer med en metode som vektlegger brukers eget ståsted i samarbeidet med tjenesteapparatet og i utformingen av tjenestetilbudet, være i tråd med lovkrav og helsepolitiske målsettinger vedrørende brukermedvirkning, kvalitet og individuell tilrettelegging.

Forskningsmetoden vil være kvalitativt intervju med eldre og utøvere som har erfaring med bruk av IPA-tilrettelegger i hjemmebaserte tjenester. Det vil være ønskelig med 2 - 3 informanter i hver gruppe. Intervjuene planlegges gjennomført i løpet av oktober 2007.

For å sikre et mest mulig helhetlig bilde av erfaringene med IPA-tilrettelegger i praksisfeltet, ønsker jeg også å gjennomføre en innholdsanalyse av individuell plan tilhørende de brukerne av hjemmetjenester som deltar i studien.

Dersom jeg får mulighet til å gjennomføre studien hos dere, vil jeg etter nærmere avtale bidra med utfyllende muntlig og eventuelt skriftlig informasjon. Videre håper jeg at tjenesten kan være hjelpelig med å finne fram til aktuelle informanter både blant tjenestemottakere og utøvere i henhold til utvalgsriteriene (vedlagt følger informasjon vedr rekruttering av informanter blant brukerne).



## UNIVERSITETET I OSLO

### DET MEDISINSKE FAKULTET

SIDE 2 AV 2

Informantenes deltakelse i studien forutsetter skriftlig informert samtykke, og deltakernes anonymitet og konfidensialitet vil bli ivaretatt etter gjeldende retningslinjer. Studien er godkjent fra Regional komite for medisinsk forskningsetikk (REK) og Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD) når det gjelder opprettelse av et midlertidig personregister over deltakerne.

Gjennomføring av studien innebærer ingen kostnader for hjemmetjenesten utover den tid som vil medgå til intervjuene samt til å finne fram til aktuelle informanter. Tjenestestedet vil få kopi av masteroppgaven, og jeg bidrar gjerne med muntlig presentasjon av studien dersom det skulle være av interesse. Oppgaven er planlagt innlevert i løpet av våren 2008. Min veileder ved Institutt for sykepleievitenskap og helsefag, Universitetet i Oslo er førsteamanuensis Ådel Bergland.

Jeg håper denne henvendelsen gir tilstrekkelig informasjon for at dere skal kunne vurdere min søknad. Dersom dere har spørsmål vedrørende studien og planene for gjennomføring, kan jeg kontaktes på telefon.

Jeg håper på et snarlig svar.

Oslo, den 03.09.07

Med vennlig hilsen

Wenche Merete Hansen, mastergradstudent

Institutt for sykepleievitenskap og helsefag  
Universitetet i Oslo  
E-post: [w.m.hansen@studmed.uio.no](mailto:w.m.hansen@studmed.uio.no)  
Tlf: 906 30 477

Prosjektansvarlig og veileder:  
Førsteamanuensis Ådel Bergland  
Institutt for sykepleievitenskap og helsefag  
Universitetet i Oslo  
E-post: [adel.bergland@medisin.uio.no](mailto:adel.bergland@medisin.uio.no)  
Tlf: 22 85 05 75

Vedlegg: Informasjon om praktisk gjennomføring ved rekruttering av informanter blant brukerne.

## Vedlegg 5 Informasjon ved rekruttering

Til ansatte i hjemmetjenesten som bistår i gjennomføring av studien:

### **Individuell livskvalitetsorientert og helhetlig planlegging, IPA-tilrettelegger, i hjemmebasert omsorg – en studie av tjenestemottakeres og helsepersonells erfaringer**

Dette er en studie av erfaringer fra bruk av IPA-tilrettelegger i samhandlingen mellom eldre, hjemmeboende tjenestemottakere og helsepersonell. Jeg er glad for å få anledning til å gjennomføre denne undersøkelsen hos dere og håper gjennomføringen ikke oppleves belastende for tjenesten.

Studien er planlagt som en intervjuundersøkelse der jeg ønsker å snakke med både tjenesteutøvere og mottakere. For å finne fram til informanter blant brukerne, trenger jeg deres hjelp. Under har jeg beskrevet noen punkter som en informasjon i arbeidet med å finne fram til aktuelle personer.

#### **Kriterier**

Brukere som skal forespørres om deltakelse i denne studien, må oppfylle følgende kriterier:

- Er over 67 år og hjemmeboende
- Mottar eller har mottatt hjemmesykepleie der IPA-tilrettelegger brukes eller har vært brukt som arbeidsmetode i tjenesteutøvelsen i mer enn to måneder.
- Begge kjønn
- Har samtykkekompetanse og er i stand til å gjennomføre et intervju.

Jeg ønsker å intervju 2 - 3 personer blant brukerne.

#### **Informasjon til tjenestemottaker**

Undersøkelsen gjøres for å frambringe kunnskap om de erfaringene eldre brukere av hjemmesykepleie og helsepersonell har fra arbeidet med IPA-tilrettelegger i tjenesteutøvelsen. Slik kunnskap vil være av verdi for praksisstedet og andre virksomheter som ønsker å ta arbeidsmetoden i bruk. Erfaringene kan gi nyttig viten om arbeidsmetoden i videre bruk og utvikling.

I orienteringsskrivet til tjenestemottakerne står den viktigste informasjonen om studien. Det er imidlertid vesentlig at du presenterer innholdet muntlig i tillegg til at bruker leser orienteringen selv. Det må understrekes at deltakelse er frivillig, og at bruker når som helst kan trekke seg fra undersøkelsen uten å oppgi grunn og uten at dette får konsekvenser for vedkommende i det videre samarbeidet med tjenesten eller for tjenestetilbudet. Tjenestemottakers anonymitet sikres ved at lydbåndene og utskriftene fra disse kun merkes med en tallkode og oppbevares nedlåst, atskilt fra informasjon som kan identifisere dem. Lydbåndene blir slettet etter at studien er avsluttet, senest høsten 2008.

Dersom bruker lurer på noe som du ikke kan svare på, kan du eller tjenestemottaker selv ringe meg eller ansvarlig for prosjektet.

#### **Utdeling av orienteringsskriv og informert samtykke-skjema**

Tjenestemottakere som oppfyller kriteriene for deltakelse i studien, informeres muntlig om studien av deg og får samtidig skrevet "Forespørsel om deltakelse i studien" med samtykkeerklæring i to

eksemplarer hvorav det ene skal beholdes av tjenestemottaker. Bruker må sikres rimelig betenkningstid, inntil 3 – 4 dager.

Dersom bruker ønsker å delta, bes du innhente muntlig tillatelse til at jeg kan kontakte bruker pr telefon. Undertegnet samtykkeerklæring skal tjenestemottaker levere til meg i forkant av intervjuet.

På forhånd tusen takk for hjelpen!

Oslo, den

Med vennlig hilsen

Wenche Merete Hansen, mastergradstudent

Institutt for sykepleievitenskap og helsefag

Universitetet i Oslo

E-post: [w.m.hansen@studmed.uio.no](mailto:w.m.hansen@studmed.uio.no)

Tlf: 906 30 477

Prosjektansvarlig og veileder:

Førsteamanuensis Ådel Bergland

Institutt for sykepleievitenskap og helsefag

Universitetet i Oslo


E-post: [adel.bergland@medisin.uio.no](mailto:adel.bergland@medisin.uio.no)

Tlf: 22 85 05 75

# Vedlegg 6 Svar fra feltet

Telenor e-post Side 1 av 1

Wenche Merete Hansen - wme-ha@online.no Skriv ut

 e-post

**Sendt:** 29.04.2011 13:30  
**Fra:** Anne Sofie R. Andersen  
**Til:** wme-ha@online.no  
**Kopi:**  
**Emne:** SV: Ang. masteroppgave

Ad. Masteroppgave

Nedre Eiker kommune mottok i september 2007 en skriftlig henvendelse fra Wenche Hansen om å være forskningsfelt for en studie om arbeidsmetoden IPA-tilrettelegger og kommunens arbeid med livskvalitet og egen mestring. Studien innebar intervju av ansatte og eldre brukere innen hjemmebaserte pleie- og omsorgstjenester.

Kommunen svarte positivt på henvendelsen.

Mvh  
Anne Sofie R. Andersen

Anne Sofie R. Andersen  
Virksomhetsleder  
Helseavdelingen

Kontor :  
32232500

Mobil:  
48063218  
Rådhusgt.1

3050 Mjøndalen  
[www.nedre-eiker.kommune.no](http://www.nedre-eiker.kommune.no)

<https://epost.telenor.no/mobileoffice/?cmd=mail&sub=printview&msgno=221> 29.04.2011



# Vedlegg 7 Tillatelse fra Rehab-Nor



Rehab-Nor

Wenche Merete Hansen  
Linhusveien 10  
0755 Oslo

## REHAB-NOR AS

Avd Tomter

Adresse:  
Øvre Jahren, 1825 Tomter  
e-post:  
oivind.lorentsen@rehab-nor.no  
Hjemmeside:  
www.rehab-nor.no  
Telefon:  
69 92 42 00 / 91 61 01 35  
Telefaks:  
69 92 42 01  
Organisasjonsnr:  
977226937

Deres ref.:

Deres dato:

Vår ref.:  
ØLO

Tomter:  
30. oktober 2007

### Tillatelse til å benytte Rehab-Nors produkter

Jeg viser til ditt brev datert 1. oktober 2007, og bekrefter at du kan benytte materiale fra IPA tilrettelegger. Det forutsettes at du refererer til Rehab-Nor der du benytter dette materialet.

Jeg legger med kopi av abstract i forbindelse med 9th Congress of European Federation for Research in Rehabilitation, der jeg holdt et inviteret plenumsforedrag. Jeg legger også ved kopi av extended paper fra samme Congress, som er publisert av Medimond S.r.l., Monduzzi Editore International Proceedings Division.

I sistnevnte paper ser du også vår konseptuelle modell.

Ønsker deg lykke til med arbeidet.

Ta gjerne kontakt om du ønsker det.

Vennlig hilsen

Øivind Lorentsen

Vedlegg: 2 papers





# Vedlegg 8 Informasjonsskriv, brukere



UNIVERSITETET I OSLO  
DET MEDISINSKE FAKULTET

SIDE 1 AV 3

INSTITUTT FOR SYKEPLEIEVITENSKAP OG  
SEKSJON FOR SYKEPLEIEVITENSKAP  
POSTBOKS 1153 BLINDERN  
N-0318 OSLO

DATO: 26.10.07

**Individuell livskvalitetsorientert og helhetlig planlegging, IPA-tilrettelegger, i hjemmebasert omsorg – en studie av tjenestemottakeres og helsepersonells erfaringer**

Du blir herved forespurt om å delta i en undersøkelse der hensikten er å få vite mer om eldres og helsepersonells erfaringer når samarbeidet mellom hjemmesykepleien og brukere av denne tjenesten følger en måte å tenke og arbeide på der målet er å fremme trivsel og funksjon hos den enkelte som mottar hjelp. Denne arbeidsmåten kalles IPA-tilrettelegger.

Pleie- og omsorgstjenesten i NN kommune har over tid benyttet denne arbeidsmetoden. For å få bedre kunnskap om erfaringene med denne måten å arbeide på, ønsker jeg å få anledning til å snakke med – intervju- hjemmeboende eldre over 67 år som har erfaringer fra kontakt og samarbeid med hjemmesykepleien i denne kommunen.

