



Høgskolen i **Hedmark**

Avdeling for folkehelsefag

4REFHR40

Kristin Bjørkmann og Britt Reidun Utseth Erlien

Kandidatnummer: 100, 101

Veileder: Gunvor V. Stensrud

Fordypning i helhetlig rehabilitering

«Aktiv i eget liv»

«Active in own life»

Antall ord: 10 977

Tverrfaglig videreutdanning i rehabilitering 2013- 2015

Vår 2015

29.05.2015. Kl: 10.00

SAMMENDRAG

Bakgrunn

I følge Sundseth (2015) vil fremtidens befolkningssammensetning i Norge, sette velferdssamfunnet under press. De store årskullene fra 1940- og 1950- årene blir pensjonister, samtidig som små årskull fra 1980- og 1990- årene kommer på arbeidsmarkedet. Dette vil innen få år gi problemer med å rekruttere nok arbeidskraft og finansiere den velferd vi er vant med. I følge samhandlingsreformen vil det frem mot 2050 bli en betydelig økning av antall eldre. Som følge av økt alder, vil det også bli en økning i livsstil- og aldersrelaterte sykdommer (Helse- og omsorgsdepartement, 2009).

I følge Tuntland & Ness (2014) kan hverdagsrehabilitering være med på å øke jobbtilfredshet hos helsepersonell og bidra til en mer bærekraftig utvikling i kommunene.

Problemstilling

Hvordan kan hverdagsrehabilitering styrke deltakelse hos den enkelte bruker?

Metode

Denne fordypningsoppgaven er en litteraturstudie. Vi har tatt utgangspunkt i pensum litteratur og sentrale lover og forskrifter, samt hentet inn selvvalgt litteratur. Vi har også benyttet oss av to vitenskapelige forskningsartikler og en fagartikkel.

Fokuset i oppgaven er å få økt kunnskap innen metoden hverdagsrehabilitering, og se på hvilken nytteverdi dette har for brukerne, og hvordan dette kan være med på å styrke deltakelse hos den enkelte.

Resultat

På bakgrunn av teori, relevante lover, forskrifter og valgte forskningsartikler, har vi kommet frem til 6 faktorer som har betydning for brukernes deltakelse ved bruk av metoden hverdagsrehabilitering. Disse faktorene er;

- *Betydningsfulle aktiviteter for bruker*
- *Økt selvhjulpenhet*
- *Tidlig og avgrenset innsats i brukerens eget hjem eller nærmiljø*
- *Styrket involvering og samhandling*

- *Samarbeid* pårørende og andre aktuelle nærpersoner
- Økt *brukerfokus*

Konklusjon

Brukere som mottar hverdagsrehabilitering har i følge vår forskning visst seg å være økonomisk besparende, og brukerne fikk større forbedringer i forhold til økt funksjon og mestring, sammenlignet med brukere som mottok vanlig hjemmesykepleie. Samtidig som vi tenker at denne metoden er med på å styrke den enkeltes deltakelse, tenker vi også at denne metoden kan bidra til å møte fremtidens utfordringer på en positiv måte, både for bruker og samfunnet som helhet.

INNHold

Sammendrag.....	3
1. INNLEDNING	6
1.1 BAKGRUNN	6
1.2 HENSIKT.....	7
1.3 AVGRENSNING	8
1.4 OPPBYGGING AV OPPGAVEN.....	8
2. METODE	9
2.1 LITTERATURSØK	9
2.2 PRESENTASJON AV FORSKNING	10
2.3 KILDEKRITIKK.....	12
2.4 ETISKE VURDERINGER	13
3. TEORI	14
3.1 HVERDAGSREHABILITERING.....	14
3.1.1 <i>Aktivitet</i>	15
3.1.2 <i>Tidlig og avgrenset innsats</i>	16
3.1.3 <i>Holdninger</i>	17
3.1.4 <i>Tverrfaglig samarbeid</i>	18
3.2 DELTAKELSE	18
3.2.1 <i>Brukermedvirkning</i>	20
3.2.2 <i>Mestring</i>	20
3.2.3 <i>Sosial deltakelse og støtte</i>	22
4. HVORDAN KAN HVERDAGSREHABILITERING STYRKE DELTAKELSE HOS DEN ENKELTE BRUKER?	24
4.1 BETYDNINGSFULLE AKTIVITETER FOR BRUKER	24

