



Høgskolen i **Hedmark**

Avdeling for folkehelsefag

Kandnr. 102, 104 og 113,

Monica Hagen, Kristiane Huuse og Maren Sandmoen

Veileder: Mette Jorunn Lundåsno

4REFHR40 Fordypningsoppgave:

”Kaptein på egen skute

- hele livet”

Captain on your own ship

- your entire life

Tverrfaglig videreutdanning i Rehabilitering 2013-2015

2015

10 036 ord

Samtykker til utlån hos høskolebiblioteket

JA NEI

Samtykker til tilgjengeliggjøring i digitalt arkiv Brage

JA NEI

Sammendrag

Bakgrunn:

Rehabilitering i hjemmet har den siste tiden fått økt oppmerksomhet. For å imøtekomme det økende behovet for pleie- og omsorgstjenester i norske kommuner, har ulike former for rehabilitering blitt etablert. Vi ønsker å se på rehabiliteringsformen hverdagsrehabilitering som kom som en ny form innen rehabilitering i Norge i 2011/2012. Denne formen for rehabilitering er satsningsområder i kommunene vi jobber i. Det er viktig for oss å ha kunnskap innen området for å kunne yte best mulig bistand i praksisfeltet.

Problemstilling

”Hvilke suksesskriterier skal til for at en bruker lykkes med hverdagsrehabilitering?”

Metode

Fordypningsoppgaven er en litteraturstudie, og metoden er kvalitativ. Vi har tatt utgangspunktet i sentrale føringer, litteratur som omhandler hverdagsrehabilitering og forskning. Ved gjennomlesning av rapporter og forskning har vi hatt fokus på suksesskriterier innen hverdagsrehabilitering, med brukerfokus.

Resultater

Dette er de ni suksesskriteriene vi har valgt å ha fokus på i oppgaven: Hjemmet som oppfølgingsarena, tverrfaglig innsats hjemme hos bruker, kartlegging, målsetting, evaluering, holdningsendring – fra passiv til aktiv bruker, aktivitet, motivasjon og mestringsarbeid.

Konklusjon

Disse ni suksesskriteriene er kriterier vi mener kan brukes i videre arbeid med hverdagsrehabilitering. Det er viktig at hverdagsrehabilitering foregår i brukers hjem, hvor bruker skal være mest mulig selvstendig i daglige gjøremål. Det er i hjemmet de reelle utfordringene finnes og utfordringene viser seg best. Det må være en tverrfaglig innsats, grundig kartlegging som gir bruker muligheten til å sette egne mål. Evaluering og holdningsendringer er viktig underveis i prosessen. Aktivitet, motivasjon og mestringsarbeid ligger til grunn i hele hverdagsrehabiliteringsprosessen.

Innholdsfortegnelse

1.0 Innledning	5
2.0 Metode	8
2.1 Metodevalg	8
2.2 Litteratursøk.....	8
2.3 Kildekritikk.....	9
2.4 Etisk vurdering	11
3.0 Teori	12
3.1 Rehabilitering	12
3.2 Hva var opptakten til Hverdagsrehabilitering?	12
3.2.1 Hverdagsrehabilitering	14
3.2.2 Brukermedvirkning	16
3.2.3 Tverrfaglig innsats.....	16
3.2.4 Aktivitet	17
3.3 Kartleggingsverktøy innen hverdagsrehabilitering	17
3.3.1 Individbasert helse- og omsorgs statistikk (IPLOS)	17
3.3.2 The Canadian Occupational Performance Measure (COPM)	18
3.3.3 Short Physical Performance Battery (SPPB)	18
3.4 Presentasjon av forskningsartiklene.....	19
3.5 Presentasjon av rapportene.....	19
4.0 Hvilke suksesskriterier skal til for at en bruker lykkes med hverdagsrehabilitering?	21
4.1 Hjemmet som oppfølgingsarena.....	21
4.2 Tverrfaglig arbeid hjemme hos bruker	24
4.3 Kartlegging	26
4.4 Målsetting	28
4.5 Evaluering.....	31
4.6 Holdningsendring - fra passiv til aktiv bruker.....	33
5.0 Konklusjon	35
6.0 Litteraturliste	37

1.0 Innledning

Rehabilitering i hjemmet har den siste tiden fått økt oppmerksomhet. For å imøtekomme det økende behovet for pleie- og omsorgstjenester i norske kommuner, har ulike former for rehabilitering blitt etablert. I henhold til Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering (2007-2008), er antallet som fødes relativt stabilt, likeledes øker antallet personer med behov for habilitering og rehabilitering. Rehabilitering vil ha betydning for hvor mange som ønsker å klare seg selv. Utviklingen kan sees i sammenheng med at flere får dagbehandling, ambulante tilbud eller poliklinisk behandling. Reduksjon i liggetid på sykehus kan resultere i at ansvaret for opptrening og rehabilitering overlates til kommunene, private opptreningsinstitusjoner eller helseforetak (Helse- og omsorgsdepartementet 2007-2008). Ut i fra definisjonen på rehabilitering i Tuntland og Ness (2014) kan hverdagsrehabilitering sees på som en lovfestet oppgave. Dette er en måte å imøtekomme kravene om rehabilitering i kommunene (Tuntland og Ness, 2014).

I litteraturen vi har lest om hverdagsrehabilitering henvises det til at Østersund kommune i Sverige startet opp med "hemrehabilitering" i 1999/2000. De var først ute i Skandinavia med hverdagsrehabilitering. Her benyttet de fysio- og ergoterapitjenesten i kommunen som veiledere for hjemmetjenesten. Fredericia kommune i Danmark igangsatte sitt prosjekt med hverdagsrehabilitering "lengst mulig i eget liv" i 2008, etter inspirasjon fra Østersund (Füerst og Høverstad, 2014).

I denne oppgaven ser vi på suksesskriterier innen hverdagsrehabilitering i rapporter fra Fredericia kommune i Danmark, Stavanger kommune i Norge og KS rapporten utgitt av Füerst og Høverstad. Det er flere kommuner som har startet med hverdagsrehabilitering i Norge. På grunnlag av den informasjon vi har funnet og hvor lenge arbeidsformen hverdagsrehabilitering er blitt praktisert, valgte vi å se nærmere på rapporter fra Stavanger og Fredericia kommune.

Vi har på ulike måter arbeidet med rehabilitering i ulike kommuner. Vi ønsker å se på hverdagsrehabilitering som er et "nytt" arbeidsfelt innen rehabilitering. Dette er en arbeidsform som kommer til å inngå i våre arbeidsoppgaver fremover da det er et

satsningsområde i våre kommuner. Det er derfor viktig for oss å ha kunnskap innen området for å kunne yte best mulig bistand i praksisfeltet og kunne benytte suksesskriteriene i arbeid med hverdagsrehabilitering i videre praksis.

Vi har valgt å ta utgangspunkt i suksesskriterier som er brukerfokusert, og utelukke økonomiske egenskaper ved metoden hverdagsrehabilitering. Dette innebærer at vi har fokus på brukermedvirkning, og ikke lønnsomhet ved metoden å arbeide på. Pårørende og helsepersonell er en del av brukers hverdagsrehabiliteringsprosess. Vi ønsker ikke å utelukke disse erfaringene fra oppgaven når det handler om at bruker skal kunne lykkes i en rehabiliteringsprosess.

Denne oppgaven er en litteraturstudie og vi har kommet frem til følgende problemstilling:

”Hvilke suksesskriterier skal til for at en bruker lykkes med hverdagsrehabilitering?”

Hverdagsrehabilitering er en av flere rehabiliteringsformer og vi mener problemstillingen er aktuell innenfor rehabiliteringsfeltet hvor det tenkes nye strategier for å imøtekomme det mye omtalte omsorgsbehovet som kommer i fremtiden. Vi forsøker å trekke linjer mellom hverdagsrehabilitering og teoretiske perspektiver som vi har lært underveis i rehabiliteringsstudiet.

Ved ”å lykkes” med hverdagsrehabilitering mener vi er når brukerne har nådd de målene de har satt seg gjennom kartleggingen. Det vil si at målene er oppnådd og at bruker klarer å gjennomføre de aktiviteter som bruker selv synes er viktige å mestre i sitt liv. For å lykkes med måloppnåelse, er det viktig at bruker er motivert til å arbeide med sine mål. Ved evaluering er det viktig at de selv ser fremgangen de har hatt gjennom prosessen.

Hverdagsrehabilitering som arbeidsmetode har en holdningsendring ved at man dreier fokus hos bruker fra passiv mottaker til aktiv deltager. Her er det viktig med tverrfaglige team som arbeider rundt brukeren. I oppgaven kommer vi til å bruke begrepene hverdagsrehabilitering og hjemmerehabilitering om hverandre, grunnet at rapportene vi har brukt ikke er konsekvente med begrepsbruken.

Oppgaven er bygd opp med en metodedel først hvor vi beskriver hvordan vi har innhentet litteratur og hvordan vi har brukt litteraturen for å svare på oppgavens problemstilling. Videre kommer en teoridel hvor vi belyser teorier, sentrale føringer, forskning og rapporter som senere er grunnlag for drøfting av problemstillingen. Til slutt trekker vi ut hva vi mener er suksesskriterier for at en bruker skal lykkes med hverdagsrehabilitering.

2.0 Metode

I Dalland (2012) blir metode definert som en fremgangsmåte for å frembringe kunnskap, eller vurdere påstander for å se på holdbarhet, om de er gyldige eller sanne. Metoden forteller oss hvordan vi skal gå frem for å kontrollere eller finne kunnskap.

2.1 Metodevalg

Denne oppgaven er basert på en litteraturstudie. I følge Befring (2007) er en litteraturstudie et studie som systematisk gjennomgår og vurderer tilgjengelig forskning som finnes på området. Ut fra søkene finner en frem til gyldige konklusjoner. Vi vil presentere teori og forskning som vi mener er relevant for problemstillingen som bakgrunn for drøftingen. Drøftingen vil inneholde egne erfaringer som eksemplifiserer teorien og forskningen.

Det er benyttet en hermeneutisk-fenomenologisk tilnærming i oppgaven, og det er en kvalitativ studie. En hermeneutisk metode legger vekt på å fange inn og fortolke aktørforståelsen inn i et videre teoretisk perspektiv. Det fenomenologiske perspektivet vil si å sette fokus på menneskers opplevelse og forståelser av en situasjon og av det hverdagslivet de har (Befring, 2007).