I intervjuet vil du bli bedt om å beskrive dine erfaringer med hvordan du er blitt møtt og fulgt opp av personell fra hjemmetjenesten på. Samarbeidet mellom deg og din kontaktperson/koordinator vil være et sentralt tema. Her vil du bli spurt om hvordan du og din kontaktperson har samarbeidet om planleggingen og gjennomføringen av den hjelpen du har fått. Det er viktig å understreke at intervjuet skal handle om hvordan du har opplevd selve samarbeidet med tjenesten. Det blir helt opp til deg selv i hvilken grad du ønsker å beskrive noe fra ditt eget liv som har sammenheng med måten dere har samarbeidet på.

Deltakelse i undersøkelsen er frivillig. Det vil ikke få noen konsekvenser for deg, ditt forhold til hjemmetjenesten eller til noen av de ansatte dersom du ikke ønsker å delta. Selv om du sier ja til å delta i undersøkelsen i dag, kan du når som helst trekke deg eller avbryte intervjuet når du måtte ønske det uten å oppgi grunn og uten at det vil ha konsekvenser for din nåværende eller framtidige oppfølging fra hjemmetjenesten. Den informasjon jeg allerede har fått, vil da bli slettet dersom du skulle ønske det.

Dersom du sier ja til å delta, kan du gi muntlig svar om dette til en av de ansatte fra hjemmetjenesten, og jeg vil kontakte deg for å avtale tid for intervju. Du får to eksemplarer av dette informasjonsskrivet som også inneholder en samtykkeerklæring. Det ene eksemplaret beholder du selv, det andre kan du levere til



**UNIVERSITETET I OSLO**  
**DET MEDISINSKE FAKULTET**

SIDE 2 AV 3

meg med din underskrift før intervjuet starter. Sted for intervjuet kan avtales etter hva som passer best for deg. Intervjuet vil vare ca 1 – 1,5 time, og samtalen vil bli tatt opp på lydbånd. Bruk av lydbånd ønskes for å sikre at det du beskriver blir nøyaktig oppfattet, og at intervjuet kan forløpe mer som en samtale. Du må gjerne bruke 3-4 dager på å tenke igjennom om du ønsker å delta eller ikke.

Som sykepleier og forsker har jeg taushetsplikt. Verken de ansatte i hjemmetjenesten eller andre vil få vite hva du har sagt i intervjuet. Lydbåndene og utskriftene fra disse merkes kun med en tallkode, ikke navn og vil bli oppbevart nedlåst. Resultatene fra undersøkelsen skal offentliggjøres i en mastergradsoppgave. Alle opplysninger slettes når studien avsluttes, senest 31.12.2008. Det er ingen risiko for deg forbundet med denne undersøkelsen, men du vil kanskje synes det er krevende å bli intervjuet. Dine erfaringer vil være med på å gi kunnskap om en arbeidsform der målet er å styrke helsepersonells muligheter til å bidra til en bedre livssituasjon for deg og andre hjemmeboende eldre med et hjelpebehov.

Jeg er sykepleier og mastergradsstudent ved Institutt for sykepleievitenskap og helsefag, Universitetet i Oslo der jeg for tiden planlegger gjennomføringen av denne studien. Dersom du har spørsmål om deltakelse eller selve studien, kan du kontakte meg direkte på telefon: 906 30 477 eller spørre din kontaktperson i hjemmetjenesten. Dette gjelder også hvis du har spørsmål og kommentarer i etterkant av intervjuet. Min veileder og faglig ansvarlig for undersøkelsen er førsteamanuensis Ådel Bergland, Institutt for sykepleievitenskap og helsefag, Universitetet i Oslo. Tlf. 22 85 05 75

Med vennlig hilsen

Wenche Merete Hansen



**UNIVERSITETET I OSLO**  
DET MEDISINSKE FAKULTET

SIDE 3 AV 3

### Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt informasjon om studien og samtykker herved til deltakelse i intervju om mine erfaringer fra samarbeid med hjemmetjenesten i NN kommune.

Sted/Dato: \_\_\_\_\_

Underskrift: \_\_\_\_\_



# Vedlegg 9 Informasjonsskriv, koordinatører



UNIVERSITETET I OSLO  
DET MEDISINSKE FAKULTET

SIDE 1 AV 3

INSTITUTT FOR SYKEPLEIEVITENSKAP OG  
SEKSJON FOR SYKEPLEIEVITENSKAP  
POSTBOKS 1153 BLINDERN  
N-0318 OSLO

DATO: 26.10.07

## **Individuell livskvalitetsorientert og helhetlig planlegging, IPA-tilrettelegger, i hjemmebasert omsorg – en studie av tjenestemottakeres og helsepersonells erfaringer**

Jeg er sykepleier og mastergradstudent ved Institutt for sykepleievitenskap og helsefag, Universitetet i Oslo der jeg for tiden arbeider med en studie om erfaringer fra bruk av IPA-tilrettelegger som arbeidsform i tjenesteutøvelsen. Jeg ønsker å gjennomføre min studie i hjemmetjenesten i kommuner der IPA-tilrettelegger har vært i bruk over tid. Du forespørres herved om å delta i denne undersøkelsen.

Studiens hensikt er å få kunnskap om eldre tjenestemottakeres og helsepersonells erfaringer når IPA-tilrettelegger brukes som arbeidsform i samhandlingen mellom tjenesteutøver og bruker i hjemmebasert omsorg. Kunnskap om bruker- og utøvererfaringer med IPA-tilrettelegger antas å være av verdi for feltet der studien gjennomføres og for andre virksomheter som ønsker å ta arbeidsformen i bruk. Erfaringene kan gi helsepersonell nyttig kunnskap om arbeidsformen i videre bruk og utvikling av metoden.

Intervju vil bli benyttet som metode for innsamling av data fra tjenesteutøvere. Jeg vil gjerne snakke med helsepersonell i hjemmebasert omsorg som er koordinatører, og har mer enn to måneders erfaring med bruk av IPA-tilrettelegger i forhold til hjemmeboende eldre over 67 år. Intervjuets tema vil være dine erfaringer fra bruk av IPA-tilrettelegger i samhandling med tjenestemottakerne. I løpet av intervjuet vil samtalen komme innpå IPA-tilrettelegger som verdigrunnlag, arbeidsprosess og verktøy for dokumentasjon av individuell planlegging. Intervjuet vil vare 1 – 1,5t og kan gjennomføres når det passer deg i løpet av arbeidsdagen eller på et annet tidspunkt. Deltakelse i prosjektet er frivillig. Du kan når som helst og uten å oppgi grunn, trekke deg fra prosjektet uten at dette får noen konsekvenser for deg.

Intervjuet ønskes tatt opp på lydband for å sikre at dine beskrivelser blir nøyaktig oppfattet, og at intervjuet kan forløpe mer som en samtale. Lydbåndene og utskriftene fra disse merkes med en tallkode,



## UNIVERSITETET I OSLO

### DET MEDISINSKE FAKULTET

SIDE 2 AV 3

ikke navn og vil bli oppbevart nedlåst. Det du sier i intervjuet, vil derfor ikke være tilgjengelig for andre enn meg som forsker og min veileder. Videre vil dine uttalelser ikke bli gjengitt i studien på en slik måte at du kan identifiseres. Resultatene fra studien skal offentliggjøres i en mastergradsoppgave. Alt datamateriale vil bli slettet når studien er avsluttet, senest 31.12.2008. Undersøkelsen er godkjent av Regional etisk komite for medisinsk forskningsetikk (REK). Godkjenning er også søkt Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD).

Dersom du ønsker å delta i studien, bes du undertegne samtykkeerklæringen under og levere den til meg i forkant av intervjuet. Det er vedlagt to informasjonsskriv hvorav det ene er ditt eksemplar. Du kan gi en muntlig tilbakemelding til din leder i hjemmetjenesten dersom du kan tenke deg å delta. Hvis ja, vil jeg kontakte deg for å avtale tid og sted for intervjuet.

Dersom du har spørsmål om deltakelse eller om selve studien, kan du kontakte meg direkte, din leder i hjemmetjenesten eller prosjektansvarlig ved Universitetet i Oslo, førsteamanuensis Ådel Bergland. Dette gjelder også hvis du har spørsmål eller kommentarer i etterkant av intervjuet.

Oslo, den

Med vennlig hilsen

Wenche Merete Hansen, mastergradstudent

E-post: [w.m.hansen@studmed.uio.no](mailto:w.m.hansen@studmed.uio.no)

Tlf. 906 30 477

Prosjektansvarlig og veileder:

Førsteamanuensis Ådel Bergland

Institutt for sykepleievitenskap og helsefag

Universitetet i Oslo

Tlf. 22 85 05 75

E-post: [adel.bergland@medisin.uio.no](mailto:adel.bergland@medisin.uio.no)



**UNIVERSITETET I OSLO**  
DET MEDISINSKE FAKULTET

SIDE 3 AV 3

### **Samtykkeerklæring**

Jeg har mottatt informasjon om studien og samtykker herved til deltakelse i intervju om mine erfaringer fra bruk av IPA-tilrettelegger i samhandling med eldre, hjemmeboende tjenstemottakere i NN kommune.

Sted og dato: \_\_\_\_\_

Underskrift: \_\_\_\_\_





# Vedlegg 10 Temaguide, brukerintervju

## Briefing

- Presentasjon
- Innhenting av samtykkeerklæring
- Formål med intervjuet
- Rettigheter knyttet til deltakelse
- Bruk av lydbånd
- Eventuelle spørsmål og avklaringer

## Innledende spørsmål

- Har du en kontaktperson? Hvis ja, omtrent hvor lenge har vedkommende vært din kontaktperson?
- Kan du beskrive hvordan du har opplevd samarbeidet med kontaktpersonen din?
- Har du opplevd noen utfordringer i dette samarbeidet?

## TEMAOMRÅDER

### 1. Kontakt og dialog med koordinator

- Hvordan synes du kontakten mellom deg og kontaktpersonen din er/har vært?
- Hva har etter din mening vært viktig for å få denne kontakten?
- Kan du si litt om hva kontakten og samtalene med kontaktpersonen din har betydd for deg?

### 2. Målrettet planlegging

- Kan du beskrive hvordan dere har samarbeidet om planleggingen av den hjelpen du har fått?
- Har du opplevd noen utfordringer/vanskeligheter underveis?

## Eventuelle støttespørsmål

- I hvilken grad har dere snakket om hva som har vært viktig for deg i livssituasjonen din? (behov, ønsker, mål)
- Satte du deg noen mål?
- Kan du fortelle hvordan dere har arbeidet for å nå målene?
- Hvordan vil du beskrive din rolle i arbeidet?
- Hvilken rolle har kontaktpersonen din spilt?
- Har dere samarbeidet med andre fagpersoner underveis?
- Fikk du noe informasjon/veiledning?
- Har dere underveis snakket om hvordan arbeidet gikk og om hva du synes?
- Hvordan har du opplevd å arbeide mot egne mål?
- I hvilken grad nådde du dit du ønsket?
- Hva var viktig for å nå disse målene?
- Hvilken betydning har det hatt for deg å nå målene dine?

### 3. Dokumentasjonsverktøyet i IPA-tilrettelegger

- Ble målene og det som ble gjort for å nå disse, skrevet ned i en plan?
- Hvis ja, kan du fortelle litt om hvordan dere brukte planen?
- Hvilken betydning mener du at denne planen har hatt?

#### **4. Arbeidsmetodens verdigrunnlag**

- Hva har det betydd for deg å ha en fast kontaktperson?
- Hva har vært det viktigste for deg i samarbeidet med kontaktpersonen din?