4.2	ØKT SELVHJULPENHET	26
4.3	TIDLIG OG AVGRENSET INNSATS I BRUKERS HJEM ELLER NÆRMILJØ	29
4.4	STYRKET INVOLVERING OG SAMHANDLING	33
4.5	SAMARBEID MED PÅRØRENDE OG ANDRE AKTUELLE NÆRPERSONER	34
4.6	ØKT BRUKEDELTAKELSE	35
5.	AVSLUTNING/ KONKLUSJON	37
	LITTERATURLISTE	38

Vedlegg 1

1. INNLEDNING

Vi er to sykepleiere som jobber i hjemmesykepleien, som har valgt å fordype oss innen tema hverdagsrehabilitering.

Hverdagsrehabilitering kommer opprinnelig fra Østersund kommune i Sverige. De startet opp i 2000. Videre kom Fredericia kommune i Danmark etter, og startet opp i 2008. Deretter har mange norske kommuner trukket lærdom av Fredericias erfaringer, og kommet etter. I slutten av 2014, er antall kommuner i Norge som har innført hverdagsrehabilitering, nærmet seg 100 (Hverdagsrehabilitering, 2015).

Hverdagsrehabilitering er rehabilitering og forebygging mens brukeren bor i eget hjem. Det er målstyrt, tidsavgrenset og tverrfaglig, som skal sikre at bruker oppnår økt funksjon og deltakelse, og kunne fortsette å bo hjemme. Hverdagsrehabilitering beskrives som et fokusskifte som stiller krav om holdningsendring hos politikere, administrative og helsefaglige ledere, helsepersonell, brukere og pårørende (Laberg & Ness, 2012).

Problemstillingen vi ønsker å finne svar på er som følger;

«Hvordan kan hverdagsrehabilitering styrke deltakelse hos den enkelte bruker»?

1.1 Bakgrunn

I følge Sundseth (2015) vil i fremtiden befolkningssammensetningen i Norge, sette velferdssamfunnet under press. De store årskullene fra 1940- og 1950- årene blir pensjonister, samtidig som små årskull fra 1980- og 1990- årene kommer på arbeidsmarkedet. Dette vil innen få år gi problemer med å rekruttere nok arbeidskraft og finansiere den velferd vi er vant med.

I følge samhandlingsreformen vil det frem mot 2050 bli en betydelig økning av antall eldre. Som følge av økt alder, vil det også bli en økning i livsstil- og aldersrelaterte sykdommer (Helse- og omsorgsdepartement, 2009).

Ut i fra våre erfaringer fra praksis, virker det også til å ha blitt et økt fokus på hverdagsrehabilitering de siste år. Mange kommuner har satt seg inn i erfaringer fra Danmark og er allerede i gang med utprøving og implementering (Laberg & Ness, 2012). Som beskrevet ovenfor, jobber vi begge i hjemmesykepleien, og denne metoden begynner også å bli et sentralt tema i våre egne kommuner. Vi har fått noe kjennskap til metoden hverdagsrehabilitering i forbindelse med vår videreutdanning innen tverrfaglig rehabilitering, men vi tenker at det vil være nyttig for oss og gå dypere inn i temaet. Dette er forholdvis en ny metode for oss begge, men er antageligvis også noe vi etter hvert kommer til å møte mer av i vårt arbeid i kommunehelsetjenesten.