2.2 Litteratursøk

Vi har søkt i ulike databaser for å finne svaret på problemstillingen. Databaser som er benyttet i denne oppgaven: Oria, Swemed+ og helsebiblioteket. Vi har brukt ulike søkeord med trunkeringer i databasene. Vi har også sett på de ulike MeSH-termene som har kommet opp ved de ulike søkene. Vi benyttet først norske søkeord, deretter benyttet vi oss av tilnærmet like ord på engelsk, svensk og dansk. Vi har brukt kombinasjoner av de ulike søkeordene for å finne aktuell litteratur. Norske søkeordene som er benyttet i ulike kombinasjoner er rehabilitering i hjemmet, hjemmerehabilitering, rehabilitering, hverdagsrehabilitering, suksesskriterier, adl trening, hjemmetrening, suksessfaktorer og hverdagsmestring.

Det er blitt søkt på dansk og svensk på bakgrunn av at vi vet at metoden hverdagsrehabilitering er brukt i Skandinavia og at det kan finnes litteratur og forskningsartikler innenfor flere språk. Vi har videre valgt å se på fagfelleverderte artikler fra databasene vi har benyttet. Ved søk på hverdagsrehabilitering fant vi lite artikler på området i de ulike databasene. Svenske søkeord som er benyttet er hemrehabilitering, vardagsrehabilitering og Østersund kommune. Danske søkeord som er benyttet er hverdagsrehabilitering og Fredericia kommune.

Engelske søkeord som er benyttet i ulike kombinasjoner er rehabilitation, home, therapy-based, home care services, activity of daily living, adl, success, early discharge, reablement in home care, home independence og home care re-ablement. Disse søkeordene ga mange treff blandt annet artiklene "Early discharge to therapy-based rehabilitation at home in patients with stroke: a systematic review" og "Reablement in a community setting". Dette er de to artiklene som ble funnet relevant i forhold til problemstillingen og er brukt videre i oppgaven.

2.3 Kildekritikk

Ved søk av forskningsartikler har vi søkt etter fagfelleverderte artikler og nyere forskning, publisert de siste ti årene. Dette er et bevisst valg da vi ønsket at artiklene skulle være av nyere dato, samtidig som hverdagsrehabilitering som arbeidsmetode er en nytenkende strategi som blåser over Norge. Artiklene vi har valgt belyser tverrfaglig samarbeid og er valgt på bakgrunn av at vi mener de ser på suksessfaktorer i arbeidet med hverdagsrehabilitering.

Vi kunne vært mer kritiske til publiseringsårstall og om det er publisert nyere litteratur. Primærlitteratur er fortrinnsvis valgt, da dette er førstehåndskunnskap. Videre er vi kritiske til om vi har søkt på riktige søkeord i databasen og valgt de mest aktuelle artiklene. Vi kan ha vært for selektive i forhold til at vi leter etter begrep som brukes i arbeidspraksis. Når vi har lest og valgt forskningsartikler og rapporter, har vi sett etter funn som sier noe om hva som gjør at hverdagsrehabilitering blir en suksess hjemme hos brukere. Negative faktorer som har kommet frem i rapporter og forskning har hatt leder- og økonomifokus og vi har derfor valgt å utelukke disse. Vi ser at funn i forskningen viser til mange av de samme resultatene. Metoden som er valgt mener vi er hensiktsmessig for å gå gjennom litteraturen systematisk. Det er lagt

vekt på hvordan brukerne opplever å lykkes med hverdagsrehabilitering og hvordan dette påvirker hverdagslivet deres.

Først leste vi gjennom forskning og rapporter for å se om de var relevant i forhold til problemstillingen. Deretter tok vi på "hverdagsrehabiliteringsbrillene" og lette etter suksesskriterier. Vi systematiserte kriteriene og tok utgangspunkt i de kriteriene som var nevnt flest ganger, og valgte å sette suksesskriterier som var nært beslektet inn under samme kategori. Vi fant ni suksesskriterier og lagde en hovedoverskrift for seks av disse. De tre siste: aktivitet, motivasjon og mestringsarbeid er kriterier vi mener bør ligge til grunn for hele hverdagsrehabiliteringsprosessen, og vil bli drøftet underveis i de ulike hovedoverskriftene.

Aktivitet, motivasjon, og mestringsarbeid er kriterier vi også fant i forskning og rapporter. Disse har vi valgt å drøfte underveis i de ulike hovedoverskriftene, siden dette er kriterier vi mener bør ligge til grunn for hele hverdagsrehabiliteringsprosessen.

Fredericia sin rapport er skrevet kort tid etter at hverdagsrehabiliteringen hadde startet. Dette kan ha hatt påvirkning på resultatgrunnlaget til rapporten. Vi kunne fått flere funn dersom rapporten var skrevet på et senere tidspunkt, eller dersom vi hadde valgt en annen kommune hvor rapporten var skrevet etter en lengre tids arbeid innen hverdagsrehabilitering. Det må tas hensyn til at det kan være forskjeller i innbyggertall og størrelse i de valgte kommunene.

I henhold til sentrale dokumenter har vi valgt å begrense oss til "Innovasjon i omsorg" (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011) og "Morgendagens omsorg" (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012-2013). Vi har ikke tatt utgangspunkt i Samhandlingsreformen (2008-2009) som er bakgrunnen for rett behandling - på rett sted - til rett tid. Dette er fordi vi mener hverdagsrehabilitering som begrep kom i etterkant av denne reformen. Vi tar derfor utgangspunkt i offentlige dokumenter som har kommet i etterkant av at begrepet ble kjent i offentlige dokumenter.

2.4 Etisk vurdering

De pasienteksemplene vi har benyttet fra arbeidspraksis, er anonymisert slik at ingen skal kunne gjenkjennes. Vi har vært beviste på å benytte førstehåndslitteratur av validitetsgrunner. Ved bruk av førstehåndslitteratur er sannsynligheten for feiltolkning av litteraturen mindre sannsynlig enn hvis vi hadde brukt sekundærlitteratur. Sekundærlitteratur kan være analysert, oversatt og preget av de som oversetter.

3.0 Teori

Vi tar for oss teori vi mener er viktig i arbeidet med hverdagsrehabilitering. Senere ser vi på hvilke bestemmelser Stortinget har gjort, som har ledet frem til at hverdagsrehabilitering er et satsningsområde i mange norske kommuner. Samtidig gir vi et kort resymé av sentrale dokumenter som vi mener har betydning for hverdagsrehabilitering. Senere tar vi for oss teori vi mener er viktig i arbeidet med hverdagsrehabilitering. Sentrale kartleggingsverktøy som er mye brukt innen hverdagsrehabilitering er kort beskrevet. Til slutt i denne delen blir forskningsartikler og rapporter presentert.

3.1 Rehabilitering

Rehabilitering beskrives som;

”Tidsavgrensa, planlagte prosesser med klare mål og virkemidler, der flere aktører samarbeider om å gi nødvendig assistanse til brukeren sin egen innsats for å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltagelse sosialt og i samfunnet” (Helse og omsorgsdepartementet, 2008-2009, s.62).

Når det oppstår brudd i livsløpet til et menneske i form av en funksjonsendring, kan det være behov for rehabilitering. Livet endres, det blir ikke som forventet og rehabilitering kan bidra til et godt fungerende dagligliv. Ordet rehabilitering har et bredt bruksområde. Fellesnevneren for begrepet rehabilitering er en oppstått skade og deretter en påfølgende rehabiliteringsprosess. I Solvang og Slettebø (2012), knyttes begrepet rehabilitering opp mot tiltak knyttet til funksjonsforbedring og økt deltagelse i hverdagslivet. Rehabilitering er et tverrprofesjonelt fagområde og flere ulike fagkompetanser er viktige i en rehabiliteringsprosess. Eksempler på disse kan være ergoterapi, psykologisk bistand, fysioterapi, logoped, legekunnskap eller sykepleier (Solvang og Slettebø, 2012).

3.2 Hva var opptakten til Hverdagsrehabilitering?

En av flere rehabiliteringsformer er hverdagsrehabilitering som det satses på i våre respektive kommuner på nåværende tidspunkt. I Norge ble hverdagsrehabilitering kjent i 2011/2012

(Ness et.al., 2012). I NOU 2011:11 ”Innovasjon i omsorg” (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011), er begrepet hverdagsrehabilitering nevnt. Hverdagsrehabilitering har også kommet på dagsorden i blant annet St.mld. 29 ”Morgendagens omsorg” (Helse og omsorgsdepartementet 2012-2013). I 2012 startet et samarbeidsprosjekt mellom Norsk ergoterapiforbund, Norsk fysioterapiforbund og Norsk sykepleierforbund for å innføre hverdagsrehabilitering i norske kommuner. Senere ble Kommunesektorens organisasjon (KS) inkludert i prosjektet. I slutten av 2014 var det i Norge 89 av 428 kommuner som gjorde praktiske erfaringer rundt hverdagsrehabilitering (Hverdagsrehabilitering, 2014). Dette mener vi viser at det er et fokus på hverdagsrehabilitering i Norge.

I ”Innovasjon i omsorg” (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011) presenteres det flere forslag til nytenking og innovasjon for å imøtekomme fremtidens omsorgsutfordringer.

Hverdagsrehabilitering omtales som en ny måte å tenke behandling på. Det ønskes at det ikke lenger bare skal settes inn passive kompenserende tiltak etter hvert som funksjonsevnen avtar. Det må settes inn mye ressurser i starten, i håp om å bryte en ond sirkel og hindre eller redusere konsekvensene av et videre problemforløp. Det må drives strategisk oppsøkende virksomhet og tidlig intervensjon som utgangspunkt for opptrening og hjelp til selvhjelp ut fra den enkeltes ønsker og mål. ”Innovasjon i omsorg” sier at det er i brukerens hjem de optimale forutsetninger for opptrening er tilstede. Der føler brukeren seg trygg, og kan bevege seg innenfor egne rutiner og rytmer, og forholde seg til kjente omgivelser og utfordringer i dagliglivet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011).

I ”Morgendagens omsorg” (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012-2013) uttrykkes det behov for å tenke nytt og framtidsrettet om innhold, innretning og ressursutnyttelse i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Habilitering og rehabilitering må være en naturlig og sentral del av all omsorg og pleie. Regjeringen har fokus på og ønsker å bidra til en faglig omstilling av den kommunale helse- og omsorgstjenesten, gjennom å ha sterkere vekt på rehabilitering, forebygging og tidlig innsats. Hverdagsrehabilitering i omsorgstjenestene bidrar til økt livskvalitet og bedrer funksjonsnivå hos bruker. Dette er en ny rehabiliteringsform som kan nå ut til flere brukere gjennom å involvere hjemmetjenestene i arbeidet. Det er ønskelig å videreutvikle satsingen på rehabilitering, aktivisering, mestring med personlige mål, og

stimulere kommunene til å forsøke ulike modeller for tidlig innsats og hverdagsrehabilitering (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012-2013).