#### **Eventuelle støttespørsmål**

- Hvordan vil du beskrive måten du har blitt møtt på som person i dette samarbeidet?
- I hvilken grad har du opplevd å:
  - bli hørt i forhold til behov, meninger og ønsker?
  - medvirke i planlegging og gjennomføring av tiltak?
  - få ansvar selv i samarbeidet?
- I hvilken grad mener du at dine ønsker og mål har hatt betydning for den hjelpen du har fått?

#### **5. Avslutning**

Alt i alt – er det andre ting enn de vi har snakket om som du synes er viktig når det gjelder samarbeidet med kontaktpersonen din?

#### **Konkretiserende og utdypende spørsmål (Gjelder alle temaområdene)**

- Kan du si litt mer om det?
- Forstår jeg deg rett når jeg oppfatter at du sier.....?
- Er det noe annet du vil fremheve når det gjelder .....
- Kan du gi noen eksempler?

#### **Debriefing**

- Synspunkter på intervjuet
- Informasjon om studiens videre forløp
- Informasjon om håndtering og oppbevaring av data

# Vedlegg 11 Temaguide, koordinatorintervju

## Briefing

- Presentasjon
- Innhenting av samtykkeerklæring
- Formål med intervjuet
- Rettigheter knyttet til deltakelse
- Bruk av lydbånd
- Eventuelle spørsmål og avklaringer

## Innledende spørsmål

- Hvordan vil du beskrive dine erfaringer fra bruk av IPA-tilrettelegger i arbeidet som koordinator overfor eldre, hjemmeboende tjenestemottakere?
- Har du erfart noen utfordringer med denne måten å arbeide på?
- Er det noe annet ved denne arbeidsformen som du særskilt vil fremheve?

## TEMAOMRÅDER

### 1. Kontakt og dialog med tjenestemottaker

- Kan du beskrive dine erfaringer når det gjelder kontakt og dialog med brukerne?
- Hvilken betydning har du opplevd at kontakten og dialogen har hatt for brukerne?
- Erfarte du noen utfordringer underveis?

### 2. Målrettet planlegging

- Kan du beskrive dine erfaringer fra arbeidet med å realisere brukernes livskvalitetsmål?
- Hvilken betydning har du erfart at arbeidet mot målene har hatt for brukerne?
- Hva førte dette arbeidet til for brukerne?
- Erfarte du noen utfordringer underveis?

## Eventuelle støttespørsmål

- Hvordan har dere samarbeidet for å finne fram til brukernes livskvalitetsmål?
- Hvordan har dere arbeidet for å nå disse målene?
- I hvilken grad nådde brukerne målene sine?
- Hvilken betydning har det hatt for brukerne å nå målene sine?
- Kan du beskrive hvordan du og brukerne har evaluert arbeidet?
- I hvilken grad har brukernes mål og arbeidet mot dem påvirket deres tjenestetilbud?

### 3. Dokumentasjonsverktøyet i IPA-tilrettelegger

- Hvilke erfaringer har du med bruk av individuell plan (IP) i IPA-tilrettelegger?
- Erfarte du noen utfordringer med bruk av IP?

## Eventuelle støttespørsmål

- I hvilken grad ble planleggingsprosessen nedfelt i en individuell plan?
- Hvordan har IP blitt brukt i samhandlingen mellom deg og brukerne?

### 4. Påvirkende faktorer

- Hvordan vil du beskrive din rolle i brukernes prosesser mot egne mål?

- Hvordan vil du beskrive brukernes rolle i prosessen?

#### Eventuelle støttespørsmål

- Hva har vært viktig for å oppnå og opprettholde kontakt og dialog?
- Hva har vært viktig for å lykkes med målprosessene?

#### **5. Arbeidsmetodens verdigrunnlag**

- I hvilken grad har du erfart at verdiene i IPA-tilrettelegger har blitt realisert i samhandlingen med brukerne? I tilfelle hvilke verdier?

#### Eventuelle støttespørsmål

- I hvilken grad har samhandlingen basert på IPA-tilrettelegger hatt betydning for deltakelse, kontinuitet, verdighet og helhet?
- I hvilken grad har du opplevd at arbeidet i henhold til IPA-tilrettelegger har bidratt til å utløse ressurser hos brukerne?

#### **6. En annerledes tjenesteutøvelse?**

- I hvilken grad har du opplevd at arbeidet basert på IPA-tilrettelegger skiller seg fra pleie- og omsorgstjenester uten denne arbeidsmetoden?
- Hvilke forskjeller har du i tilfelle erfart?

#### Eventuelle støttespørsmål

- Dersom du opplevde endringer hos brukerne, i hvilken grad mener du at disse også ville vært oppnådd gjennom tradisjonell tilnærming/arbeidsmåte?
- Har arbeidsformen påvirket ditt forhold til brukerne? I tilfelle hvordan?

#### **7. Avslutning**

Alt i alt – er det andre forhold enn de vi har snakket om som du synes er viktig å si noe om når det gjelder dine erfaringer med IPA-tilrettelegger?

#### **Konkretiserende og utdypende spørsmål (Gjelder alle temaområdene)**

- Kan du si litt mer om det?
- Forstår jeg deg rett når jeg oppfatter at du sier.....?
- Er det noe annet du vil fremheve når det gjelder .....
- Kan du gi noen eksempler?

#### **Debriefing**

- Synspunkter på intervjuet
- Informasjon om studiens videre forløp
- Informasjon om håndtering og oppbevaring av data

## Vedlegg 12 IPA-tilrettelegger

### ”IPA tilrettelegger”

#### Noen ord om bakgrunnen

Noe av den ideologiske tenkningen bak IPA tilrettelegger kan spores tilbake til første halvdel av 1970-tallet, da Professor Ivar Lie lanserte ”Gap-modellen” som beskriver funksjonshemming som et misforhold mellom personens forutsetninger på den ene siden og omgivelsenes krav på den andre. Re-/habilitering handler om å redusere dette misforholdet, eller ”gapet”, og innsatsen må da rette seg mot å utvikle personens forutsetninger, men også å tilpasse og tilrettelegge omgivelsene, - fysisk, men også hva angår holdninger, rammer og forståelse. Dette var den første beskrivelsen av en biopsykososial forståelsesmodell for funksjonshemming og rehabilitering. Denne beskrivelsen er etterfulgt av utviklingen fra ICIDH (International Classification of Impairment, Disability and Handicap) utviklet av WHO på siste halvdel av 1970-tallet til ICIDH II, og videre til ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health), som kom i sin endelige form ved århundreskiftet.

Den biopsykososiale forståelsesmodellen representerer en syntese av en mer tradisjonell medisinsk forståelsesmodell og en sosial forståelsesmodell, som gjorde seg gjeldende på 1970 tallet og frem mot medio 1990. Denne syntesen setter fokus på den gjensidige avhengigheten mellom,

- det å delta i samfunnet og i eget liv
- funksjoner og funksjonsnivå
- kontekstuelle faktorer
- og opplevelse av egen helse, somatisk og mentalt

**Og, der målet med ethvert tiltak nettopp er å fremme det enkelte menneskes muligheter til å delta i samfunnet, og i det liv som oppleves viktig og meningsfullt for vedkommende.**

Det var mange som bidro til denne utviklingen. Ikke minst empowermentbevegelsen og independent living bevegelsen i USA og Canada. Mange brukerorganisasjoner sto sterkt på i dette arbeidet, men også ulike fagpersoner innen området. Flere nasjonale og internasjonale fora drøftet saksområdet, og bidro på sine måter i utviklingen av tenkningen.

Vi finner også at mye av den samme tenkningen ligger bak utviklingen av motivasjonsteorien og den internasjonale bevegelsen knyttet til Appreciative Enquiry, der fokus rettes mot det som utløser egne drivkrefter og egen mestring.

Flere metoder og instrumenter ble utviklet i kjølvannet av denne prosessen. Vi kan nevne Problem Elicitation Techniques (PET), Life Strength Interview (LSI), Rehabilitation Activities Profile (RAP), og en rekke ADL orienterte instrumenter. De fleste av disse bærer imidlertid noe preg av ICIDH tenkningen fortsatt. De er fremdeles noe ferdighetsorienterte i form og innhold, og er i hovedsak basert på fagpersoners vurderinger.

Instrumentene COPM (Canadian Occupational Performance Measure) og CAPA (Community Adaptive Planning Assessment) representerer tilnærminger som retter fokus mer mot enkeltpersoners individuelle mål. De representerer tilnærminger basert på samtaler mellom fagpersonen og personen det gjelder. Begge instrumentene er imidlertid noe begrenset ved å være aktivitetsorienterte alene.

I perioden fra 1997 til slutten av 1998 ble innholdet i stortingsmeldingen ”Ansvar og Meistring. Mot ein heilskapleg rehabiliteringspolitikk” utarbeidet. Denne meldingen bygger på utviklingstrekkene som er antydnet ovenfor, og bidrar til en verdibasert rehabiliteringstilnærming.

Vi som står bak utviklingen av ”IPA tilrettelegger” har aktivt fulgt med i, og selv også bidratt i utviklingen av en verdibasert tenkning innen rehabilitering. Dette har vi hatt anledning til gjennom tett og interaktivt samarbeid med mange ressurssterke personer innen området, nasjonalt og internasjonalt, og ved eget utviklingsarbeid.

Det startet med utviklingen av det nasjonale systemet for formidling av tekniske hjelpemidler i Norge, med hjelpemiddelsentraler og det faglige innholdet i formidlingsprosessene. Det omfattet oppbygging av et nasjonalt kompetansesenter innen området, og de faglige utviklingsprosessene gjennom drøftingene i Rådet for tekniske tiltak for funksjonshemmede. Det omfatter deltakelse i et omfattende nordisk samarbeid, dels i regi av Nordiska Nämnden för Handicapfrågor, og dels gjennom samarbeid mellom nordiske institusjoner. Videre ved deltakelse i et omfattende internasjonalt samarbeid, gjennom ulike FN organisasjoner, ved deltakelse i en rekke faglige organisasjoner og fora, og gjennom medvirkning i forskningsprogrammet i EU.

Vår ideologiske forankring av hjelpemiddelformidling var basert på en bottum-up tenkning, der senter er personen det gjelder. Vi var opptatt av helhet, men den gang mer knyttet opp til de ulike livsarenaene alene. Vi var opptatt av prosessene og metodene i formidlingsarbeidet, nettopp ut fra en bottum-up tilnærming.

I anledning deltakelse av EU-prosjektet CERTAIN (Cost-Effective Rehabilitation Technology through Appropriate Indicators) fikk vi anledning til å utvide vår tenkning knyttet til helhet, til også å identifisere viktige domener knyttet til livskvalitet. Aktiviteter alene gir ikke livskvalitet. Den er sterkt avhengig også av forhold knyttet til indre relasjoner (selvfølelse, trygghet, opplevelse av kontroll), ytre relasjoner (relasjoner med andre mennesker), så vel som opplevelse av egen helse.

I 1997-98 fikk vi anledning til å benytte vår forståelse av helhet og verdibasert tenkning i en undersøkelse knyttet til eldre menneskers møter med tjenestesystemet, på sykehus og i egen kommune.

Og, i 1998 ga prosjektstøtte fra Sosial- og helsedepartementet oss anledning til å utvikle metoder og verktøy i praktisk rehabiliteringsarbeid, basert på denne tenkningen. Dette var et utviklingsarbeid som skjedde i et interaktivt og lærebasert samarbeid med tre kommuner.

Dette arbeidet ble etterfulgt av et samarbeid med fire kommuner, som ble muliggjort av midler fra Lions røde fjær aksjon. Dette prosjektet ga oss muligheter til å arbeide kontinuerlig over lengre tid, med utprøving og videre utvikling.