Hverdagsrehabilitering kan også være med på å øke jobbtilfredshet hos helsepersonell og bidra til en mer bærekraftig utvikling i kommunene (Tuntland & Ness, 2014). Helsepersonell opplever i større grad at det er tilfredsstillende og motiverende at deres innsats fører til at brukerne mestrer hverdagslige aktiviteter, og økt mestringsevne bidrar igjen til at kommunene får redusert ressursbruk ved en reduksjon i behovet av hjemmetjenester. En økonomisk evaluering fra Fredricia i Danmark dokumenterer en tydelig reduksjon i antall besøk og antall timer i hjemmesykepleie etter innføring av hverdagsrehabilitering (Fûrst og Høverstad ANS, 2014). Selv om målet i dag er rettet mot en aktiv og deltakende befolkning, gis det likevel hjemmetjenester i stor grad som er passiviserende hjelp. Ness (2014) poengterer at det er behov for kunnskap om hvordan deltakelse kan fremmes for de som mottar hjemmetjenester.

På bakgrunn av dette, tenker vi det vil være nyttig både for pasient og samfunnet som helhet, å sette et fokus på denne metoden.

1.2 Hensikt

Hensikten med vår oppgave er å få økt kunnskap innen tema hverdagsrehabilitering, som vi kan dra nytte av i vårt arbeid i hjemmetjenesten. Vi ønsker å se nærmere på metoden, og hvilken effekt og nytteverdi dette har for brukerne.

1.3 Avgrensning

Vi ønsker å ha et hovedfokus på metoden hverdagsrehabilitering. Hovedfaktorene i denne definisjonen vil gå igjen gjennom oppgaven og beskrives nærmere. På grunn av oppgavens omfang ønsker vi ikke å legge vekt på andre tilnærmede metoder som innsatsteam, og se på forskjeller i forhold til de ulike metodene. Vi ønsker som beskrevet å få frem hva som er essensen i hverdagsrehabilitering og hvordan dette kan føre til økt deltakelse hos den enkelte bruker. Vi ønsker heller ikke å gå i dybden på de ulike kartleggingsverktøy som brukes i hverdagsrehabilitering, som COPM/ PFSF. Brukerfokuset vil gå igjen gjennom hele oppgaven, da dette går igjen flere steder i definisjonen av hverdagsrehabilitering, og er noe vi tenker er et svært sentralt anliggende i alle rehabiliteringsprosesser.

1.4 Oppbygging av oppgaven

Etter innledningen i denne oppgaven vil vi beskrive metoden vi har benyttet oss av, samt presentere forskningsartiklene og søkeprosessen rundt dette.

I teoridelen vil vi gi noen definisjoner og beskrivelser innen temaene hverdagsrehabilitering og deltakelse. Deretter vil vi drøfte sentrale funn fra denne litteraturen opp mot relevant forskning og egne erfaringer. Til slutt kommer en konklusjon hvor vi oppsummerer våre funn og tanker videre.

2. METODE

I denne besvarelsen gjøres det en litteraturstudie, som er satt ut i fra retningslinjene fra høgskolen i Hedmark. Vi har brukt relevant litteratur og forskrifter fra pensumlitteraturen, samt hentet inn selvvalgt litteratur om temaene.

Vi har benyttet oss av to forskningsartikler og en fagartikkel. Det meste av forskningen vi har funnet er randomiserte kontrollerte studier. En gruppe pasienter blir delt i to tilfeldige grupper. Den ene gruppen får «behandlingen» som det forskes på (intervensjon), mens den andre (kontrollgruppen) mottar «vanlig» behandling (Dalland, 2012).

Samtidig som det er et krav fra skolens side og benytte forskningsartikler, tenker vi at ved å benytte vitenskapelige forskningsartikler, sikres større validitet av oppgaven. Det er en mye strengere kvalitetssikring på de artiklene som publiseres i de vitenskapelige tidsskriftene, enn det som publiseres i fagtidsskrifter (Dalland, 2012). Vi har valgt å ta med en fagartikkel fra et fagtidsskrift, men det vil legges størst vekt på de vitenskapelige forskningsartiklene i oppgaven.

2.1 Litteratursøk

I vår søkestrategi har vi først funnet engelske søkeord ut i fra temaene vi ønsker å skrive om. Fra tidligere erfaringer vet vi at det meste av forskning blir publisert på engelsk, og dette vil mest sannsynlig gi et bedre søkeresultat enn hvis vi søker på norsk.