Hverdagsrehabilitering medfører en dreining fra kompenserende tiltak til aktivisering og egenmestring i hverdagen. Den skal bidra til å bevare og vedlikeholde brukers funksjonsnivå og helse. En faglig omlegging til mer aktiv hjelp gir omsorgstjenestene flere verktøy å arbeide med. For kommunene kan hverdagsrehabilitering bli viktig for utviklingen av nye forebyggende tjenester. Tidlig tverrfaglig kartlegging av rehabiliteringspotensialet hos brukeren og tilsvarende tidlig og intensiv opptrening øker mestringssevnen og reduserer behovet for hjelp fra det offentlige (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012-2013).

3.2.1 Hverdagsrehabilitering

Uttrykket hverdagsrehabilitering bygger på en antagelse om at mennesket har behov for meningsfulle hverdagsaktiviteter, og at disse potensielt har en terapeutisk verdi.

Hverdagsrehabilitering innebærer at man starter med spørsmålet: ”Hva er viktige aktiviteter i livet ditt nå?”. Det arbeides målrettet og intensivt, med fokus på hverdagsaktiviteter som bruker selv mener er betydningsfulle. Hverdagsrehabilitering er tidlig, tidsavgrenset innsats og en samhandling mellom fysioterapeuter, ergoterapeuter og personell i hjemmetjeneste. Innsatsen skal gi økt selvhjulpenhet i daglige gjøremål. På denne måten kan bruker fortsette å bo hjemme, være aktiv i eget liv og være sosial. Hverdagsrehabilitering er et tankesett som baseres på at personen selv styrer hverdagsmestring og deltagelse. Denne rehabiliteringsformen gir muligheter for å inkludere aktuelle frivillige, pårørende og andre nærpersoner (Tuntland og Ness, 2014).

I følge Tuntland og Ness (2014) foregår hverdagsrehabiliteringen i personens hjem eller nærmiljø, og er tett knyttet til hjemmebaserte tjenester i kommunen. For fagutøvere som skal jobbe med hverdagsrehabilitering, innebærer det en holdningsendring. Tidligere spurte vi hva de trengte hjelp til, nå skal vi spørre hva som er viktige aktiviteter i livet deres akkurat nå. Hverdagsrehabilitering kjennetegnes ved at det foregår tverrfaglig samarbeid. Fysioterapeut, ergoterapeut, sykepleier og vernepleier er de høgskoleutdannede faggruppene som skal utarbeide en rehabiliteringsplan sammen med brukeren, på bakgrunn av bred tverrfaglig

kartlegging. En annen viktig oppgave som disse faggruppene har, er å veilede andre medhjelpere som jobber rundt brukeren. Dette gir økt kompetanse, og sikrer god kvalitet på tjenesteytelsen (Tuntland og Ness, 2014).

I hverdagsrehabilitering handler det om å ”gjøre sammen med” brukeren (Tuntland og Ness, 2014). Tidlig innsats er et nøkkelord i hverdagsrehabilitering, det vil si at ytelsen settes i gang tidlig i en sykdomsutvikling. Det er også viktig at responstiden er kort, og at rehabiliteringen startes opp raskt etter at behovet er meldt. Denne måten å rehabilitere på forutsetter økt tidsbruk per hjemmebesøk i en tidsavgrenset periode. Når både helsepersonell og bruker ved oppstart vet at prosessen er tidsavgrenset, fører dette trolig til at rehabiliteringen blir mer effektiv mens den pågår (Tuntland og Ness, 2014).



Figur 1: Rehabiliteringspyramiden til Kristiansand kommune

Kilde: <http://www.kristiansand.kommune.no/PageFiles/31770/hverdagsrehabilitering%2015.2.pdf> Fra: Tuntland og Ness (2014)

I forhold til rehabiliteringspyramiden som Kristiansand kommune laget i 2013, ligger hverdagsrehabilitering på andre nivå, rett etter helsetjenester i hjemmet. De inkluderer følgende brukere i hverdagsrehabilitering: Nye brukere i hjemmetjenesten, brukere med endret funksjon og brukere utskrevet fra sykehus (Tuntland & Ness, 2014).

Hverdagskompetanse er et begrep som brukes om eldre kunnskaper og ferdigheter, som de har opparbeidet seg gjennom livet. Hverdagskompetanse praktiseres individuelt i hjemmet, i nærmiljøet og ute i samfunnet (Hjelle, Johnson & Alsaker, 2014). Hverdagsmestring er et begrep som går hånd i hånd med hverdagsrehabilitering, da dette er en helsefremmende måte å tenke på. Hverdagsmestring tar utgangspunkt i den enkeltes mestring uansett funksjonsnivå (Tuntland & Ness, 2014). Fagpersoner må kartlegge brukers ressurser, hvilke daglige aktiviteter bruker mestrer, og hva slags aktiviteter som er meningsfulle for hver enkelt. Resultatet av kartleggingen vil vise hver enkelt sin hverdagskompetanse (Hjelle, Johnson & Alsaker, 2014). Denne kompetansen beskrives i ”Morgendagens omsorg” (2012-2013) som: ”Hverdagsrehabilitering er en arbeidsform som vektlegger personens helse og ressurser, fremfor ensidig oppmerksomhet på sykdom og begrensninger”. Hverdagsrehabilitering er en rehabiliteringsform som setter bruker og brukers mål i fokus, og kjennetegnes ved en sterk grad av brukerdeltakelse (Tuntland og Ness, 2014).

3.2.2 Brukermedvirkning

”Pasient og bruker har rett til å medvirke ved gjennomføring av helse- og omsorgstjenester. Pasienten har herunder rett til å medvirke ved valg mellom tilgjengelige og forsvarlige undersøkelses- og behandlingsmetoder. Medvirkningens form skal tilpasses den enkeltes evne til å gi og motta informasjon”. (Helse- og omsorgsdepartementet 1999).

Brukermedvirkning er en rettighet som innebærer at enkeltpersoner medvirker i beslutningsprosesser som angår egen livssituasjon. Brukermedvirkning er en arbeidsmetode som innebærer en kvalitetssikring av tjeneste- og tiltaksutforming, ved at erfaringsbasert kunnskap overføres til beslutningstakere og tjenesteutøvere. Det er også en strategi for å nå målet om et samfunn for alle (Arbeids- og sosialdepartementet 2001, kapittel 19.3).

3.2.3 Tverrfaglig innsats

Tett samarbeid mellom bruker og tverrfaglig team er essensielt i hverdagsrehabilitering (Tuntland og Ness, 2014). En yrkesgruppe kan ikke drive hverdagsrehabilitering alene, det må være ulike yrkesgrupper representert. En av de viktigste oppgavene i oppstarten av hverdagsrehabiliteringen er å lage en rehabiliteringsplan i samarbeid med brukeren. Denne

lages på bakgrunn av bred tverrfaglig kartlegging av flere yrkesgrupper. Her vil rehabiliteringskompetanse være viktig for å yte en faglig forsvarlig tjeneste. Det vil være nødvendig med tett samarbeid mellom bruker og hverdagsrehabiliteringsteamet i utarbeiding av rehabiliteringsplanen. Brukernes ønske om aktivitet vil kreve innsats fra ulike yrkesgrupper (Tuntland og Ness, 2014).

3.2.4 Aktivitet

Aktivitet referer til samhandlinger af hverdagens handlinger og oppgaver, som er navngivet, organisert og har fået tillagt værdi og mening af en kultur og dens individuelle medlemmer. Aktivitet er alt, hvad mennesker gør for at være beskæftiget, inklusive at klare sig selv (egenomsorg), nyde livet (fritid) og at bidrage til samfundets sociale og økonomiske struktur (arbejde) (Law, Polatajko, Baptiste og Townsend 1997. s.36).

Livet består av et mangfold av aktiviteter (Law, Polatajko, Baptiste og Townsend, 1997). Alt det mennesker gjør er en aktivitet. Aktivitetene varierer gjennom livet, fra person til person, blant annet med kulturell tilhørighet, sosiale roller, kjønn, alder, interesser og livssituasjon. Gjennom ulike aktiviteter utvikler vi oss selv, påvirker og påvirkes av våre egne omgivelser. Menneskers dagligaktiviteter og egne erfaringer er ressurser som er av betydning for helsen. Alle mennesker har behov for å være i aktivitet, eller oppleve deltagelse.

3.3 Kartleggingsverktøy innen hverdagsrehabilitering

Her presenterer vi de kartleggingsverktøyene som vi ser oftest har blitt brukt innenfor hverdagsrehabilitering. Dette gjelder innenfor de kommunene som har begynt med hverdagsrehabilitering i rapportene vi har lest.

3.3.1 Individbasert helse- og omsorgs statistikk (IPLOS)

IPLOS er et nasjonalt helseregister som samler data som beskriver bistandsbehov og ressurser til de som søker eller mottar tjenester fra helse og omsorg. IPLOS forskriften ble vedtatt og

trådte i kraft i 2006 og er obligatorisk å bruke i alle kommuner. IPLOS er utviklet for å kunne utvikle tjenestene på grunnlag av kunnskap om søkerens/tjenestemottakers bistandsbehov, og kunne følge med på utviklingen innen helse og omsorgssektoren. Målet er å systematisere kunnskap og statistikk både til kommunene og sentrale myndigheter, utnytte ressursene, kvalitetsutvikle tjenesten og gjøre de likeverdige og virkningsfulle. God kunnskap om behovet for bistand gir større mulighet for å tilrettelegge tjenestene, slik at de i størst mulig grad kan imøtekomme behovet til den enkelte tjenestemottaker (Helsedirektoratet, 2014).