I ettertid har vi hatt samarbeid med et stort antall kommuner og institusjoner om utprøving og videreutvikling av metoden, herunder også UoD-prosjekter og Flink med folk-prosjekter finansiert av Kommunenes Sentralforbund.

En av de største utfordringer innen rehabilitering, også innen pleie og omsorg, innen rus, psykiatri mv, er å se mennesket bak sykdom, funksjonsnedsettelse, avvik og problemer, og å lokke fram det som kan tenne livsgnist, motivasjon og drivkrefter. Dette kan være vanskelig når tjenestesystemer, fagpersoner, også brukere/pasienter selv, forventer at en setter fokuset på diagnose, funksjonstap og problemer. Det er dette fokuset som utløser tiltak og tjenester.

Derfor handler IPA tilrettelegger ikke bare om metodiske tilnærminger og dokumentasjonsverktøy. Det handler først og fremst om grunnleggende verdier, holdninger og rolleforståelse. Det handler om hva en gjør og når i møtet med den enkelte person. Det handler om bruk av ord og begrep, og vår forståelse av disse. For eksempel signaliserer ordet ”kartlegge” en helt annen tenkning og tilnærming enn ordet ”avklare”. Vi kan kartlegge funksjoner og problemer. Vi kan ikke kartlegge enkeltpersoners livskvalitet. Men, vi kan **avklare** livskvalitet og forutsetninger for denne. Ordet kartlegge kan forbindes med makt og ”jeg vet best”. Makt er uforenlig med avklaring av enkeltmennesker livskvalitetsmål.

IPA tilrettelegger var opprinnelig utviklet i forbindelse med habilitering/rehabilitering og bruk av individuelle planer. I dag anvendes IPA tilrettelegger også innen pleie og omsorg, psykiatri, rusomsorg, sosialtjenester, atferd. Metoden skal anvendes på tvers av ulike tjenesteaktører og sektorer, med utgangspunkt i enkeltmenneskets helhetlige situasjon. Metoden kan anvendes uavhengig av om konklusjonene i prosessen skal dokumenteres i det vi kaller individuelle planer. Men, uavhengig av om prosessen formelt defineres som en individuell plan-prosess er det viktig å avklare mål og retning, før en fattar vedtak om tiltak. Det er viktig å dokumentere sammenhengen mellom mål og tiltak, og det er viktig å evaluere og eventuelt revurdere. Alt dette er sentrale elementer i IPA tilrettelegger-basert tilnærming.

IPA tilrettelegger omfatter verdigrunnlaget, metoder/tilnærminger, rollebeskrivelser og dokumentasjonsverktøy. Rollebeskrivelser for de ulike aktørene er beskrevet i mer detalj i tiden etter 2004.

Rehab-Nor mai 2011

Øivind Lorentsen

Alf Reiar Berge

Verdigrunnlaget i IPA-tilrettelegger er ikke vedlagt av plasshensyn

Oslo, den 3.06.11

Wenche M. Hansen



# IPA tilrettelegger



## Individuelle planer - helhet og livskvalitet

Verdigrunnlag, praktisk tilnærming  
og dokumentasjonsverktøy

# IPA tilrettelegger

Individuelle planer -  
helhet og livskvalitet

Verdigrunnlag, praktisk tilnærming  
og dokumentasjonsverktøy

IPA tilrettelegger er Rehab-Nors eiendom. Den leveres kun ut til deltakere i mer omfattende opplærings- og samarbeidsprosesser, der verdigrunnlag og prinsipper som skal styre arbeidet med individuelle planer er sterkt vektlagt.

Det er således forbudt å kopiere/distribuere hele eller deler av IPA tilrettelegger ut over det den enkelte innehaveren trenger til eget bruk, uten skriftlig avtale med Rehab-Nor. Det er videre forbudt å bruke hele eller deler av IPA tilrettelegger i opplæring/undervisning uten skriftlig avtale med Rehab-Nor.

# IPA tilrettelegger



## Individuelle planer - helhet og livskvalitet

Verdigrunnlag, praktisk tilnærming og dokumentasjonsverktøy

### Innhold:

#### Del 1: Informasjon:

- "Kort om IPA tilrettelegger" (1 side)
- "Hvorfor individuell plan" (1 side)
- "Innføring" (4 sider)
- "Hva inneholder planprosessen?" (1 side)
- "Samtaler om brukers mål" (7 sider)
- "Roller i arbeidet med individuelle planer" (4 sider)
- "Informasjon om individuell plan" (folder, 2 sider)

#### Del 2: Dokumentasjonsverktøy (skjema):

- "Samtykkeerklæring" (1 side)
- "Logg" (1 side)
- "Sirkelen" (1 side)
- "Samtale om livskvalitetsmål, notater" (1 side)
- "Forside for individuell plan" (1 side)
- "Bruker og nettverk" (2 sider)
- "Individuell plan" (1 side)
- "Måloppnåelse" (1 side)

Skjemaene følger også med på diskett i Word-format (for utfylling på PC, anbefales).

#### Del 3: Verdigrunnlaget:

- "IPA tilrettelegger, verdigrunnlaget" (19 sider)



## Kort om IPA tilrettelegger

**IPA tilrettelegger** er et resultat av flere års samarbeid med engasjerte fagfolk i mange kommuner. Målet har vært:

- Å formulere så klart som mulig den ideologiske plattformen for arbeid med individuelle planer, en plattform som bla bygger på de siste årenes utvikling innenfor rehabiliteringstenkning såvel i Norge som internasjonalt.
- Å utvikle innfallsvinkler, praktisk metodikk, rutiner og dokumentasjonsverktøy som støtter oss og sikrer at vårt praktiske samarbeid med brukerne baseres på denne ideologien.

Mange etterspør "maler" for individuelle planer. Ofte tenker man da først og fremst på selve dokumentasjonsverktøyet, dvs skjemaene, som kan brukes. Som i enhver annen sammenheng: Verktøyet er viktig, også i arbeid med individuelle planer. Men langt viktigere er **fagpersonenes forståelse av roller, prosess og produkt**. Rehab-Nor fremhever derfor at verktøyene i seg selv er lite verdt, at de kanskje til og med kan misbrukes, dersom fagpersonene som skal bruke dem ikke har en klar og bevisst forankring i den ideologiske plattformen som verktøyene er ment brukt i forhold til, og som samhandlingsprosessene med bruker skal bygge på.

**IPA tilrettelegger** inneholder derfor en oppsummering av verdigrunnlaget og de ulike partenes roller (brukerens, personlig koordinators, systemkoordinators m fl), i tillegg til flere dokumentasjonsverktøy.

De dokumentasjonsverktøyene som inngår er blitt utviklet og har vist seg å være nyttige i praksis i de kommunene og institusjonene Rehab-Nor samarbeider med. I denne versjonen er det således kommet med materiale som er utviklet gjennom programmet "Eldre personer - helse og livskvalitet" i kommunene Askim, Nedre Eiker, Tvedestrand, Ullensaker og Vestvågøy, samt prosjektet "Individuelle planer med fokus på livskvalitet" i Tvedestrand kommune. Med bakgrunn i det som er nevnt ovenfor understrekes det imidlertid at verktøyene i **IPA tilrettelegger** ikke kan stå alene. De er i seg selv ikke noen garanti for at grunnverdier som helhet, respekt, ansvar, brukermedvirkning og individuell livskvalitet blir realisert. Rehab-Nor forutsetter derfor at **IPA tilrettelegger** bare brukes av fagfolk som har brukt nødvendig tid på å gå inn i og å internalisere det verdigrunnlaget og de prinsippene for tilnærming og prosessorientert samarbeid med bruker og andre som ligger til grunn for de konkrete verktøyene. Kopiering og bruk av verktøyene i IPA tilrettelegger skal derfor bare skje etter skriftlig avtale med Rehab-Nor.

Et grunnleggende element i **IPA tilrettelegger** er vekten på **avklaring av individuelle, livskvalitetsorienterte og helhetlige mål som basis for utforming av tiltak**. Det er erfaringsvis her de største utfordringene ligger for fagpersonell som skal ta utfordringene knyttet til brukerfokus og respekt på fullt alvor.

Tiltakene kan vurderes som gode eller dårlige bare i forhold til om de samlet sett fører til et definert mål. Ivar Lie.



Rehab-Nor

## Hvorfor individuell plan?

Arbeidet med å utvikle og iverksette individuell plan skal systematisk og målrettet ta sikte på:

- Å utløse brukers ressurser, stimulere til aktiv deltakelse i eget ønsket liv, skape engasjement i egen situasjon, og mobilisere krefter til nye valg.
- Å bidra til at bruker blir seg sine livskvalitetsmål bevisst, og kan kommunisere dem.
- Å gi bruker forutsetninger for å gjøre egne valg og ta eget ansvar gjennom å bygge opp hans/hennes kunnskaper og forståelse om medisinsk og funksjonell status og prognose, om rettigheter, forpliktelser og ansvar, om muligheter, begrensninger og ”omkostninger” knyttet til ulike mulige løsninger (tid, krefter, belastning på andre mv).
- Å bidra til at bruker tar ansvar for å prioritere og å nå livskvalitetsmålene.
- Å bidra til, på en helhetlig måte, at alle tiltak som iverksettes er koordinerte og er rettet mot brukers livskvalitetsmål.
- Å støtte brukers aktive deltakelse i eget ønsket liv gjennom individuelt tilrettelagt tjenesteyting.
- Å utnytte ressursene (kompetanse, tid, penger) effektivt (produktivitet og kvalitet).



Rehab-Nor

## Innføring

Hva omfatter IPA tilrettelegger?

IPA tilrettelegger utgjør et samlet konsept for arbeid med individuelle planer. Det omfatter grunnleggende ideologi, arbeidsprosesser, metoder, praktiske rutiner og tilnærminger, samt dokumentasjonsverktøy for arbeid med helhetlige individuelle planer med fokus på personens livskvalitet.

Hva betyr "IPA tilrettelegger"?

I dette notatet anvendes begrepet "person" om den som skal få utviklet individuell plan. Tidligere er andre betegnelser brukt, bla "bruker", "beboer", "pasient", "klient" osv.

IPA er en forkortelse for individuelt prioriterte aktiviteter og gjøremål, indre og ytre relasjoner. Fokus rettes mot det som er viktig for den enkelte person, - av livsinnhold og livskvalitet.

Det som er viktigst for personens opplevelse av livskvalitet og mening skal være styrende.

### Hovedtrekk ved IPA tilrettelegger

Personen står i sentrum for IPA tilrettelegger, - dvs personens verdier og integritet som menneske. Det som er spesielt viktig for personens opplevelse av livskvalitet og mening, og brukerens prioriteringer er styrende i forhold til tiltak og tjenester som settes inn. Dette kaller vi personens livskvalitetsmål. Tiltakene må imidlertid skje innen de muligheter og ressurser som tjenesteyter har til rådighet, og det ansvar og de forpliktelser den enkelte personen selv har for sine omgivelser og livssituasjon.

Personens og fagfolkenes roller er avhengige av om en arbeider med mål eller tiltak.

Mens personen det gjelder vet best om innhold og verdier i eget liv ut fra den aktuelle livssituasjonen til enhver tid, er det som regel fagapparatet som vet best om ulike mulige tiltak. Derfor vil rollene i målavklaringsfasen være ulike rollene når tiltak drøftes og planlegges. Likeledes vil arbeidsprosessene og arbeidsinnholdet være forskjellige i de ulike fasene.

IPA-tilrettelegger forutsetter nært samarbeid, - ved behov også over lenger tid.