For å sikre gode søkeord, kontrollerte vi opp mot MeSH- termer (Medical Subject Headings) i SveMed+. Var imidlertid ikke så lett å finne MesH term for ordet «hverdagsrehabilitering», men etter å ha søkt på ulike nettsider som omhandler hverdagsrehabilitering, mener vi at vi fant gode søkeord for dette.

Søkeord vi har brukt er: rehabilitation, coping, participation, reablement home care, restorative home care, homecare ADL, community based, home based, rehabilitation, everyday rehabilitation, everyday activity. Vi har kombinert flere av disse søkeordene som er beskrevet grundigere i vedlegg 1.

Vi startet første søk i *SveMed* + med disse søkeordene;

- Everyday rehabilitation= 139 treff,

- Coping and participation= 34

Avgrenset til: peer review= 24 treff

Forsøkte å kombinere alle søkeordene (everyday rehabilitation, coping and participation), men dette ga ingen treff. Snevret nok inn litt for raskt, forsøkte deretter everyday rehabilitation og coping, som ga 15 treff. Den norske fagartikkelen som vi har benyttet oss av, fant vi i SveMed+.

Søket i SveMed+ førte til at vi måtte bruke andre søkemotorer for å få større og mer bredde på søkene. Vi søkte mest i *oria*, da vi opplevde det var lettere å finne frem og gjøre gode søk der. Tok også i bruk andre søkeord, som listet opp ovenfor.

Se VEDLEGG (1) for en mer detaljert søkehistorikk.

Gjennom denne søkeprosessen leste vi mange abstrakter, på de artiklene som så aktuelle ut, og lagret de som kunne vise til effekten av hverdagsrehabilitering. Vi skrev deretter ut en del artikler i papirformat og gikk mere nøye igjennom artiklene. Ut i fra dette ble en del forkastet, og vi kunne lettere plukke ut de artiklene som var mest relevant for vår oppgave, da de viste resultater i forhold til effekten av hverdagsrehabilitering, samt noen brukereksempler. Vi gikk igjennom 6 artikler grundig, med tanke på metode og funn. De 3 som var mest aktuell ble gjennomgått ytterligere, presentasjon og funn ble oversatt. Underveis ble den siste av 3 artikler forkastet, da vi syntes den ikke ga noen gode brukereksempler, som vi anser som viktig, samt at den virket noe uklar i sine funn.

2.2 Presentasjon av forskning

Artiklene vi har valgt å bruke er:

«*A non- randomised controlled trial of the home Independence Program (HIP): an Australian restorative programme for older home-care clients*». (Lewin & Vandermeulen, 2010). Fra Australia.

Home Independence Program (HIP) er et kortsiktig «restorative programme» (hverdagsrehabiliterings-modell) beregnet på eldre mennesker som mottar hjemmesykepleie, som ikke har en demens- diagnose når de har først tar kontakt.

Studien sammenligner utfallene for individene som deltok i HIP programmet, og de som mottok vanlig hjemmesykepleie. Hundre klienter ble rekruttert i hver gruppe, og ble besøkt hjemme ved 3 anledninger; ved oppstart, etter 3 måneder og etter 1 år. Standardiserte måleverktøy ble brukt til å måle «funksjonell avhengighet», moral, tillit i å utføre hverdagslige aktiviteter (ADL) uten å falle, og funksjonell mobilitet.

Deltakerne i HIP gruppen viste forbedringer på alle utfallene på måleverktøyene, sammenlignet med kontrollgruppen som mottok vanlig hjemmesykepleie.

Resultatene av denne studien støtter hypotesen om at eldre som har behov for hjemmesykepleie som deltar i programmer som HIP, som har til hensikt å fremme uavhengighet, hadde bedre individuelle resultater, og også bedre utfall i forhold til mottak av tjenester. Behovet for tjenester gikk ned.