3.3.2 The Canadian Occupational Performance Measure (COPM)

COPM er et standardisert kartleggingsverktøy som måler aktivitetsutførelse innen personlig daglige aktiviteter, produktivitet og fritid. COPM er opptatt av fysiske, kognitive og affektive (følelsesmessige) funksjoner, som er viktige komponenter i utførelse av aktivitet. Dette er et kartleggingsverktøy som er utformet av og for ergoterapeuter, men andre yrkesgrupper kan utføre denne etter opplæring. Kartleggingsverktøyet måler betydningen av aktiviteten for den enkelte bruker, utførelsen av aktiviteten brukeren beskriver som utfordrende, samt tilfredsheten ved utførelsen av den enkelte aktivitet. Brukeren skårer på en skala fra en til ti, hvordan han/hun utfører aktiviteten på nåværende tidspunkt. Deretter skårer han/hun på tilfredsheten av utførelsen på de betydningsfulle aktivitetene, fra en til ti. Dette fører til at brukeren blir involvert og engasjert i prosessen. COPM ivaretar oppfatningen av at bruker er ansvarlig for egen helse og den terapeutiske prosessen. Denne kartleggingen gir mulighet for å arbeide med aktiviteter som bruker synes er meningsfulle (Kjeken, 2005).

3.3.3 Short Physical Performance Battery (SPPB)

SPPB er en test for å screene den fysiske funksjonen hos eldre mennesker. Testen ser på balanseevne og evnen til å utføre statisk balanse, gangfunksjon med en fire meter gangtest og det kunne reise seg og sette seg fem ganger. Den har også vist seg å være egnet til bruk ved akutt sykdom hos eldre. For å utføre testen trenger man stoppeklokke, målebånd, farget markeringstape og stol. Testen har vist seg å ha god evne til forebygging av økt hjelpebehov og fremtidig funksjonsfall. Denne testen er det oftest fysioterapeuter som utfører, men andre yrkesgrupper kan utføre denne etter opplæring (Bergh et.al., 2013).

3.4 Presentasjon av forskningsartiklene

Forskningsartikkelen "Reablement in av community setting" (2014) er skrevet av Annette Winkel, Henning Langberg og Eva Ejlersen Wæhrens. Denne studien er en ikke-randomisert pilotstudie av et nytt rehabiliteringsprogram i København. Målet med denne pilotstudien var å evaluere hvordan hjemmebaserte rehabiliteringsprogrammer påvirker ADL (Activity of Daily Living) evne til eldre voksne. Deltakerne ble rekruttert mellom oktober 2010 og juli 2011. Potensielle deltakere var fra to lokale distrikter i København som søkte om hjemmetjenester eller hadde en økning i hjemmebaserte tjenester. Etter et 12-ukers hjemmebasert rehabiliteringsprogram ble ADL evne forbedret blant deltakerne, uavhengig av om de tidligere har fått hjelp.

Forskningsartikkelen "Early discharge to therapy-based rehabilitation at home in patients with stroke: a systematic review" (Winkel, Ekdahl & Gard 2008), er en kvalitativ studie. Sytten publikasjoner er inkludert i denne studien. Disse er lokalisert til åtte forskningsartikler fra Akershus, Montreal, Newcastle, Oslo, Stockholm, Torino, Trondheim 1 og Trondheim 2. 1122 slagpasienter fikk tilbudet om hverdagsrehabilitering etter sykehusopphold, disse pasientene var fra 28 til 93 år. Studiene hadde en varighet på ett år, kun Stockholm hadde oppfølging inntil fem år. Felles funn for studiene var at tidlig utskrivning fra sykehus og hjemmerehabilitering, kunne redusere liggetid på sykehuset. I mange tilfeller ble score på PADL (Personal or Physical Activities of Daily Living) bedret, mens IADL (Instrumental Activities of Daily Living and Quality of Life) bedres mest.

3.5 Presentasjon av rapportene

"Fra passiv mottaker til aktiv deltaker, Hverdagsrehabilitering i norske kommuner" er en rapport av KS som er utarbeidet av Først og Høverstad (2014). Prosjektrapportens formål er å fremstille erfaringer norske kommuner har med utprøving av ulike modeller for hverdagsrehabilitering, spesielt i forhold til styring, ledelse og økonomi. Det er 18 kommuner og to bydeler i Oslo som har innført eller planlegger å starte hverdagsrehabilitering. I åtte av kommunene er det blitt foretatt dybdeintervju av folkevalgte, administrative ledere, ledere for rehabiliteringsarbeid og med medarbeidere som er involvert i hverdagsrehabilitering.

Stavanger kommune utviklet en ny aktiv eldresatsing, et prosjekt kalt "Leve hele livet". Hverdagsrehabilitering er en av fire deler av dette. Til sammen skal de fire delene i prosjektet gjøre at brukerne kan leve aktivt, selvstendig og trygt. I rapporten fra Stavanger kommune er både kvalitativ og kvantitativ metode benyttet. Madla bydel jobbet med pilotprosjekt på hverdagsrehabilitering 1. november 2012 til 30. april 2013. Målgruppen var nye brukere over 65 år fra helse og sosialsenteret i kommunen. Det er gjort individuelle intervjuer med ni brukere, dette var sju kvinner og to menn. Gjennomsnittsalderen var 79,5 år og de hadde i gjennomsnitt 38,75 dager med hverdagsrehabilitering (Stavanger 2013).

"Hverdagsrehabilitering i Fredericia kommune" er en kvalitativ devaluering av hverdagsrehabilitering som ble utført av Dansk Sunnhetsinstitutt (DSI) på oppdrag av Fredericia kommune i 2008 skrevet av Pia Kürstein Kjellberg. I oktober samme år mottok de første brukerne tilbud om hverdagsrehabilitering fremfor alminnelig hjemmehjelp. Kriteriene for å bli henvist til prosjektet var; ikke mottatt hjemmehjelp tidligere, brukere som før sykehusinnleggelse var selvhjupene, brukere med midlertidig funksjonstap, bruker med rehabiliteringspotensiale eller skifter fra midlertidige til varige hjelpemidler. I alt 64 brukere er inkludert i rapporten og var over 65 år. Rapporten som er skrevet ser på kjennetegn for den spesifikke "Fredericiamodellen" hvor hverdagsrehabilitering per i dag er den daglige driften i kommunen. Hverdagsrehabilitering er et av fem prosjekter innenfor "Lengst mulig i eget liv" som var planlagt iverksatt i Fredericia kommune. Formålet med prosjektet "Hverdagsrehabilitering" var å forsinke oppstart av pleie ved å utvikle, prøve ut og deretter implementere en modell for hverdagsrehabilitering, som var inspirert fra arbeidet som er gjort i Østersund tidligere (Kjellberg, 2010).

4.0 Hvilke suksesskriterier skal til for at en bruker lykkes med hverdagsrehabilitering?

Som tidligere beskrevet i metodedelen vil vi her drøfte suksesskriterier for hverdagsrehabilitering som er beskrevet i litteraturen og se disse opp mot egne erfaringer. Vi trekker videre linjer mellom forskning og stortingsmeldinger. Suksesskriteriene vi tar for oss er hjemmet som oppfølgingsarena, tverrfaglig innsats, hjemme hos bruker, kartlegging, gode målsettinger, evaluering og holdningsendringer - fra passiv til aktiv bruker og. Slik vi ser disse suksesskriteriene, er de viktige for at brukere skal lykkes med hverdagsrehabilitering. Aktivitet, motivasjon, og mestringsarbeid er kriterier vi også fant i forskning og rapporter. Disse har vi valgt å drøfte underveis i de ulike hovedoverskriftene, siden dette er kriterier vi mener bør ligge til grunn for hele hverdagsrehabiliteringsprosessen.

4.1 Hjemmet som oppfølgingsarena

Litteraturen vi har lest og egen erfaring innen feltet viser at graden av brukermedvirkning har endret seg siden begrepet brukermedvirkning kom på banen første gang. Tidligere var det helsepersonell som bestemte hva behandlingen skulle være, når bruker kom til legen eller på sykehuset. Senere ble det bestemt fra Stortinget at brukere skulle ha rett til medbestemmelse over egen behandling og eget liv, dette ble kalt brukermedvirkning. Vi ser en tendens til at brukere i dagens samfunn mer og mer vil, eller må ta styring over eget liv - som også kan beskrives som brukerstyring. I tråd med Antonovskys salutogenese er det viktig at bruker opplever meningsfulle aktiviteter og har tilstrekkelige ressurser for å møte ulike situasjoner i livet og føle delaktighet i det som skjer i eget liv (Antonovsky, 2012). Erfaringer fra praksis viser at de mest meningsfulle aktivitetene for bruker utføres i hjemmet. Det er lettere å jobbe med konkrete daglige aktiviteter i eget hjem, enn å jobbe med aktivitetene i en avdeling.

Stavangerrapporten (2013) viser til at det er viktig at noen fra hverdagsrehabiliteringsteamet kommer hjem til brukerne. Tiltakene blir mer forståelige når de ble relatert til hjemmet. ”Innovasjon i omsorg” (2011) sier at de optimale forutsetningene for trening er i brukerens hjem. Der føler de seg trygge og kan gjøre aktiviteter etter egne rutiner og rytmer, i kjente

omgivelser. Det er i hjemmet utfordringene i dagliglivet oftest oppstår, og hvor de må finne løsninger (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011). Stavanger har erfart at brukerne fikk snakket mer åpent med hjemmetrenerne i eget hjem om egen helse. Ved å fokusere på hva de kunne klare og ikke på sine egne begrensninger, innså de at de hadde flere muligheter enn de først trodde (Stavanger kommune, 2013). I Winkel et.al. (2008) beskriver brukere at ”face to face” kontakten de får med fagpersoner, oppleves bedre hjemme. Dette på grunn av at det er lagt opp til bedre tid til brukeren.

Forskningen til Winkel et.al. (2014) viser viktigheten ved å håndtere utfordringene knyttet til hverdagen i eget hjem, og forstå hvorfor og hvordan treningen skulle gjennomføres. Ved å gjennomføre ADL-trening i eget hjem, viste de en bedring i utførelse av ADL-oppgavene. Våre erfaringer viser at ved å trene i sine egne omgivelser der en skal gjennomføre daglige gjøremål, får bruker et større eierforhold til treningen og motivasjonen for å nå sine egne målsetninger øker. Det er ikke det samme å gå i en trapp på en institusjon med rekkverk på to sider, som det å trene i sin egen trapp med smale trappetrinn, en annen bratthet og rekkverk på en side.