IPA tilrettelegger forutsetter "brukerorientert" arbeid, der utgangspunktet er personens ståsted til enhver tid. Dette stiller krav om nært og tillitsfullt samarbeid. Avhengig av individuelle behov må dette samarbeidet foregå over kortere eller lenger tid. Det kan omfatte sammensatte forhold. Andre ganger kan det være enkelt, alt avhengig av den enkelte personens situasjon.

Avklaring av brukers livskvalitetsmål er sentralt.

Noen hovedpunkter i arbeidsprosessen med IPA tilrettelegger er illustrert i "Hva inneholder planprosessen?" som følger etter denne innføringen.

Krever trygge samtaler som kombinerer naturlig flyt med en viss struktur.

Sentralt i IPA tilrettelegger står metoder og tilnærminger for å avklare individuelle mål. Vi snakker om samtaleprosesser der en skal skape trygghet mellom personen og koordinatoren, og der hensikten er å avklare personens individuelle livskvalitetsmål. Det er viktig at samtalene følger en naturlig linje med utgangspunkt i personens ståsted, og ikke blir styrt av koordinatoren. Samtidig er det viktig at koordinatoren har en struktur i bakhånd som over tid sikrer at samtalene fanger opp helheten i forhold til personen og livssituasjonen. IPA tilrettelegger tilbyr en slik struktur.

I det følgende omtales kort noen sentrale begreper i IPA tilrettelegger.

Hver bruker skal ha sin personlige koordinator.

### Personlig koordinator

Hver person som har behov for individuell plan skal ha en personlig koordinator. Dette er en fagperson med et overordnede ansvar for helhet, sammenheng og målstyring i arbeidet med individuell plan. Personlig koordinator skal således være både personens primære kontaktperson og ”prosessfullmektig” i forhold til utarbeidelse og iverksetting av individuell plan.

Livskvalitet består av fire viktige livskvalitetsdomener

### Livskvalitetsdomener

Livskvalitet kan deles inn i fire livskvalitetsdomener:

- Helse. Avklare helsesituasjonen, og behov knyttet til diagnostikk og behandling.
- Individuelt prioriterte aktiviteter og gjøremål i døgnet 24 timer, - også inkludert spesielle merkedager.
- Indre relasjoner. Forhold knyttet til selvfølelse, selvilde, opplevelse av trygghet og kontroll.
- Ytre relasjoner. Relasjoner knyttet til andre mennesker.

Fire viktige livsarenaer

### Livsarenaer

Livsarenaene er: Hjem, fritid, skole og utdanning (livslang læring), arbeid, og tjenestearenaen. Tjenestearenaen tas med siden mange personer med kroniske lidelser og andre mennesker med spesielle behov befinner seg mye nettopp på denne arenaen.

Gi mest mulig relevant kunnskap til personen

### Kompetanseheving

Kompetanseheving omfatter det å gi personen kunnskap om helsesituasjon og prognose, om rettigheter, mulige tiltak og tilgjengelige ressurser, om krav som stilles til personen selv og hennes/hans eget ansvar ut fra den aktuelle situasjon. I tillegg kommer eventuelle strategier for å motivere, og det å fremme trygghet og kontroll slik personen ser det.

Alle tiltak, også de som personen selv må ta ansvar for

### Tiltak

Tiltak omfatter både mulige tilbud og tiltak som ulike tjenesteytere kan ta ansvaret for, og tiltak som personen selv eller personens eget nettverk kan ta ansvar for.

Nødvendig å vite om tiltak fungerer og eventuelt gjøre endringer underveis.

Viktighet uttrykker hvor viktig målet er for bruker.

Måloppnåelse uttrykker i hvor stor grad målet er oppnådd.

Individuell plan oppsummerer personens livskvalitetsmål, delmål, tiltak, ansvarlig for tiltak, tidsplan, resultat av evaluering og oppfølging. Individuell plan ajourføres fortløpende så lenge det er aktuelt med en plan.

For hvert tiltak som er besluttet skal det være en person som er ansvarlig for gjennomføringen.

## Evaluering

Rutiner og opplegg for å evaluere og re-evaluere er særdeles viktig med tanke på oppfølging og justering underveis i prosessen. De skal sikre at endringer i personens mål og situasjon for øvrig fanges opp i tide. De skal sikre at en klarlegger hva som oppnås, og hva som må justeres for å nå viktige mål for personen. Det er personens egen vurdering som skal ha fokus i evalueringen.

## Viktighet og måloppnåelse

Viktighet graderes fra 1 til 5, og uttrykker hvor viktig det enkelte målet er for bruker. I praksis vil en ofte ikke kunne arbeide for å nå alle personens mål samtidig. En må prioritere. IPA tilrettelegger understreker at denne prioriteringen må gjøres av personen selv.

Måloppnåelse graderes fra 1 til 5, og skal gjøre klart hvor langt fra eller hvor nær ved personen er i forhold til sine mål.

Utviklingen i måloppnåelse fra før til etter et tiltak er gjennomført kan således uttrykke effekten av et tiltaket.

## Individuell plan

Individuell plan omfatter individuelt prioriterte livskvalitetsmål, tiltak for å nå disse målene, navn på ansvarlige personer for gjennomføring av tiltakene, tidsplan for gjennomføring, tidspunkt for evaluering og klarlegging av grad av måloppnåelse, og eventuelle oppfølginger

Individuell plan tydeliggjør sammenhengen mellom mål og tiltak, det vil si hva som er hensikten er med tiltakene. Planen dokumenterer hvem som har ansvar for hva og når.

Individuell plan er ikke et produkt som er ferdig en gang for alle, men et verktøy som brukes så lenge det er hensiktsmessig, og som endres/ajourføres fortløpende gjennom hele prosessen.

I arbeid med individuelle planer starter vi med det som er viktigst ”nå”, og så følger vi opp andre saker, når dette er riktig i forhold til personens egne interesser og egen prosess.

## Ansvarlig person

Ansvarlig person for de enkelte tiltakene vil ofte være den fagperson som skal gjennomføre tiltaket (tiltakshaver) i samarbeid med bruker. Ofte kan imidlertid den personen planen gjelder, eller person i vedkommendes nettverk, være ansvarlig for enkelte tiltak.

Ofte vil tiltakene kreve at det fattes enkeltvedtak i en individuell plan. Planen bør da inneholde informasjon om hvilke tiltak det er fattet positive vedtak om, og hvem som står ansvarlig for dem.



## Avklaring og kartlegging er ikke det samme

Livskvalitetsmål kan avklares. Livskvalitetsmål kan ikke "kartlegges".

Funksjoner og funksjonsnivå kan kartlegges.

"Kartlegging" og "avklaring" knyttes til ulike forventninger om "makt".

IPA tilrettelegger skiller klart mellom avklaring og kartlegging. En fagperson kan kartlegge funksjonsnivå, bla ved hjelp av egnede kartleggingsverktøy. En fagperson kan ikke på tilsvarende måte kartlegge livskvalitetsmål. Begrepet "kartlegging" har ofte en betydning som innebærer at fagpersonen har makt. Dessuten gir det forventninger om en "objektivitet" som ikke samsvarer med innholdet i den prosessen vi ser for oss for avklaring av personens høyst individuelle og subjektive livskvalitetsmål.

I målavklaringsprosessen er utfordringen for koordinator å være en katalysator i en bevisstgjøringsprosess, der samtalen er et sentralt verktøy, og der hovedoppgaven er å lytte til, stimulere, støtte og respektere personen. Det vektlegges å gi makt til og å styrke personens egne kunnskaper om status, prognose, mulige tiltak og om tilgjengelige ressurser. Samtidig skal koordinator gi innspill som motiverer og, om nødvendig, uttrykker forventninger og stiller krav. Slike innspill skal være balanserte, og de skal gis når situasjonen tilsier at dette er riktig.

## Samtaleprosesser

Målet med samtale er å bli kjent med "mennesket bak diagnosen".

Vanskelige følelser og tanker kan også komme opp, og må håndteres profesjonelt.

Proessen er ikke lineær. Den kan gå mye "fram og tilbake".

Livskvalitetsmål kan like gjerne være "små" og konkrete som store og fjerntliggende.

IPA tilrettelegger inneholder også samtaleguide og ulike dokumentasjonsverktøy.

IPA tilrettelegger omfatter rammer og tilnæringer i samtaleprosesser. Innfallsvinkelen er samtaler som legger grunnlaget for å bli kjent med personen bak diagnosen eller "problemet", personens tidligere liv, interesser og livshistorie, når det er nødvendig. I situasjoner der livsinnhold av ulike årsaker må endres, kan det være aktuelt å komme inn på verdiene bak tidligere aktiviteter, interesser og indre og ytre relasjoner, med tanke på å finne fram til alternativer som kan oppleves som meningsfulle.

Arbeid i følge IPA tilrettelegger handler også om det å ta opp følelser og tanker, herunder også vonde følelser og tanker, og utfordringer i det å avslutte slike samtaler på en god og mest mulig konstruktiv og verdig måte. Det handler også om å håndtere på en profesjonell måte saker og livsinnhold som ikke harmonerer med koordinators verdinormer.

Arbeid i samsvar med IPA tilrettelegger følger som regel ikke en lineær prosess. Prosessen kan være rimelig rett fram, men den kan også være trinnvis og prøvende. Den tar utgangspunkt i brukers situasjon til enhver tid, ikke i strukturen i IPA tilrettelegger.

Det er viktig å understreke at livskvalitetsmålene ikke nødvendigvis må være store og omfattende. De kan like gjerne være tilsynelatende små og bagatellmessige. Det som er viktig, er at målene uttrykker hva som er viktig for personen å oppnå der og da, enten dette er "stort" og eller "smått". Det er også viktig å følge personens utvikling, slik at endringer i prioriteringer fanges opp i tide.

Som eksempler på støtteverktøy og dokumentasjonsverktøy i IPA tilrettelegger nevnes: Samtaleguide om livskvalitetsmål, logg, og individuell plan. I tillegg finnes flere dokumentasjonsverktøy som kan brukes ved ulike behov.