«If they're helping me, how can I be independent? The perceptions and experience of user of home-care re-ablement services». (Wilde & Glendinning, 2012). Fra United Kingdom.

Home-care re-ablement (hverdagsrehabiliterings-modell) er en tidsavgrenset, intensiv tjeneste som har til hensikt å hjelpe mennesker å reetablere deres mulighet og tillitt til å utføre grunnleggende personlig pleie og oppgaver i hjemmet, og redusere behovet for fremtidige tjenester. Denne studien presenterer funn fra semi- strukturerte intervjuer gjort tidlig i 2010 med 34 brukere og 10 pleiere fra fem etablerte «re- ablement service» i England.

Funn: Det var tydelige funn på at deltakerne følte at de hadde hatt nytte av tjenesten, men den gunstige effekten av «re-ablement» kunne også bli redusert, hvis brukerne mistolket målet med tjenesten, eller om hjelperne ikke klarte å gi støtte i aktivitetene som ble ansett som viktige for brukerne.

Konklusjon: «re-ablement service» konkluderes med å gi økt effektivitet av hjemmetjenester, særlig hvis det blir lagt mer vekt på forståelse av brukernes egne prioriteringer og begrepet uavhengighet.

Fagartikkel vi har benyttet er: «*Innføring av hverdagsrehabilitering i norske kommuner*» (Toril Laberg og Nils Erik Ness, 2012).

Denne forteller om prosjektet hverdagsrehabilitering i Norge som ergoterapeut forbundet jobber med. De jobber for å implementere dette i Norge, da de beskriver at interessen for hverdagsrehabilitering «tar av». Denne artikkelen er ikke brukt i drøftingen av oppgaven, men som en del av bakgrunns- teori i innledningen.

2.3 Kildekritikk

I våre forskningsartikler og fagartikkel, har vi forsøkt å finne det nyeste, innen 5 år. Dette fordi vi tenker at det forskes mye, og samfunnet er i stadig utvikling. Jo nyere forskningen er, jo større er sannsynlighet for at det vi finner er relevant for dagens utfordringer.

Vi synes det har vært noe krevende å finne forskning, da tema vi har valgt beskrives som forholdsvis nytt mange steder. Det står også beskrevet i forskningen vi har funnet, at det er behov for flere slike undersøkelser (RCT studier) som ser på effekten av hverdagsrehabilitering (Lewin & Vandermeulen, 2010). Gruppen har likevel funnet mange forskningsartikler, men noe lite på selve effekten av hverdagsrehabilitering. Vi kan kanskje ha vært «for strenge» i forhold til søkekriteriene og dermed gått glipp av noen relevante artikler. Men på grunn av store treff når vi har søkt, forsøkte vi derfor snevre inn søkene for å gjøre det mer håndterbart.

Selv om det meste av forskningen som er gjort, ikke er norske studier, tenker vi likevel at mye av tankegangen og organiseringen kan sammenlignes med vårt felt, tverrfaglig rehabilitering i kommunehelsetjenesten.

2.4 Etiske vurderinger

Vi har for det meste forsøkt å benytte oss av primærstudier. Vi har benyttet noe sekundærlitteratur i vår oppgave, men har da henvist til primærkilde, slik at litteraturen krediteres til rett sted og person.

Våre erfaringer fra praksis er nøye anonymisert, i henhold til Helsepersonelloven § 21, taushetsplikt og opplysningsrett.

3. TEORI

Under i dette teorikapittelet vil vi gi en definisjon og beskrivelse på hverdagsrehabilitering og deltakelse. Vi vil også gi en innføring og beskrivelse på viktige faktorer i forhold til hva vi mener er sentralt innen disse temaene, som tverrfaglig samarbeid, aktivitet, tidlig og avgrenset innsats, holdninger, brukermedvirkning, mestring og sosial deltakelse.