Forskningsartikkelen til Winkel et.al. (2008), gjenforteller at brukerne syntes det var motiverende og trygt at treningen foregikk i deres eget hjem. De føler at de mestrer hverdagens aktiviteter igjen. Samme artikkel hevder at når helsepersonell arbeider i brukers hjem, må de unngå en ekspertholdning overfor bruker. Erfaring viser at bruker er ekspert på eget liv og det er viktig at bruker får styre rehabiliteringsprosessen. Brukerne som er inkludert i rapporten fra Stavanger, opplevde at det var enklere å sette i gang når det var noen som kunne ”dytte dem i riktig retning”. Det var ikke enkelt å komme i gang med trening på egenhånd. Dette underbygger Tuntland og Ness (2014), og det samsvarer med egne erfaringer som viser at det er lettere å trene sammen med noen enn alene. Vi har sett at brukere som har hverdagsrehabiliteringsteam til stede under trening, ofte får bedre treningsresultat enn de som trener alene i hjemmet.

Stavangerrapporten (2013) deler mestring inn i måloppnåelse, motivasjon og funksjonsbedring. God motivering fra helsepersonell gir godt motiverte brukere, som gir utslag i funksjonsbedring. Alle disse faktorene har stor betydning når det kommer an på å

kunne bo lengst mulig i eget hjem. De fleste er opptatt av å ha best mulig funksjonsevne, lengst mulig. Hverdagsrehabilitering er en metode for å kunne hjelpe befolkningen til å få utsatt hjelpebehovet i forhold til hjemmebaserte tjenester, utsette og komme på sykehjem og å forebygge sykehusinnleggelse.

I litteraturen nevnes det at hverdagsrehabilitering i større grad gir bruker og nærmeste pårørende økt livskvalitet. Det er kun i 1 av de 17 studiene som nevnes i forskningsartikkelen til Winkel et.al. (2008), hvor det ble påvist nedsatt helse og livskvalitet hos nærmeste pårørende. Dette ble begrunnet med at for mye av ansvaret angående rehabiliteringen ble lagt på nærmeste pårørende. I Fürst og Høverstad (2014) nevnes det at flere av kommunene understreker at motivasjon og informasjon av både brukere og pårørende er viktig for å få en vellykket rehabiliteringsprosess. Stavanger rapporten (2013), Fürst og Høverstad rapporten (2014) og forskningsrapporten fra Winkel, Langberg og Wæhrens (2014), får frem at hverdagsrehabilitering gir bedre livskvalitet for brukerne.

Ved å bruke ICF, viste rapporten til Winkel et. al (2008) at det å trene hjemme var mest motiverende. Denne gruppa hadde en raskere bedring enn brukere som ble rehabilitert på sykehus. Brukernes oppfatning av egen helse var mer positiv hos de som fikk trene hjemme. Egen praksis viser at det er motiverende å trene når de ser hva de trener mot. En bruker hadde som mål og drive ute i hagen, men trengte gangtrening. For henne var det å kunne ta korte turer i hagen eller på gårdsplassen en del av treningen for å nå målet.

Oppsummert kan vi si at ”hjemmet som oppfølgingsarena” som suksesskriterie, er hjemmet den beste arenaen for hverdagsrehabilitering. Det er der bruker skal utføre sine daglige gjøremål. Bruker får eieforhold og motivasjon i treningen ved å trene hjemme. Samtidig er det enklere og komme i gang med treningen når helsepersonell kommer å kan sette dem i gang. Hverdagsrehabiliteringsbrukere har ofte bedre treningsresultater og raskere bedring enn de som trener alene.

4.2 Tverrfaglig arbeid hjemme hos bruker

I følge Tuntland og Ness (2014) er hverdagsrehabilitering en tidsavgrensa tverrfaglig innsats som skal raskt på banen. Her er det fokus på hverdagsaktiviteter som er viktig for brukeren her og nå. Erfaring viser at det er viktig at brukeren er motivert og har fokus på trening i aktiviteter som er viktig i livet nå. Det er ved å trene på aktiviteter som man vil starte opp igjen med, at man får meningsfull trening og aktivitet. For å kunne bo hjemme lengst mulig og mestre dagliglivet må man mestre daglige gjøremål fra man står opp, til man legger seg.

Fürst og Høverstad (2014) sier at tanken bak hverdagsrehabilitering er: ”en kortvarig og intensiv tverrfaglig innsats skal øke mestringsevne og utsette hjelpebehov”. Dette mener vi betyr at ved å sette inn innsats der det trengs, vil bruker kunne bo hjemme lengst mulig. Erfaring tilsier at det må være behov for en tverrfaglig innsats for å kunne sette inn hverdagsrehabilitering. Dette er i samsvar med Fürst og Høverstad (2014), hvor de skriver at behov for enkelttiltak ikke skal omfattes av tjenesten hverdagsrehabilitering.

I hverdagsrehabilitering arbeides det med samme mål uansett hvilken faggruppe som er tilstede. Treningen utføres også likt uavhengig av hvilken faggruppe som er inne til enhver tid. Dette samsvarer med rapporten til Fürst og Høverstad (2014) som i tillegg viser at dette har en tilleggseffekt, da fagpersonene har en unik mulighet til kunnskapsutveksling. På denne måten vil bruker få en helhet og stabilitet i hverdagsrehabiliteringstilbudet som vi ser er en fordel for bruker. Dersom de ulike faggruppene utfører arbeidet forskjellig vil dette skape usikkerhet for bruker og resultatet av hverdagsrehabiliteringen kan bli påvirket. Fürst og Høverstad (2014) viser til at konkurranse mellom faggruppene bør unngås. Vi mener at det er målet til brukeren som skal nåes, og man må tåle å arbeide litt utenfor sine faggrenser for å klare å oppnå resultater hos den enkelte bruker. I samsvar med Ness (2014) ser vi at det er viktig å krysse faggruppers grenser og utføre de samme oppgavene hjemme hos bruker uavhengig av hvilke faggrupper man tilhører. Samtidig må vi ikke glemme det spesifikke hver enkel yrkesgruppen kan bidra med, det som er unikt for deres fagkompetanse.

I samsvar med Fürst og Høverstad (2014), mener vi det er viktig med god informasjon og motivasjon av brukere og pårørende. Pårørende kan være en ressurs i brukers

hverdagsrehabiliteringsprosess. De er også viktige i oppfølgingen etter at hverdagsrehabiliteringsteamet har trukket seg ut. Pårørende vet mer om hjemmesituasjonen til bruker enn fagpersonene. De kan være med å trene sammen med bruker etter teamet har trukket seg ut, dersom de ønsker dette. Stavangerrapporten (2013) henviser til at hverdagsrehabiliteringsteamet før oppstart, hadde en samtale hvor brukerne fikk informasjon om hva hverdagsrehabilitering var og hva som ble forventet av den enkelte. Dette mener vi kan være med å utelukke de som ikke er motiverte eller ikke anses som hverdagsrehabiliteringskasus. Egen praksis viser at tydelig informasjon tidlig er viktig. Et eksempel på at utydelig informasjon, er en bruker som etter oppstart av hverdagsrehabilitering hadde så mange avtaler i det daglige, at det ble praktisk vanskelig å gjennomføre opplegget. I Stavangerrapporten (2013) så brukerne at det var behov for å delta for å kunne gjøres i stand til å opprettholde funksjon eller bli selvhjulpel. Her fikk brukerne en bekreftelse på hvor viktig det er å holde seg i aktivitet.

I hverdagsrehabilitering handler det om å hente frem de ressursene brukeren har, for å gi dem muligheten til å kunne mestre sin hverdag på en ny måte. Som helsepersonell må vi veilede brukeren til å klare å tilpasse aktiviteten etter sin funksjon. Brukerne i rapporten til Stavanger uttrykte at helsepersonellet snudde spørsmålet fra hvilke aktivitetsbegrensninger de opplevde, til å få de til å tenke at dette er noe jeg skal klare og ikke sette begrensninger for seg selv. For teamet i Stavanger var det viktig å observere brukeren i gjennomføringen av aktiviteten, for å klare å tilpasse aktiviteten til bruker sitt funksjonsnivå. En bruker som er intervjuet i denne rapporten uttrykker dette: "...jeg har en veldig høy bil og med hjelp av en plastikkpose så kunne jeg snu meg.." (Stavanger kommune, 2013. s.16). Dette eksemplet viser hvilke små grep som kan gjøres for å få bruker til å føle mestring.

Oppsummert kan vi si at tverrfaglig innsats i hjemmet bør være tilstede i hverdagsrehabilitering. Målene til bruker jobbes mot av alle i teamet. Hver yrkesgruppe bidrar med sine erfaringer og kunnskap, og det handler om å hjelpe bruker til å se muligheter – ikke begrensninger.

4.3 Kartlegging

Våre erfaringer er at gode kartleggingsverktøy er vårt viktigste redskap i samarbeid med brukerne. En god kartlegging gir et godt grunnlag for videre arbeid i rehabiliteringsprosessen. Bruker får relevante tiltak å jobbe videre med for å kunne nå sine målsetninger sammen med pårørende og helsepersonell.

Vi har erfart at det ved et første besøk kan være lurt å fortelle bruker hva hverdagsrehabilitering er og oppfordrer bruker til å tenke over hvilke aktiviteter som er utfordrende før en målsamtale. Bruker har behov for å "lande" hjemme før en målsamtale, for å erfare hvilke aktiviteter som er blitt mer utfordrende i hverdagen. Dette er brukere som har vært for eksempel på en rehabiliteringsinstitusjon og skal fungere hjemme.

Kartleggingsprosessen kan bestå av å bli undersøkt av hver enkelt faggruppe som inngår i det tverrfaglige teamet ut fra hvilke opplysninger hver enkelt faggruppe har behov for. Vår erfaring viser at like viktig som kartlegging med standardiserte verktøy er en kartlegging av bruker sine ressurser, ressursene blir viktige i det videre arbeidet i rehabiliteringsprosessen.

En COPM kartlegging har fokus på aktiviteter som er viktig for bruker å mestre selv. Det er viktig at det under en slik samtale snakkes samme "språk", og at den som kartlegger viser forståelse for hva brukeren synes er utfordrende. Det blir laget rehabiliteringsmål som brukeren selv definerer. Kjekken og Hunnålvatn (2014), skriver at det kan ligge mye motivasjon og kraft i utfordrende mål, og helsepersonell er ikke alltid de rette til å forutse hva en bruker kan oppnå på lengre sikt. Som helsepersonell erfarer vi at vi sammen med bruker må finne meningsfulle aktiviteter som tiltak som videre kan bidra til måloppnåelse.