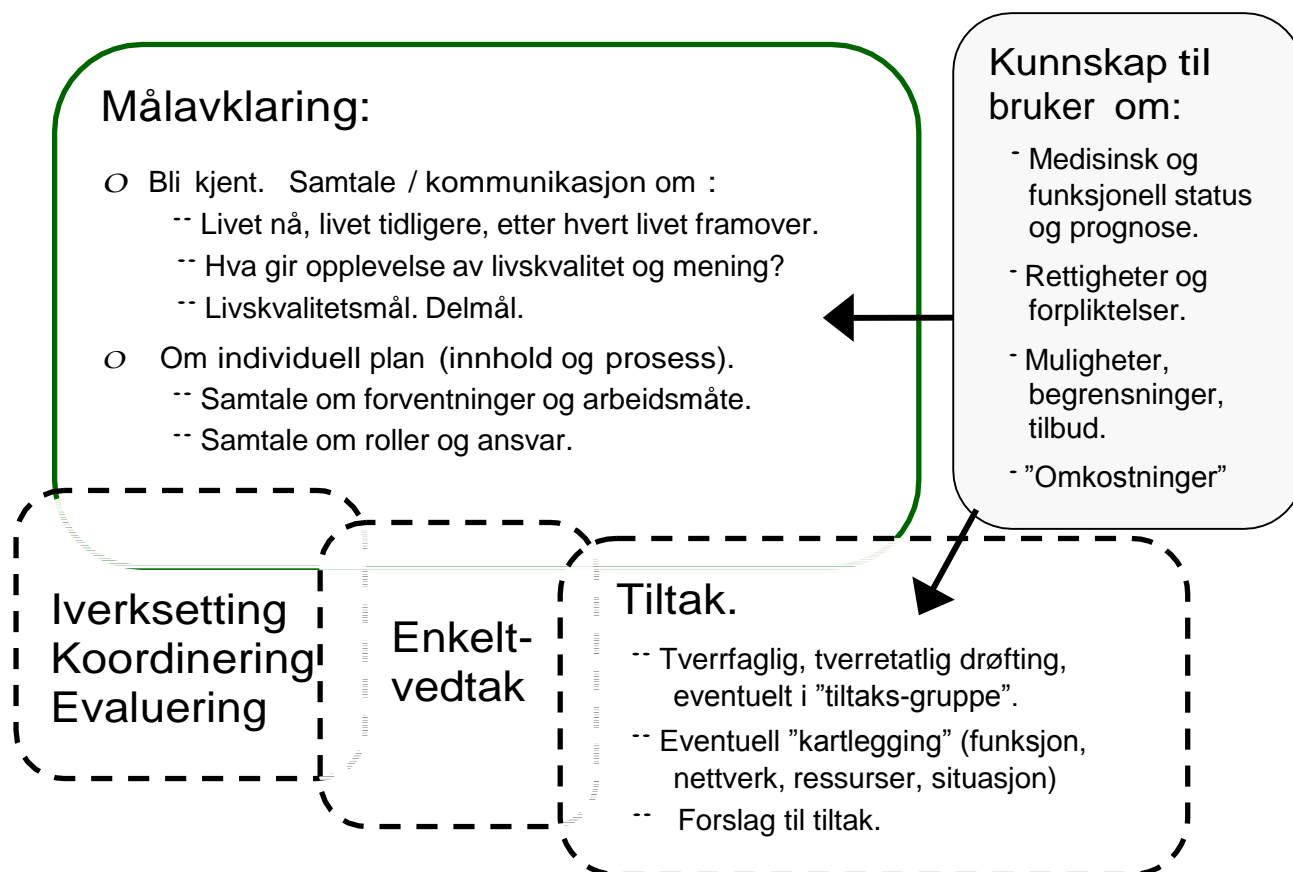


Rehab-Nor

## Hva inneholder planprosessen?

Utvikling av individuell plan er brukers prosess med koordinator som støtte. Den kan inneholde flere elementer, som griper inn i hverandre. De viktigste er vist i figuren nedenfor:

### Elementene i prosessen for utvikling av individuell plan.



En naturlig rekkefølge er:

- Målavklaring. Dette skjer i hovedsak gjennom en kommunikasjonsprosess mellom bruker og koordinator, der koordinator støtter, stimulerer, tilfører kunnskap og gir bruker nødvendig tid.
- Med basis i (eventuelt også som støtte til) målavklaringen gjennomføre eventuell kartlegging (av diagnose, funksjon, nettverk, ressurser, situasjon).
- Utvikle forslag til tiltak. I denne fasen kan det være nødvendig med tverrfaglig og/eller tverretatlig samarbeid som koordinator har ansvar for. Bruk av tverrfaglig gruppe ("tiltaksgruppe") kan være hensiktsmessig i deler av denne prosessen i enkelte saker. Noen ganger må det søkes om tiltak og fattes enkeltvedtak, eventuelle avslag kan gjøre det nødvendig å gå flere runder i forhold til forslag til tiltak.
- Iverksetting, gjennomføring og evaluering. Koordinering av alle tiltak i henhold til planen. Evaluering, og eventuelt revurdering.

**Viktig:** I praksis vil en oftest være på flere ulike trinn i prosessen samtidig: F eks kan enkelte mål være raske å formulere, og det kan være viktig at tiltak i forhold til disse iverksettes raskt, mens bruker trenger lenger tid for avklaring av mål på andre områder. Dessuten vil det underveis oftest være nødvendig å bevege seg fram og tilbake mellom elementene i figuren.



Rehab-Nor

## Samtaler om brukers mål

### Innledning

Hvordan komme i gang med samtalene om brukers mål?

Her finner du en liten innføring i gjennomføring og rammer for gjennomføring av de individuelle samtalene du som koordinator skal ha med bruker for avklaring av livskvalitetsmål. Det som står her gjelder for brukere som kan kommunisere rimelig godt, og som fungerer noenlunde bra kognitivt.

Barn og personer uten "egen stemme" krever andre måter å jobbe på.

For barn og personer uten "egen stemme" må tilnærmingen være annerledes. Da må du forsøke å få et så godt bilde av brukers egne interesser, ønsker og mål som mulig gjennom å kombinere de alternative informasjons- kildene som finnes: Kommunikasjon med nærpersoner som kjenner brukeren godt, observasjon, prøve løsninger og teste ut brukers reaksjoner mv. For personer med uttalt demens må du ta utgangspunkt i det liv den demente er tilstede i der og da, det vil oftest si en gang i fortiden. Vi vil imidlertid ikke komme nærmere inn på slike tilnærminger i denne omgang.

Ingen "oppskrift" på målavklaringsamtaler . Alle samtaler vil være ulike.

Det er viktig at du ikke oppfatter det som står her som en "standard-oppskrift". Hver bruker og hver brukers situasjon er spesiell, og hver samtale må derfor være spesiell og ulik samtalene med andre brukere. Det er svært viktig at samtalen tilpasses den enkelte bruker.

Samtalene må løpe naturlig. Pass på at dere kommer innom helheten i løpet av de samtalene dere har.

Samtidig som du som koordinator må ha en viss struktur i sin tilnærming, må samtalene ha et naturlig forløp. Samtalen skal løpe ustrukturert og naturlig i den enkelte situasjon, men innen en "usynlig" strukturert ramme, som sikrer at dere i løpet av de samtalene dere har etter hvert, og i brukers tempo, kommer innom alle de aktuelle delene av brukers helhet..

I teksten som følger benyttes ordet "bruker" på klient/pasient/tjenestemottaker.

## Første møte

Start med å fortelle om hensikten med samtalen: Ble bedre kjent, avklare hva som er viktig. Alle arbeider mot felles mål.

I første møte med bruker er det naturlig å ta utgangspunkt i det som er anledningen til at en møtes. Det kan eksempelvis være at bruker har bedt om en bestemt tjeneste eller et tiltak. Eller, det kan være at kommunen vil ønske å tilby en alternativ løsning til en bruker som allerede er inne i systemet. Etter å ha presentert deg, og etter noen dagligdagse ord om dagen i dag, eller om miljøet dere møtes i, bør du fortelle om hensikten med samtalen: At dere på din institusjon eller i din kommune er opptatt av å avklare hva som er viktig for den enkelte bruker, slik at eventuelle tiltak nettopp kan møte brukerens behov best mulig. At alle tjenesteaktører arbeider mot felles mål, - de mål som for brukeren fremstår som viktigst.

## Tilbake til livet slik det var før?

Kan bruker komme tilbake til tidligere livssituasjon, og ønsker dette, er målene langt på veg gitt.

Når bruker vil kunne komme tilbake til livssituasjonen slik det var før (ren rekonvalesens, gjenopptrening), og dette er det bruker ønsker, er brukers mål i hovedsak allerede gitt. Her vil behovet være korte samtaler om de tiltakene som kan iverksettes og som kan "normalisere" personen tilbake til tilvendt hverdag. Men husk at det ofte vil være behov for å fortelle bruker om hva hun selv må gjøre i denne prosessen.

## Ikke tilbake til livet slik det var før?

Når tidligere situasjon ikke gjenopprettes: Hva ser bruker da som det mest meningsfulle å oppnå?

For brukere som ikke kan forventes å komme tilbake til livssituasjonen slik den var før, og/eller når en har lagt bak seg livsinnhold som en ikke makter og/eller ikke ønsker lenger, er det viktig å kunne samtale om hva som da er det viktigste og mest meningsfulle brukeren kan oppnå. I slike situasjoner kan du fortelle bruker at det kan være nyttig at du som koordinator blir noe mer kjent med henne for at du skal kunne bistå henne bedre til å avklare det som er viktig for henne fremover. Samtidig er det viktig at du forteller brukeren at det er hun som må bestemme hvor langt hun vil gå i å åpne seg. Det er brukeren som skal bestemme prosessen. Du som koordinator er kun en samtalepartner og veileder.

Informér ved behov om:

- Rettigheter og plikter
- Mulige tiltak og begrensninger
- Brukers sykdom, behandling og prognose.

Det er også viktig at du som koordinator forteller om brukers rettigheter og om mulige relevante tiltak og tjenester som kommunen, eller andre tjenesteytere rår over. Samtidig må du fortelle at kommunens og andre tjeneste- yteres ressurser er begrensete, og ikke forespeile fritt valg. Videre vil du som koordinator kunne gi nyttig informasjon knyttet til sykdom, behandling og prognose.

|   |   |
|---|---|
| Bruk IPA tilrettelegger samtaleskjema   | Når du innleder samtalen om livssituasjonen nå, tidligere og fremover, foreslår vi at du benytter ”Samtale om livskvalitetsmål” i IPA tilrettelegger. Dette vil bidra til at du kommer inn på en helhetlig livssituasjon.   |
| Snakk om livet nå og tidligere.<br>Snakk om interesser og aktiviteter, selvfølelse og trygghet, relasjoner med andre mennesker. | Det er naturlig at dere kommer inn på situasjonen slik den er i dag. For å ta fram det som oppleves som meningsfullt og interessant er det imidlertid også ofte riktig å komme inn på tidligere interesser, aktiviteter og gjøremål i hjem, fritid, skole, arbeid og samfunnet for øvrig. Tilsvarende vil det kunne være naturlig å komme inn på hva det er som gir brukeren selvfølelse og trygghet, og hva som gir brukeren opplevelse av å ha kontroll. Tilsvarende om brukeren sosiale relasjoner, - relasjoner med andre mennesker, nært og mer fjernt.  |
| Husk:<br>Ikke alle har godt forhold til tidligere liv. Husk også at bruker kan ha endret syn på hva som er viktig!              | Vær oppmerksom på at ikke alle mennesker har like godt forhold til sitt tidligere liv. Det kan skyldes vonde følelser og opplevelser. I noen tilfelle kan det være aktuelt etter hvert også å snakke om dette, dersom det kan hjelpe brukeren gjennom en prosess som er viktig for henne. Det kan også være at det som var viktig før, ikke lenger er viktig i brukeren liv nå. Du må derfor aldri ta for gitt at bruker ønsker å drive med det samme som tidligere, f eks av håndarbeid, lesing osv. Vær lydhør i forhold til situasjonen, slik at samtalen ledes inn dit brukeren ønsker å gå nå.   |
| Prioriter mellom ulike mål. Kompetanse. Krav til bruker.  | Avklar med bruker hva hun opplever som viktig for framtiden. Ta utgangspunkt i det som er viktigst nå og følg opp dette. Be bruker prioritere slik at avklarte mål virker overkommelige for bruker å håndtere. Informér bruker om mulige tiltak. Drøft hva som kreves av innsats fra bruker for å nå sine mål, og hva som kreves å leve med dem.  |
| Målene formuleres i jeg-form, med brukers egne ord.   | Målene skal formuleres i jeg-form, med brukeren egne ord, slik brukeren selv formulerer dem. Dette gir deg en ekstra påminnelse om å holde deg og dine tanker om hva som er ”bra for bruker” i bakgrunnen, og det bidrar til større eierforhold og identifikasjon med målene hos bruker   |
| Du må også selv kunne sette grenser for hva du kan arbeide for.   | Du vil også som koordinator kunne oppleve at samtalen kommer inn på forhold som du i forhold til dine verdier tar avstand fra. Det er ikke din oppgave å dømme. Du kan imidlertid velge ikke å være med i forhold til mål for framtiden som byter radikalt med dine egne verdinormer. Dette må du i så fall forklare for bruker.  |
| Vis ekte interesse, gå om nødvendig ”bak” svarene.  | I samtaler for å avklare livskvalitetsmål er det svært viktig at du som koordinator viser ekte interesse og respekt for bruker som et helt menneske. Dette kan du bla gjøre ved å følge bruker i en utdyping av svar og utsagn, og være positivt nysgjerrig. Du må imidlertid være følsom i forhold til hvor langt du kan og bør gå. Som koordinator må du kunne håndtere samtaler som også dreier seg om følelser, vise respekt for følelser og avslutte på en måte som oppleves mest mulig verdig og meningsfull. Men det kan også tenkes at bruker kan trenge profesjonell hjelp i forhold til enkelte følelsesmessig vanskelige områder, og at dette kan være en forutsetning for å komme videre i forhold til målavklarings- prosessen. Som koordinator er du ikke terapeut, ved slike behov er det viktig |
| Samtalene kan berøre sterke følelser. Dette må du kunne håndtere.   |   |
| Søk eventuelt bistand fra andre.  |   |