3.1 Hverdagsrehabilitering

Tuntland & Ness (2014) skriver at det har imidlertid vært vanskelig å finne en kort og presis definisjon på hverdagsrehabilitering. Mange definisjoner blir vide og upresise, og omfatter alle rehabiliteringsformer i hjemme, og blir derfor vanskelig å skille fra vanlig tradisjonell hjemmerehabilitering. Tuntland & Ness (2014) definerer hverdagsrehabilitering som:

- En starter alltid med spørsmålet «Hva er *viktige aktiviteter* i livet ditt nå?»
- Intensivt og målrettet fokus på de *hverdagsaktiviteter* som personen *selv* anser som betydningsfulle
- *Tidlig, avgrenset innsats* i brukers *hjem* eller *nærmiljø*
- Styrket *involvering* og *samhandling* mellom ulike yrkesgrupper (ergoterapeut, fysioterapeut og hjemmetjenesten)
- Økt *selvhjulpenhet* i daglige gjøremål, slik at bruker kan være aktiv i eget liv, delta sosialt og i samfunnet, samt kunne fortsette å bo hjemme
- En tankemåte om at bruker *selv* styrer *deltakelse* og *hverdagsmestring*
- Mulighet for *inkludering* av *aktuelle nærpå personer, frivillige* og *pårørende*

Hverdagsrehabilitering handler om en tidsavgrenset prosess med klare mål, som defineres av bruker selv. Det er av betydning at brukers egeninnsats vektlegges, i dette tilfelle hverdagsmestring. Tverrfaglig innsats, formål om økt selvstendighet, mestring og deltakelse, er også viktige faktorer (Tuntland & Ness, 2014).

Tuntland & Ness (2014) skriver videre at man ser klart at hverdagsrehabilitering oppfyller kriteriene til rehabilitering slik det er definert i forskriftets paragraf 3 (Helse- og omsorgsdepartementet 2001):

«Habilitering og rehabilitering er tidsavgrensede, planlagte prosesser med klare mål og virkemidler hvor flere aktører samarbeider om å gi nødvendig bistand til pasientens og brukerens egen innsats for å oppnå best mulig funksjon- og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse sosialt og i samfunnet». (Tuntland & Ness, 2014. s.25).

Hverdagsrehabilitering blir beskrevet som et lavterskel tilbud. Som oftest aktuelt for eldre personer som har mistet sine tidligere ferdigheter, men for å kunne få tilbudet, legges det vekt på at motivasjonen for rehabilitering må være tilstede (Tuntland & Ness, 2014). Det er viktig at personen skal ha et rehabiliteringspotensial, og det vil derfor være behov for en tverrfaglig kartlegging av den enkelte bruker forut for oppstart av ulike tiltak. Det kan være ulik praksis på hva inklusjons- og eksklusjonskriteriene i hverdagsrehabilitering innebærer, fra kommunen til kommune (Tuntland, 2014). Erfaringer som er dokumentert i Fredericia kommune understreker at det er ikke alle som har nytte av hverdagsrehabilitering, og det er derfor viktig at kommunene har en tydelig definisjon av hvem som er målgruppe (Fûrst og Høverstad ANS, 2014).

Tuntland & Ness (2014) skriver at hverdagsrehabilitering også inneholder en sterk grad av brukerdeltakelse. Det starter med at brukeren utarbeider personlige aktivitetsmål. Det er brukerens selvforståelse av sitt eget liv som legges til grunn, og de aktivitetene brukeren selv anser som viktige å delta i og mestre (Tuntland & Ness, 2014).

3.1.1 Aktivitet

Aktivitet defineres av Bredland, Linge & Vik (2012), som hvordan en person klarer eller er i stand til å utføre en handling eller aktivitet i dagliglivet.

Det er spesielt to ferdighetskomponenter som er viktige for håndtering av dagliglivet. Den første er personlig egenomsorg, Physical Activities of Daily Living (PADL), og den andre er ferdighet som går på problemløsning, sosial kompetanse og evne til å interagere med miljøet, Instrumental Activities of Daily Living (IADL). For å mestre dette og ha en aktiv

alderdom, beskrives det av eldre viktig å kunne være autonom, ha en opplevelse av kontroll over eget liv, og opprettholde eget livsmønster (Hjelle, Johnson & Alsaker, 2014).