Ved å bruke et kartleggingsverktøy som COPM, viser våre erfaringer at helsepersonell ser brukers opplevelse av situasjonen bedre. Dette er i tråd med Kjekken (2005) sin beskrivelse av COPM. Bruk av dette kartleggingsverktøyet gjør at man i større grad kan se hva som er viktige aktiviteter for brukeren å komme i gang igjen med. Helsepersonell kan i flere tilfeller tenke at de viktigste aktivitetene er å bli selvstendige i personlig hygiene. Eksempelvis det å klare seg på toalettet selv. Dette trenger ikke være tilfelle dersom man spør brukeren. Den vil da kanskje svare at de viktigste aktivitetene er å hente posten og gå tur med hunden. Det er her viktig å jobbe mot brukers mål og ikke helsepersonellens mål. Dette samsvarer med hva

Kjeken og Hunnålvatn (2014) beskriver. Stavangerrapporten (2013) bekrefter dette med at målsettingsformulering har bidratt til at brukerne selv endret holdningene sine for hva som er riktig og viktig å bidra med for å opprettholde aktivitetsnivået sitt.

Kjeken (2005) fokuserer på viktigheten av at bruker blir engasjert og involvert i rehabiliteringsprosessen. Dette mener vi har innvirkning på hvor motivert bruker blir i prosessen og at det har innvirkning på resultatene i hverdagsrehabilitering. Egen arbeidshverdag viser enkelte brukere med liten motivasjon i kartleggingsfasen og i liten grad tar del i målsettingsarbeidet. En stor del av disse brukerne er i mindre grad motivert og engasjert i egen rehabiliteringsprosess og er mer opptatt av for eksempel tradisjonell fysioterapitrening. Dette har innvirkning på resultatene og bruker får i mindre grad utbytte av treningen.

Helsepersonell har forskjellig syn ut fra hvilken profesjon de har. Vår erfaring er at IPLOS er et kartleggingsverktøy som kan være unøyaktig i form av at det er ulike faggrupper som gjør kartleggingene, og man da får forskjellige resultater. Det er stor grunn til å anta at kartleggingen ikke vil bli lik når ulike yrkesgrupper kartlegger. IPLOS har faste parametere som kartlegges i forkant og underveis i innsatsen. Her kan vi se endring over tid. Vi opplever at dersom man ser potensialet i kartleggingsverktøyet vil det være med på å beskrive funksjonen før og etter innsats, og hvor hjelpetrengende man er før og etter.

Bergh et.al. (2013) beskriver SPPB som en funksjonstest som ser på funksjonen hos eldre mennesker. Testen ser på aktiviteter som er naturlig i løpet av en dag, som å reise seg og sette seg, og bevege seg over en avstand. I arbeidspraksis erfarer vi at brukeren ofte er opptatt av positive og negative endringer i sin funksjon. Eksempler på dette er at man ikke klarer å komme seg opp fra stolen lenger, eller begynner å få nedsatt balanse og må ta ”attersteg” for å unngå fall. Erfaring viser at brukerne er interessert i å komme raskt i gang med rehabiliteringen. Selv om det må kartlegges før oppstart, mener vi at bruk av SPPB er et fint verktøy for at brukeren skal føle at man er i gang med rehabiliteringen. Erfaringer viser at SPPB er et verktøy som er godt egnet for å se på hvilke funksjoner i kroppen det er nødvendig å trene på i et rehabiliteringsforløp, som for eksempel balanse, styrke og koordinasjon.

Oppsummert kan vi si at kartlegging gir et godt utgangspunkt i en hverdagsrehabiliteringsprosess. Det er viktig å bruke samme begrep i dokumentasjonen av kartleggingen som bruker uttrykker. På denne måten er målene gjenkjennelige for han/henne.

4.4 Målsetting

Ved å kartlegge på ulike områder som fysisk tilstand, aktiviteter som er meningsfulle og nødvendige i det daglige, får vi et godt utgangspunkt videre i rehabiliteringsprosessen sammen med brukeren. For brukeren er det viktig å ha målsetninger for å ha noe å strekke seg etter. Vi erfarer at det er viktig å motivere bruker underveis i rehabiliteringsprosessen, for å ”pushe” bruker litt ekstra, det er viktig at bruker får akkurat passe mengde med utfordringer til en hver tid. Utfordringen ved å se om målet er oppnådd eller ikke, oppstår dersom målsetningene ikke er konkrete nok.

I en hverdagsrehabiliteringsprosess er målsetninger sentralt i forhold til hvilke aktiviteter som skal jobbes med til enhver tid. Fredericierapporten (2010) viser til at hjemmehjelper i ordinær tjeneste utfører de oppgaver som er funnet ved vurderingsbesøk for ytelser, mens hverdagsrehabilitering arbeider etter hvilke mål som bruker selv har satt opp i COPM. Stavangerrapporten (2013) viser at det har stor betydning for den enkelte bruker å være involvert i målsettingen. Brukernes egne beskrivelser av aktiviteter som var viktige i livet deres nå, var viktige for måloppnåelse. Vi mener ved å benytte brukernes egne målformuleringer, gjøres målene mer personlige og skaper engasjement for videre arbeid i hverdagsrehabiliteringsprosessen.

I Stavangerrapporten (2013) har de erfart at språkformuleringen hadde betydning for om brukeren selv kunne formulere egne mål. Det var lettere når man spurte ”hvilke aktiviteter som er viktige i livet ditt nå”, enn om man formulerte seg annerledes og brukte vanskeligere formuleringer eller ord som ikke var gjenkjennbare. Dette viser viktigheten ved at brukernes egne utsagn blir hverdagsrehabiliteringsens målsetninger. Våre erfaringer viser at målsetting kan være vanskelig for bruker å forstå dersom man ikke føler det naturlig å sette egne mål eller forstå hva som blir sagt.

Det viktigste med målsettingen er i følge Stavangerrapporten (2013) å finne frem til ressursene bruker har. Den beste måten er å la brukeren selv bestemme målene. Brukeren vil da kjenne seg igjen i det den selv har formulert. Erfaringer fra egen praksis underbygger viktigheten med å se på brukers ressurser i arbeidet med målformulering. Et eksempel fra praksis på at det ble skrevet et mål annerledes enn bruker sa, er: ”jeg vil gå etter avisen uten rullatoren”. Det ble skrevet: ”ønsker å gå til postkassa uten hjelpemidler”. I dette tilfellet var ikke bruker sikker på hva som mentes med ordet hjelpemiddel, og kjente ikke helt igjen sitt eget mål. Det er viktig å se på hvilke ressurser bruker har som man kan bygge videre på, og at bruker velger en aktivitet som han var trygg i før skaden oppstod. Dermed kan vi som fagutøvere utfordre trinn for trinn, og dermed kan bruker få fremskritt i forhold til for eksempel fysisk aktivitet. En bruker hadde hentet posten i alle år, dette var en aktivitet han var trygg i før skaden oppstod. Dermed kunne vi utfordre balansen trinn for trinn, da han var kjent med aktiviteten fra før og visste hvordan den skulle utføres.

I ”Morgendagens omsorg” uttales det ønske om at kommunene skal videreutvikle satsningen på rehabilitering og aktivisering (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012-2013). I rapporten til Stavanger (2013) er aktivitetstilpasning et begrep som tas opp. I forhold til målene som hver enkelt bruker setter seg, må aktiviteten alltid tilpasses det funksjonsnivået som bruker kan mestre på daværende tidspunkt. Det var viktig å ha fokus på hva brukeren fikk til, og ikke aktivitetsbegrensningene deres. Vi har erfart at når funksjonsnivået bedres kan bruker etter hvert utføre aktiviteter mer på egenhånd tilnærmet slik den ble utført tidligere før funksjonsfallet inntraff. Gap-modellen beskriver dette ved at gapet mellom personens forutsetninger og omgivelsenes krav reduseres, og gjennom tiltak som styrker personlige forutsetninger for utførelse av aktivitet (Grue, 2012).

Hjemme hos enkelte brukere er det behov for hjelpemidler, slik at bruker kan trene seg opp til å nå målene sine. Hjelpemidlene blir viktig for å kunne fokusere på de målene brukeren har satt seg. Her kan hjelpemidlene fjernes etter hvert som bruker får bedre funksjon. Et eksempel på dette er en bruker som har mål om å reise seg fra toalettet på egenhånd. Bruker har behov for styrketrening for å klare dette. I mellomtiden har bruker behov for toalettforhøyer, for å klare å gjennomføre den nødvendige daglige aktiviteten. Etter hvert som funksjonen bedres kan toalettforhøyeren tas bort. Hos andre brukere er det viktig at det blir forsøkt trent på den

aktiviteten som medfører utfordringer, og dersom treningen ikke fører frem kan man bestille hjelpemidler. Dette vurderes fortløpende av helsepersonell. Ute i arbeidsfeltet har vi sett en tendens til at de brukerne som får hjelpemidler, kan bli litt passiviserte, og heller få et funksjonsfall. Dersom hjelpemidlet er hensiktsmessig for bruker til å mestre å være aktiv i sin egen hverdag, er dette det beste. Dette kalles hverdagsmestring, og er et begrep som Tuntland og Ness (2014) bruker mye i forhold til hverdagsrehabilitering.

Vår praksis viser at brukere som har levd med sin funksjonsbegrensning en stund, ofte har funnet egne løsninger for å klare å gjennomføre aktiviteter på egenhånd. Ved hverdagsrehabilitering kan brukere ha nylig oppståtte funksjonsbegrensninger, og kan ha større vansker med å se løsninger. Vi som helsepersonell må da være med å tenke kreative løsninger slik at bruker blir mest mulig selvstendig i daglige aktiviteter på sikt.

Stavangerrapporten (2013) viser at brukerne opplevde bedring av livskvaliteten sin ved å få et bedre funksjonsnivå, og ble motivert til å fortsette å gjøre hverdagsaktiviteter og delta sosialt. Rapporten viser at brukerne ble mer fokusert på hvilke aktiviteter som var viktige for dem, og kunne selv planlegge nye mål de ønsket å jobbe videre med på egenhånd.