|   |  |
|---|--|
|   | at du kjenner din begrensning og rolle, og heller foreslår at bruker får kontakt med psykolog, psykiatrisk sykepleier, prest eller en annen som kan gå inn i terapeutrollen.   |
| Brukers omgivelser kan si mye, og kan brukes som utgangspunkt i samtalen.   | Også omgivelsene kan gi deg viktige signaler og utgangspunkt for samtale. For eksempel kan bilder, møbler, pyntegenstander osv gi signaler om tidligere og nåværende interesser, nettverk og ellers hva bruker opplever som viktig og verdifullt. Dette kan være godt utgangspunkt for å drøfte hva bruker opplever som spesielt viktig for den nære framtid.  |
| Hva var det ved tidligere aktiviteter og relasjoner som ga mening? Dette kan gi grunnlag for tanker om nye aktiviteter og relasjoner. | Også når bruker av ulike grunner vil endre livsinnhold, prioriterer andre aktiviteter og gjøremål, relasjoner og omgang med andre mennesker mv enn før, kan det være nyttig å prate om de tidligere interessene og engasjementene. Da kan det være relevant å spørre hva det var ved den tidligere aktiviteten/relasjonen som var viktig for bruker/ga bruker glede. Gjennom dette kan du bidra til å bevisstgjøre hva som lå bak interessene (verdi- grunnlaget), som utgangspunkt for å komme inn på nytt alternativt livsinnhold. |

Målavklaring kan gå fort, og den kan ta tid.

I mer tidkrevende prosesser: Få tidlig fram hva som er viktig ”her og nå”. Kom igang med tiltak i forhold til dette. Videre prosess i brukers tempo.

Nærmere undersøkelser kan være nødvendige som ledd i prosessen.

## Være i prosess!

Mens det noen ganger kan være enkelt å avklare hva som er viktige framtidige mål for brukeren, kan det andre ganger kreves mer innsats over tid. Da må du prøve å avklare raskt hva som er mest viktig for brukeren akkurat nå. Dette vil ofte være ”små” saker som krever liten innsats. Slike mål formuleres umiddelbart, tiltak avklares og gjennomføres så raskt som mulig og til avtalt tid.

En slik tilnærming kan bety en god start på et mer langvarige samarbeidsforholdet dere imellom ved at det gir tillit og trygghet. Så kan andre og mer langsiktige livskvalitetsmål avklares i etterfølgende samtaler, i det tempo som brukeren bestemmer og kan følge, og med utgangspunkt i der brukeren er i sin prosess til enhver tid.

## Behov for kartlegging/nærmere undersøkelser?

I noen situasjoner kan det være behov for nærmere undersøkelse/”kartlegging” og andre avklaringer før dere kan komme videre på enkelte områder. Det kan f eks være behov for å få gjort legeundersøkelse, ulike former for funksjonstester, undersøkelse hos spesialist, eller nærmere avklaringer hos andre tjenesteytere om regler, rettigheter, muligheter og begrensninger.

## ”Urealistiske” mål?

”Urealistiske” mål kan representere mye energi og motivasjon.

I noen tilfelle kan du oppleve at bruker formulerer hva du som koordinator opplever som urealistiske mål. Vær varsom med å avvise slike mål! De er ofte en viktig og sårbar del av brukers tankeverden og personlighet, og kan representere mye energi og motivasjon.

Ta også de ”urealistiske” målene på alvor, skriv dem ned! Del dem opp i delmål, og la prosessen videre vise hva som kan oppnås.

I slike tilfelle skal dere skrive brukers målformuleringer ned, og så sammen avklare delmål som må oppfylles for, eventuelt, å nå det ”urealistiske” målet.

Når bruker ledes gjennom en slik prosess vil realismen kunne avklares underveis uten at brukers drømmer blir ”tråkket på”. Og, det hender jo at fag- folk tar grundig feil mht hva bruker kan oppnå!

## Målavklaring i hovedsak i samtaler mellom to

Trygghet, tillit og respekt er viktig.

Trygghet, tillit og respekt for brukers integritet og sårbarhet er grunnleggende i samtalene omkring livskvalitetsmål.

Samtale mellom to personer.  
Nærpersoner kan eventuelt delta.

Slike samtaler skal derfor i utgangspunktet foregå mellom to: Koordinator og bruker. Det kan være aktuelt å bringe inn nærpersoner inn i deler av samtalene, f eks når dere prater om relasjonen til en nærperson, og bruker er blitt sterkt hørselshemmet eller synshemmet.

Fagpersoner med spesiell kunnskap kan trekkes inn for å gi bruker informasjon.

Det kan også være riktig å bringe inn personer med spesiell kompetanse knyttet til f eks regelverk og tiltak tidlig i målavklaringsprosessen. Selv om en ikke skal fokusere på tiltak for tidlig, kan det være nødvendig for bruker å ha slik kunnskap som grunnlag for sin egen bevisstgjøringsprosess i forhold til mål.

Tverrfaglige grupper / ansvarsgrupper egner seg normalt ikke for avklaring av livskvalitetsmål!

Men, hovedregelen om samtale mellom to personer i målavklaringsfasen er viktig.

Livskvalitetsorientert målavklaring handler bla om å gi mest mulig trygghet og styring / ”makt” til bruker. Diskusjoner om brukers mål i tverrfaglige grupper kan bruker i verste fall oppleve som ”overgrep”, og undersøkelser viser at dette faktisk skjer mye oftere enn deltakende fagfolk er klar over. Vi er alle sårbare når vi skal snakke om så personlige forhold som hva som er viktig for vår egen opplevelse av livskvalitet og mening. Å skulle gjøre dette overfor flere fremmede personer oppleves gjerne både vanskelig og ydmykende.

Når målene er avklart kan tverrfaglige grupper

Situasjonen kan være annerledes når målene er avklart, og en skal utvikle konkrete delmål og tiltak for å arbeide mot målene, eller når en er i gang

egne seg for drøfting av delmål og tiltak, og for samordning av tiltak. Men husk: Slike grupper er svært ressurskrevende!

med tiltakene og skal drøfte feks videre samordning. Da kan det gjerne tenkes at drøfting i tverrfaglig gruppe, med personer som har reelle bidrag å gi i den aktuelle saken, kan være en hensiktsmessig arbeidsmåte. Men husk på at slike møter gjerne er svært ressurskrevende i antall timeverk! Som koordinator vil du ofte kunne utrette mye i direkte samhandling med de enkelte fagpersonene med færre timeverk totalt sett.

Bruker må være trygg på at bare konklusjonene på målavklaringen, dvs målene, bringes videre til andre.

## Trygghet og tillit grunnleggende

Det er viktig at du som koordinator forteller bruker innledningsvis at samtaler mellom dere to er kun mellom dere. Andre fagpersoner som kommer inn senere med tjenester og tiltak ("tiltakshavere") må få vite konklusjonene fra samtaler dere, dvs målene som bruker kommer fram til. Disse personene skal imidlertid ikke bli informert om innholdet i samtaler for øvrig.

Notering skjer åpent.

Spør om du kan ta notater underveis. Vis bruker hva du skriver. Spør i alle fall!

Samtal helst i brukers hjem.  
Unngå uniform.

Det er ikke likegyldig hvor og i hvilken situasjon samtaler gjennomføres. Den tryggeste plassen er normalt brukers hjem. Det å være hjemme gir automatisk en opplevelse av kontroll over situasjonen fra brukers side. Unngå så langt det er mulig å være uniformert. En uniform gir autoritet og makt. Husk at det er bruker som skal ha mest mulig "makt" og kontroll i målavklaringsamtaler.

Husk at kroppsspråket signaliserer om du er interessert.

Likeens er det viktig å tenke på samtaleposisjonen. Du må ikke sitte bak en kontorpult. Sitt overfor bruker, slik at dere kan ha best mulig kontakt. Vis gjennom kroppsspråket ditt at du er interessert og lytter, og gjennom hvordan du snakker med henne.

## Respekt betyr også å sette krav til

Respekt betyr bla:

- Stille krav
- Ansvarliggjøre
- Forvente
- Utfordre
- Motivere

innenfor de rammene som hver enkelt situasjon tilsier

Vi har vært inne på betydningen av å vise respekt overfor bruker, og at dette bla betyr at du viser ekte interesse og er opptatt av det individuelle, det som er spesielt for hver enkelt brukers liv og verdier. Men dette betyr ikke at du som koordinator skal nikke og samtykke til alt. Å vise respekt handler også om å stille krav til bruker, å ansvarliggjøre, forvente, utfordre, motivere. Det å merke at andre forventer noe av meg, at det blir satt krav til meg, kan bedre mitt selvbilde og utløse nye indre ressurser. Men, det er alltid grenser for hva du skal forvente og kreve, og disse grensene er ulike for hver bruker. Du må derfor være følsom i forhold til hvor langt du kan gå. Husk også å si noe om hvorfor du setter krav: Det er brukers, og ikke ditt framtidige liv prosessen dreier seg om. Du er bare "en episode" i brukers liv. Jo mer bruker selv kan ta tak i situasjonen, jo bedre og mer meningsfullt vil hennes framtidige liv kunne bli.



Jo mer bruker selv tar ansvar for eget liv, jo mer verdig og vellykket er prosessen.

Krav til bruker kan settes i forhold til å gå seriøst inn i målavklaringsprosessen og samarbeide om målformuleringene, i forhold til valg av tiltak, ansvar for og egeninnsats i gjennomføring av tiltakene.

I den grad det er mulig, er det mye å hente ved at bruker gjøres mest mulig ansvarlig i forhold til sin egen prosess. Det er gjort svært gode erfaringer med slike tilnærminger, nettopp fordi det da vil være brukers egne livskvalitetsmål som kommer i fokus.

## Avklaring av tiltak

Tiltak kan noen ganger avklares mellom bruker og koordinator, bla tiltak bruker selv skal gjennomføre. Når andres innsats vil bli nødvendig må disse bringes inn tidlig! ”Edderkoppen i nettet” eller tverrfaglig møte?

Hva som kan være aktuelt å gjøre for å nå brukers mål, dvs tiltakene, kan noen ganger avklares i dialog mellom bruker og deg som koordinator. Dette kan bla gjelde tiltak som bruker selv vil være ansvarlig for å gjennomføre. Men vær forsiktig så du ikke gir bruker forventninger som det seinere viser seg at ikke kan oppfylles! Du må aldri love noe på andres vegne i form av løsninger og tiltak som forutsetter andres ressurser og innsats. I slike tilfeller kan det være riktig å bringe inn slike ”andre” i dialogen tidlig, før forventninger er skapt. Da må du imidlertid være tydelig på at det er mulige løsninger og tiltak de ”andre” inviteres for å drøfte, ikke brukers mål.

Ofte kan det imidlertid også være aktuelt å bringe inn flere fagpersoner i denne fasen, enten ved at du som koordinator samarbeider med fagpersonene ”en og en” (”edderkoppen i nettet”), eller at du tar initiativ til tverrfaglig drøfting (”tiltaksgruppe”). Når brukers mål er avklart og blir respektert vil tverrfaglige møter kunne oppleves som betryggende også av bruker, fordi hun da kan oppleve en kompetanse på muligheter og løsninger som hun ikke selv har.



Rehab-Nor

## Samtaler om brukers mål, oppsummering

- Start samtalen med utgangspunkt i det som utløste samtalen.
- Forklar hvorfor du ønsker samtale: Tjenester som møter det som er viktig for bruker. Mestre hverdagen best mulig.
- Forklar om konfidensialitet og om eventuelle notater som du gjør.
- Forklar at det er bruker som bestemmer innholdet i samtalen. Bruker kan velge å avstå til enhver tid.
- Husk betydningen av mest mulig trygg samtalsituasjon.
- Snakk om situasjonen i dag, interesser og livsinnhold. Hva er bruker opptatt av i det daglige hjemme? Hva arbeider bruker med? Hva opptar? Interesse- ne? Bosted? Familie? Venner? Kolleger? Osv.
- Gå tilbake til tidligere liv, interesser og livsinnhold i forhold til de samme punktene.
- Snakk om hva som oppleves som viktig nå, for fremtiden.
- Avklar brukers mål som kan etterprøves og evalueres. Drøft og avklar vanskeligheter og krav til egen innsats for å nå målene og leve med dem.
- Vær varsom med å avvise "urealistiske" mål. Vis respekt, og avklar delmål på veien mot hovedmålet.
- Informér bruker om rettigheter.
- Informér om prognose.
- Informér om mulige tiltak og tilgjengelige ressurser.
- Vis respekt for bruker ved å være ekte interessert, men også ved å sette krav. Motivér. Men, vær balansert og følsom i forhold til hvor langt det er riktig å gå i hver enkelt situasjon.
- Tillat at bruker er i prosess, og at den kan ta tid. Prioritéér da det som er viktigst nå. Gjennomfør innledende tiltak som avtalt. Gå tilbake og viderefør videre målavklaring mv.
- Husk trygg samtaleform. Mest mulig makt og trygghet hos bruker.
- Snakk om følelser, når det synes viktig.
- Avklaring av mål skal i utgangspunktet skje i samtale mellom to personer.
- Avklaring av tiltak kan skje i samtale med flere fagpersoner, sammensatt ut fra hva som tjener bruker.



# Roller

## Brukers<sup>1</sup> rolle

- Har reell innflytelse over forløpet og resultatet av planprosessen.
- Undertegner samtykkeerklæring og individuell plan.
- Samtaler / kommuniserer med koordinator om egne livskvalitetsmål, delmål og tiltak.
- Har ansvar for å prioriterer mellom ulike livskvalitetsmål.
- Bidrar ved eventuell kartlegging av egen situasjon, ressurser, nettverk mv.
- Tar, ut fra sine forutsetninger, ansvar eller delansvar for innhold og framdrift i sin individuelle planprosess.
- Involverer likemann eller andre støttepersoner dersom hun ønsker det.
- Bidrar, ut fra egne forutsetninger og i henhold til individuell plan, med oppfølging av tiltak og evaluering av individuell plan.
- Følger, i den grad det er mulig, retningslinjer og prosedyrer som gjelder for kommunens arbeid med individuell plan, og medvirker til å forbedre disse bla gjennom å fortelle om sine erfaringer og eventuelle ønsker om forbedringer.

---

<sup>1</sup> eventuelt person(er) som representerer bruker.



Rehab-Nor

# Roller

## Personlig koordinators rolle

- Avklarer koordinatorkompetanse med nærmeste overordnede. Herunder: Gjør avtaler om videre prosess dersom arbeidet strekker seg utover en forhåndsdefinert ramme (f.eks. antall timeverk).
- Er brukers primære støtte og samarbeidspartner i såvel utvikling som iverksetting og evaluering av individuell plan.
- Medvirker til at det ryddes opp i eventuelle akutte problemer.
- Gjør bruker oppmerksom på klagerett, retten til å ha med likemann/rådgiver, og retten til å bytte koordinator.
- Har et spesielt ansvar for at brukers livskvalitetsmål avklares, justeres og oppdateres etter behov.
- Har ansvar for at bruker har eller gis de kunnskapene som er nødvendig for å ivareta brukerrollen. Dette omfatter bl.a. kunnskap om helsesituasjonen, prognose, tilgjengelige muligheter og ressurser, rettigheter, ansvar og forpliktelser.
- Sørger, i den grad det er nødvendig, for oversikt over f.eks. brukers mestringsstrategier og egne ressurser på ulike livsarenaer.
- Koordinerer ulike kompetanser og andre ressurser for å realisere brukers livskvalitetsmål.
- Gir og mottar informasjon om endringer i tilbud til bruker, følger eventuelt opp i forhold til justeringer i individuell plan.
- Følger retningslinjer og prosedyrer som gjelder for kommunens arbeid med individuell plan.  
Herunder: Fører oversiktlig dokumentasjon i samsvar med etablerte prosedyrer.
- Medvirker gjennom egne erfaringer og forslag til å forbedre retningslinjer og prosedyrer.
- Deltar aktivt i kompetanseutvikling og oppfølging/veiledning som det legges opp til.
- Følger brukeren som personlig koordinator over den tid som er nødvendig. Herunder: Holder jevnlig kontakt med bruker og er en tilgjengelig samtalepartner.
- Bygger gode allianser gjennom respektfull kommunikasjon med bruker og tiltakshavere.
- Etablerer nødvendige samarbeidsstrukturer.
- Er, eller gjør seg kjent med, muligheter og begrensninger i tiltaksnettverket. Søker nødvendige råd og bistand.
- Oppmuntrer og legger til rette for at bruker kan utvikle selvstendighet.
- Informerer bruker, familie og aktuelle tiltakshavere og faste kontakter i hjelpeapparatet om sitt koordinatorsansvar og hva dette innebærer.
- Gir systemkoordinator informasjon om erfaringer som kan få konsekvenser for arbeid med kommunens planlegging av økonomi, kompetanseutvikling, boligutvikling, tilbud innen kultur og fritid osv.



## Roller

### Faddernes rolle

Med fadder menes person som har fått som spesiell oppgave å tilby veiledning og oppfølging til den enkelte koordinator.

- Legger verdigrunnlag og etablerte retningslinjer og prosedyrer til grunn for veiledningen.
- Medvirker til å forbedre retningslinjer, prosedyrer og opplæring.
- Veileder koordinator i forhold til problemstillinger relatert til koordinators ansvar og oppgaver.
- Veileder koordinator når koordinator ber om det eller etter avtale.
- Fører logg over problemstillinger og tidsforbruk i veiledningen.

### Systemkoordinators rolle

I henhold til forskrift om habilitering og rehabilitering §§ 8 og 13 pålegges kommunene (og fylkeskommunene) å se til at det finnes/etableres en koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering. Det er mye som taler for at denne funksjonen også gis en sentral koordinerende funksjon i arbeidet med individuelle planer. I samsvar med praksis i mange kommuner velger vi å bruke betegnelsen ”systemkoordinator” for denne funksjonen. Oppgaver og ansvar for systemkoordinator omfatter:

- Er adressen for individuell plan i kommunen (både for publikum og samarbeidspartnere).
- Er prosesseier for individuell plan i kommunen, og rapporterer i forhold til dette til Rådmann.
- Samarbeider med Rådmann og / eller stabsfunksjoner om utviklingen på systemnivå av individuell plan som konsept.
- Ser til at kommunens retningslinjer og prosedyrer for individuell plan etterleves.
- Gir premisser for og medvirker til å forbedre rammer, retningslinjer og prosedyrer. Mottar informasjon fra andre bidragsyttere om endringer og forbedringer. Herunder, er premissleverandør og samordner aktuell informasjon fra koordinatorene i forhold til kommunens plansyklus: Kommuneplan, botilbud, kompetanse, kultur, fritid etc.
- Oppdaterer retningslinjer og prosedyrer.
- Iverksetter/tar initiativ til nødvendige tiltak med bakgrunn i erfaringer, oversikt og tilbakemeldinger, dersom individuell plan som system ikke fungerer.
- Tar initiativ og følger opp i forhold til samarbeidspartnere fra ulike instanser og behandlingsnivå, for å sikre kontinuitet for bruker og for å avklare uklare ansvarsforhold.
- Gir informasjon og lederstøtte til linjeledere i arbeidet med individuell plan. Kommuniserer med linjeledere vedr. utfordringer i prioriteringsarbeid.
- Organiserer, sammen med aktuelle stabsfunksjoner, opplæring og veiledning av koordinatorkorpset.
- Er mottaker av henvendelser/søknader om individuell plan, "tildeler" koordinator.
- Oppretter oversikter over brukere, koordinatører, forespørsler osv.



Rehab-Nor

## Roller

### Linjeleders / virksomhetsleders rolle

- Har ansvar for å medvirke til at forskrift om individuelle planer legges til grunn for tjenesteyting i kommunen.
- Har ansvar for å fremskaffe nødvendige rammer og forutseneringer for at arbeid med individuelle planer kan gjennomføres i praksis. Gir legitimitet til denne måten å arbeide på.
- Ser til at kommunens retningslinjer og prosedyrer for individuell plan etterleves.
- Medvirker til å forbedre retningslinjer og prosedyrer.
- Melder fra til nærmeste leder og systemkoordinator når det avdekkes problemer knyttet til samarbeid, ressurser og/eller kompetanse i arbeidet med utvikling og/eller realisering av individuelle planer.
- Skaffer seg nødvendig kompetanse på området. Sørger for at egne medarbeidere har den nødvendige kompetanse.
- Bidrar til at medarbeidere som er koordinatorene i enkeltsaker kan følge opp sitt ansvar og de oppgavene som hører til dette ansvaret, ved å vise interesse, motivere, gi positiv støtte, synliggjøre og legge de praktiske forhold til rette.
- Gjør avtale med koordinator om videre prosess dersom målavklaringen strekker seg utover på forhånd definerte rammer.
- Motiverer og legger til rette kompetanseutvikling, veileder og håndterer motstand og mentale barrierer i egen enhet og i samarbeid på tvers

### Kommunale tiltakshaveres<sup>1</sup> rolle

- Legger brukers livskvalitetsmål, slik de dokumenteres i individuell plan, til grunn for tjenesteyting.
- Følger etablerte retningslinjer og prosedyrer
- Medvirker til å forbedre retningslinjer og prosedyrer
- Deltar i planleggings- og koordineringsvirksomhet i forhold til utvikling, gjennomføring og evaluering av individuelle planer. Tar eventuelt egne initiativ i forhold til slik virksomhet.
- Medvirker til at individuell plan ajourholdes, ved å gi koordinator informasjon om endringer, problemstillinger etc.

---

<sup>1</sup> "Tiltakshaver" er en fagperson som har ansvar for et tiltak i henhold til individuell plan.