Mestring av personlige mål nevnes også i ”Morgendagens omsorg”, i forbindelse med tidlig innsats og hverdagsrehabilitering (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012-2013). Først og Høverstad (2014), Kjellberg (2010) og Stavangerrapporten (2013) viser at det å sette seg egne mål har påvirkning på motivasjonen. Etter hvert ser brukerne at de nærmer seg mer og mer en måloppnåelse, og det gir dem mer motivasjon til å trene videre. Her ser man derfor viktigheten av å ha en god kartlegging i oppstarten, slik at brukeren får satt seg mest mulig konkrete mål. Konkrete mål gjør det lettere å se når målene er oppnådd. De fleste rapportene og artiklene vi har lest oppgir COPM, ADL, IPLOS og SPPB, som de kartleggingsverktøyene som er vært i bruk for å komme frem til brukers mål. I forbindelse med måloppnåelse og funksjonsbedring nevner spesielt Fredericia kommune at brukerne blir mer tilfreds etter en periode med hverdagsrehabilitering. De har oppnådd noe for seg selv som de kanskje syntes virket vanskelig å oppnå, og føler tilfredshet med dette. Vi ser at brukere kan ha vanskelig for å sette seg mål når man ikke vet hva man kan oppnå. Da brukeren ser tilbake på målene ved evaluering blir de ofte stolte over at de har klart å komme så langt.

Stavangerrapporten (2013) kategoriserer verdighet, familieinvolvering og fremtidsfokusering under begrepet livskvalitet. Muligheten til å kunne utføre aktiviteter som andre tar som en selvfølge, handler om livskvalitet og verdighet for brukerne. Brukere som har nær tilknytning til familien sin, føler at deres involvering er viktig. Familien oppleves som god støtte og heia-gjeng i hverdagsrehabiliteringsprosessen. Rapporten forteller at brukere som har sluttført en periode med hverdagsrehabilitering, fokuserer mer på hvilke aktiviteter som er viktig for dem og planlegger ofte nye mål etterpå. Brukerne jobber med disse på egenhånd etter at de er ferdig med rehabiliteringen. Vår erfaring er at mange får tilbake troen på seg selv etter en hverdagsrehabiliteringsprosess, det er enklere å fortsette med trening etterpå. En bruker hadde oppnådd målet med å gå en tur på 30 minutter og han ønsket å gå lengere, helst til et spesifikt sted som betydde mye for han. Dette målet oppnådde han på egenhånd etter avsluttet hverdagsrehabiliteringsperiode.

Sammenfattet kan vi si at målene blir satt opp etter hva som er viktig for bruker akkurat nå. Dette bør gi presise mål som bruker kan forholde seg til i hverdagsrehabiliteringsprosessen.

4.5 Evaluering

I slutten av hverdagsrehabiliteringsprosessen bør det gjøres en evaluering sammen med bruker. Når målene er konkrete er de mer målbare, og enklere å evaluere for bruker. Bruker har ofte ”runde” målsetninger, som ”å komme seg igjen” eller ”bli som før”. I slike tilfeller blir det vanskelig å si når målene er nådd. Kartleggingsverktøy kan være nyttig ved evaluering. I mange tilfeller ser vi at brukeren ikke husker hvordan tilstanden var ved oppstart. I praksis har vi erfart at det å vise til konkrete resultater på forbedring, er nødvendig når brukeren kun ser alt som er negativt. Brukeren kan ha hatt forbedring på flere områder, men klarer ikke å se dette selv. Ved å vise til resultater fra kartleggingen før og etter, ser vi at brukeren blir mer motivert videre i hverdagsrehabiliteringsprosessen og ser sin egen bedring i større grad. Positive tilbakemeldinger er viktig i forhold til brukers videre motivasjon og fokus. Fokus på brukers aktivitetsmål er viktig i forhold til å holde progresjon og sette krav til bruker underveis. Kjekken og Hunnålvatn (2014) nevner viktigheten av å ta en evaluering underveis, for å bevisstgjøre brukeren på at funksjonsnivået har steget i hverdagsrehabiliteringsprosessen.

Gjennom prosjektet hverdagsrehabilitering i Stavanger kommune, opplevde brukerne at det var en lavere terskel for å gjennomføre aktiviteter de tidligere var usikre på om de kunne gjennomføre. Brukerne uttrykte at de opplevde en funksjonsbedring både fysisk og psykisk, noe en av brukerne uttrykte slik: ” ..jeg føler jeg fungerer slik som før, jeg gjør det jeg gjorde før, jeg føler ikke at jeg er satt tilbake... det sosiale betyr veldig mye for meg..” (Stavanger kommune, 2013. s.17).

Ved å ha fokus i en tidsbegrenset hverdagsrehabiliteringsperiode blir bruker bevisst at det kreves egeninnsats. Eksempel på dette er at bruker ofte ønsker å trene mellom øktene på egenhånd og ofte har prøvd seg i aktiviteten vi skulle prøve neste gang, og skaffet seg erfaringer innen vi kommer dit. Forskningsartiklene og Stavanger rapporten kan fortelle at de fleste brukere som har vært med på hverdagsrehabilitering har fått en funksjonsbedring. Enkelte brukere hadde hatt et funksjonsfall ved oppfølging etter fire eller åtte uker. Denne funksjonsnedsettelsen, ble kartlagt i rapporten til Winkel et. Al (2008), og skyldtes enten dårlig egeninnsats eller at de hadde blitt syke etter sluttført rehabiliteringsforløp og dermed ikke hadde kunnet videreført treningen. Funksjonsbedringen kunne måles i bedret ADL, lavere score enn tidligere på IPLOS, måloppnåelse gjennom rescoring av mål i COPM og rescoring av SPPB.

Praksis viser at de brukerne som opplever fremskritt har fokus på fremtiden. De løser utfordringene som kommer og har et positivt syn på tilværelsen, i motsetning til der bedringen skjer over lang tid. Funn fra rapporten fra Stavanger (2013) kommune, viser at sannsynligheten for at brukere når sine mål har økt når de får hverdagsrehabilitering. Brukeren får selv definere hvilke aktiviteter som er viktige for å nå sine mål. Ved at brukerne klarte å nå målene som de selv hadde satt, følte de stolthet. Dette ble uttrykt gjennom følgende sitat: ”..de fant ut at jeg hadde kommet meg etter det de kunne måle. Dette gir jo inspirasjon til å fortsette...” Mens en annen uttrykte på følgende måte: ”..å klare seg selv synes jeg er voldsomt viktig...” (Stavanger kommune, 2013. s.16).

Fredericia viser til at en stor del av brukerne som har vært med i prosjektet hverdagsrehabilitering selv vurderer at de blir i stand til å klare seg bedre, og at de er tilfredse med utførelsen gjennom evaluering av COPM. Fredericia viser til at de også kartlegger

livskvaliteten ved oppstart og evaluering. I samme prosjekt viser de til bedring i livskvalitet etter deltagelse (Kjellberg, 2010). Stavangerrapporten (2013) viser til at resultatene fra kartlegging i aktivitetsutførelse motiverte brukerne gjennom større tro på egen aktivitetsutførelse og stolte mer på mulighetene for å kunne klare seg selv.

I Fürst og Høverstad (2014) oppsummerte de at av nye søkere til hjemmehjelp i Fredericia kommune, var en tredjedel i målgruppen for hverdagsrehabilitering. Resultatene for de som ble tilbudt hverdagsrehabilitering var at 45 % ikke trengte videre hjelp etter endt hverdagsrehabiliteringsperiode, 40 % trengte mindre hjelp enn de opprinnelig ville fått og 15 % hadde samme hjelpebehov som de opprinnelig ville fått.

Oppsummert kan vi si at konkrete mål er lette å evaluere, derfor må ”runde” mål som ”å bli bedre” unngås. Evaluering kan være med på å vise bruker hvilken fremgang vedkommende har hatt. Evaluering underveis kan påvirke motivasjonen.

4.6 Holdningsendring - fra passiv til aktiv bruker

Fürst og Høverstad (2014) mener det må arbeides med en holdningsendring blant brukerne fra å motta hjelp, til å kunne klare seg selv. Vi erfarer at mange brukere og pårørende forventer å få hjelp til å utføre oppgaver i dagliglivet. Ved å ha hjemmesykepleie forventes det å få hjelp til ”alt” man trenger i det daglige. Dette mener vi ikke er i tråd med hverdagsrehabiliteringens tankegang, som har som målsetting å gjøre flere brukere selvstendig med intensiv innsats i en tidsavgrenset periode.

Fokus endres i følge Kjellberg (2010) fra hjemmesykepleie og hjemmehjelp til hverdagsrehabilitering. Fokuset dreies fra å løse en oppgave for brukeren, til å hjelpe brukeren til selv å løse oppgaven. Enkelte erfarte at de ”mistet” hjemmehjelpa eller hjemmesykepleien fordi de nå klarte å utføre arbeidet selv. Hjemmehjelpa og/eller hjemmesykepleien har vært en stor del av den daglige sosiale kontakten, og brukerne verdsetter denne høyt. Samtidig kan brukeren føle stolthet over å klare aktiviteten selv. Andre mener at de mister en rettighet de har, ved å trene på å klare seg selv og utføre aktiviteten på egenhånd (Kjellberg, 2010). Vi

mener at det ofte handler om at brukere har behov for å være trygg i utførelse av aktivitet. Det er derfor viktig at den som er til stede har tid til å vente på at brukeren kan bruke litt ekstra tid, slik at man kan gjøre mest mulig selv. I praksis har vi erfart nytten av å bruke god tid hos brukere. I et tilfelle veiledet vi mye i en tidsavgrenset periode i forhold til morgenstell og påkledning. Brukere trengte råd og tips til å lage seg nye strategier, for å mestre disse aktivitetene i trygge omgivelser. Ansatte hadde tid til å la brukere gjøre aktiviteten på egenhånd med tilsyn og trygghet, og brukere ble etter hvert selvhjulpne og takket nei til hjelp. En bruker var veldig opptatt av om treningen ble utført på samme måte da flere skulle utføre treningsopplegget sammen med brukere. Ved intern opplæring av ansatte gir det økt trygghet hos brukere, samtidig gir dette brukere flere timer trening pr uke og mer intensiv oppfølging.

Kjellberg (2010) viser til at det er en forskjell i tidsbruk. Det er større rom for å bruke mer tid innen hverdagsrehabilitering enn ellers. Helsepersonell mener de gjør det de har lært på skolen, men at de ikke har tid til dette, når de ikke er en del av hverdagsrehabiliteringsprosjektet. Det tar lenger tid å la brukeren løse oppgaven selv, enn bare å gjøre det for dem. Vi mener at ved å gjøre aktiviteten for brukeren kan brukeren miste sin evne til å utføre den selv. Mange aktiviteter er vaner som brukere har gjort i mange år, mens andre aktiviteter er tillærte i den senere tid og er ikke like innlært som de innarbeidede og lærte vanene som man gjør hver dag. Egen erfaring viser at aktiviteter som ikke er innlærte, er aktiviteter som er avhengig av personlige forutsetninger. Disse kan bli vanskelig å lære om igjen dersom den kognitive tilstanden er svekket.

I Stavanger rapporten (2013) nevnes det at før var brukerne vant til å forklare hvilke aktivitetsbegrensninger de opplevde, for å få de riktige tjenestene for å kompensere for sine begrensninger. Ved å starte med hverdagsrehabilitering har fokus snudd fra begrensninger, til at brukerne har fokus på hvilke aktiviteter de ønsker å mestre selv. Dette er i tråd med Tuntland og Ness (2014) sin beskrivelse av at det er et endret fokus.

Holdningsendringer må til hos mange brukere. De er vant til å ta i mot hjelp og ikke være aktive deltagere i egen rehabiliteringsprosess. Før fikk brukerne tjenester for å kompensere for tapt funksjon. Nå er fokus mer på hvilke aktiviteter brukeren vil og må klare gjennom en dag.

5.0 Konklusjon

I denne oppgaven har vi hatt fokus på; ”Hvilke suksesskriterier skal til for at en bruker skal lykkes med hverdagsrehabilitering”. Med fokus på denne problemstillingen ser vi at det er viktig at hverdagsrehabilitering foregår i brukers eget hjem, hvor bruker skal være mest mulig selvstendig i daglige gjøremål. Det er i hjemmet de reelle utfordringene finnes og utfordringene viser seg best. Forskning viser at hverdagsrehabiliteringsbrukere som oftest har bedre treningsresultater og raskere bedring, enn de som trener alene. Det er forsket på at det er lettere å trene når bruker har helsepersonell som kommer hjem hos dem og trener. Hverdagsrehabilitering består av tverrfaglig innsats, og alle i teamet jobber mot brukers mål sammen med bruker. Helsepersonellet bidrar med sine erfaringer og kunnskap, og hjelper bruker til å se muligheter – ikke begrensninger. I forhold til kartlegging er det viktig at brukers ressurser blir satt i fokus, og at hverdagsrehabiliteringsprosessen bygger videre på disse ressursene for å få et best mulig resultat. I målsetningen er det viktig å la bruker formulere målene på egenhånd, ut fra hva som er viktigst i livet deres akkurat nå. Ved dokumentasjon av brukers mål, er det viktig og ikke endre på brukers ordvalg – målene er lett gjenkjennelige for bruker på denne måten. Presise mål er målbare å jobbe mot, enklere og evaluere underveis og ved endt forløp. Det kan også gi motivasjon for bruker i videre arbeid med trening etter endt hverdagsrehabilitering. Evaluering er en viktig del av rehabiliteringen ved at bruker får innsikt i bedring av egen funksjon, og områder en kan arbeide videre med. Det er viktig med en dreining fra det å motta tjenester fra å kompensere for tapt funksjon, til å være aktiv deltager i egen hverdagsrehabiliteringsprosess. I en slik holdningsendring vil bruker få hjelp til å løse oppgaven selv, istedenfor å bli en passiv mottaker.

Aktivitet, motivasjon, og mestringsarbeid er suksesskriterier som bør ligge til grunn i hele hverdagsrehabiliteringsprosessen. Derfor er disse kriteriene gjennomgående i hele drøftingskapitlet. Disse kriteriene mener vi er grunnleggende for hele hverdagsrehabiliterings-tankegangen.

Det vi har funnet ut underveis i denne oppgaven, er at det er gjort lite norsk forskning på hverdagsrehabilitering. Gjennom litteratursøk har vi funnet ut at det pågår forskningsprosjekter innenfor temaet, disse er ikke blitt publisert offentlig. Det kunne vært

interessant å sett videre på hvor mye vår egen kommune faktisk sparer på å implementere hverdagsrehabilitering i ordinær drift, eksempelvis over en fire-fem års periode.

6.0 Litteraturliste

Antonovsky, A. (2012). *Helsens mysterium. Den salutogenese modellen*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Arbeids- og sosialdepartementet. (2001). *Fra bruker til borger. En strategi for nedbygging av hemmende barrierer*. (NOU 2001: 22). Lokalisert på:
<http://www.regjeringen.no/Rpub/NOU/20012001/022/PDFA/NOU200120010022000D DDPDFA.pdf>

Befring, E. (2007). *Forskningsmetode med etikk og statistikk*. Oslo: Det Norske Samlaget.

* Bergh, S., Lyshol, H., Selbæk, G., Strand, B. H., Taraldsen, K., & Thingstad, P. (2013). *Short Physical Performance Battery*. Lokalisert på:
<http://legeforeningen.no/PageFiles/135910/SPPB.pdf> (5 s.)

Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo: Gyldendal akademisk.

* Først og Høverstad (2014). *Fra passiv mottaker til aktiv deltager: Hverdagsrehabilitering i norske kommuner*. KS FoU-prosjekt nr. 134027. Delrapport. Lokalisert på:
<http://www.ks.no/PageFiles/63754/KS%20-%20hverdagsrehabilitering%20-%20sluttrapport%20endelig.pdf> (111 s.)

Grue, J. 2012. Funksjonshemming som begrep og fenomen – fysiologiske eller politisk-sosiale forklaringsmekanismer? I Solvang, P. K. & Slettebø, Å. (Red). *Rehabilitering*. (1. utg., s. 84-96). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

* Helsedirektoratet (2014). *IPLOS Veileder for personell i kommunale helse- og omsorgstjenester*. Lokalisert på: <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/iplos-veileder-for-personell-i-kommunale-helse-og-sosialtjenester/Sider/default.aspx> (14s.)

Helse og omsorgsdepartementet (2011). *Innovasjon i omsorg*. (NOU 2011:11). Lokalisert på:
<http://www.regjeringen.no/page/16597652/PDFS/NOU201120110011000DDDPDFS.pdf>

Helse- og omsorgsdepartementet (2012-2013). *Morgendagens omsorg*. (St.mld. 29).

Lokalisert på:

<http://www.regjeringen.no/pages/38301003/PDFS/STM201220130029000DDDPDFS.pdf>

Helse- og omsorgsdepartementet (2007-2008). *Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering*. (St. prp. nr 1, 2008-2011). Lokalisert på:

<http://www.regjeringen.no/upload/HOD/SHA/S%C3%A6rtrykk%20av%20St.prp.nr.1%20kapittel%209.pdf>

Helse- og omsorgsdepartementet (2008-2009). *Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid*. (St. mld. 47). Lokalisert på

http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/2008-2009/stmeld-nr-47-2008-2009-.html?id=567201_

* Hjelle, K. M., Johnson, S. G. & Alsaker, S. (2014). Hvordan kan eldres hverdagskompetanse synliggjøres og anvendes i hverdagsrehabilitering? I H. Tuntland & N. E. Ness (Red.) *Hverdagsrehabilitering*. (1.utg., oppl.1, s. 75-88). Oslo: Gyldendal akademiske. (13s.)

Hverdagsrehabilitering. (14.03.2015). Lokalisert på:

<http://hverdagsrehabilitering.no/historien-0>

* Kjekken, I. (2005). *Canadian Occupational Performance Measure*. (3.utg.). Oslo: NRRK. (51 s.)

* Kjekken, I. & Hunnålvatn, T. (2014). Hvorfor egner COPM seg i hverdagsrehabilitering. I H. Tuntland & N. E. Ness (Red.) *Hverdagsrehabilitering*. (1.utg., oppl.1, s. 101-117). Oslo: Gyldendal (16s.)

* Kjellberg, P. K. (2010). Hverdagsrehabilitering i Fredericia Kommune. Dansk Sundhedsinstitut (2010). Lokalisert på: <http://www.kora.dk/media/285558/dsi-2672.pdf> (56s.)

*Law, M., Polatajko, H., Baptiste, S., og Townsend, E. (1997). Nøglebegreber i ergoterapi. I E. Townsend (Red.), *Fremme af menneskelig aktivitet, ergoterapi i et canadisk*

perspektiv. (1. Utg., oppl. 3, s31-59). Copenhagen: FADL's Forlag. Oversetter Hanson, T. Orginaltittel: Enabling Occupation: An Occupational Therapy Perspective (36 s.)

*Ness, N. E., Laberg, T., Haneborg, M., Granbo, R., Færevaaag, L. & Butli, H. (2012).

Hverdagsmestring og hverdagsrehabilitering. Lokalisert på:

<http://ergoterapeutene.org/Ergoterapeutene/aktuelt/Nyhetsarkiv/Rapporten->

Hverdagsmestring-og-hverdagsrehabilitering-overlevert-departementet (35 s.)

* Ness, N. E. (2014). Hvordan samarbeide om viktighetsområder? I H. Tuntland & N. E. Ness (Red.) *Hverdagsrehabilitering*. (1.utg., oppl.1, s. 118-137). Oslo: Gyldendal akademiske. (19.s)

Pasient- og brukerrettighetsloven, LOV-1999-07-02-63. (1999). §3-1.

Solvang, P. K. & Slettebø, Å. (2012). Forståelser av rehabilitering. I P. K. Solvang & Å.

Slettebø (Red.). *Rehabilitering: individuelle prosesser, fagutvikling og samordning av tjenester* (1. utg., oppl. 2, s.15-34). Oslo: Gyldendal akademisk.

* Stavanger kommune. (2013) Selvstendig, trygg og aktiv. Evaluering av pilotprosjekt

Hverdagsrehabilitering. Lokalisert på:

<http://www.Stavanger.kommune.no/Global/Hverdagsrehabilitering%20->

[%20evalueringsrapport%20fra%20pilotprosjekt.pdf](http://www.Stavanger.kommune.no/Global/Hverdagsrehabilitering%20-) (34 s.)

* Tuntland, H. og Ness, N. E. (2014). Hva er hverdagsrehabilitering? I H. Tuntland & N. E.

Ness (Red.) *Hverdagsrehabilitering*. (1.utg., oppl.1, s. 21-41). Oslo: Gyldendal akademiske. (20 s.)

* Winkel, A., Ekdahl, C. & Gard, G. (2008). Early discharge to therapy-based rehabilitation at

home in patients with stroke: a systematic review. *Physical Therapy Reviews*, 13(3), 167-187. (20 s.)

* Winkel, A., Langberg, H. & Wæhrens, E. E. (2014). Reablement in av community setting.

Lokalisert på: <http://informahealthcare.com/doi/pdf/10.3109/09638288.2014.963707>

(6.s)

* 436 sider egenvalgt litteratur