Aktivitet peker mot at deltakelse i sosiale roller er viktig for tilpasning i eldre år, og deltakelse og aktivitet skaper høyere grad av tilfredshet hos eldre mennesker (Krohne & Bergland, 2012).

Aktivitet og deltakelse stimulerer funksjonen både fysisk, kognitivt, emosjonelt og sosialt (Ness & Vik, 2014). Hjelle, Johnson & Alsaker (2014) skriver at å ta del i fritidsaktiviteter og sosiale nettverk, ses på som faktorer som styrker de eldres ressurser, som er med på å fremme tilknytning og tilhørighet, glede og hygge. Ranhoff (2008) sier at å være fysisk aktiv er gunstig for å motvirke depresjon og bedre kognitive funksjoner.

Når eldre er fysisk aktiv, påvirkes kroppen på forskjellige måter. Det er av betydning at kroppen belastes på en slik måte at en unngår forfall eller stimulerer til utvikling. Forskning har vist at styrketrening har stor effekt når det gjelder å forsinke aldringsprosessen, og også opprettholde god livskvalitet. Eldre mennesker har også god nytte av å trene balansen, som øker evnen til å stabilisere og kontrollere kroppen, i forhold til omgivelsene (Bellardini & Tonkonogi, 2014).

Inaktivitet vil i motsetning gjøre at brukeren kommer inn i en ond sirkel, og funksjonene blir stadig forverret, noe som igjen kan ha negativ innvirkning på psykiske helsen. Tilrettelegging og motivasjon til aktivitet er derfor viktig forebyggende arbeid hos eldre (Ranhoff, 2008).

3.1.2 Tidlig og avgrenset innsats

I definisjonen av hverdagsrehabilitering ble tidlig innsats nevnt som et kriterium. Rehabiliteringen settes i gang tidlig i sykdomsutviklingen, og det er også av stor betydning at intensiv oppfølging foregår i personens hjem eller nærmiljø. Det settes inn et tidlig lavterskeltilbud med mye ressurser i starten med økt selvhjulpenhet og deltakelse som mål (Tuntland & Ness, 2014). Ved innføring av hverdagsrehabilitering er det også nødvendig å inkludere økt tidsforbruk til trening og tilrettelegging for den enkelte i en avgrenset periode. Selv om det forutsetter økt tidsbruk i hverdagsrehabilitering, er det vesentlig at innsatsen er tidsavgrenset. Det ses på som en fare at for lange vedtaksperioder blir en sovepute. Det

varierer i norske kommuner hvor mange uker rehabiliteringsperioden varier, alt fra 3 uker til 3 måneder (Tuntland & Ness, 2014).

Det er ulike erfaringer i forhold til hvordan en avslutter rehabiliteringsperioden. Noen avslutter med at bruker setter nye mål for aktiviteter på egenhånd, som blir fulgt opp per telefon, mens andre gjør avtaler med frivillige organisasjoner slik at bruker motiveres til å utføre viktige aktiviteter når hverdagsrehabiliteringen avsluttes (Ness, 2014).

3.1.3 Holdninger

Tuntland og Ness (2014) skriver at hverdagsrehabilitering krever at man har en rehabiliterende- holdning eller tankesett. Denne måten vektlegger den enkeltes mestring uansett funksjonsnivå, og handler om en grunnleggende holdningsendring fra å spørre: «Hva trenger du hjelp til?», til å spørre: «Hva er viktige aktiviteter i livet ditt nå?» (Tuntland & Ness, 2014).

Bredland, Linge & Vik (2012) skriver at mennesker som har behov for rehabilitering møter ofte store forandringer i livet, og har kanskje fått en funksjonsnedsettelse som gjør at de ikke har mulighet til å delta som de ønsker. Dette er «vanlige» folk, som på grunn av sin situasjon søker profesjonell assistanse, og kommer med sine livserfaringer, egne verdier og ønsker for deltakelse. Vi som helsepersonell må forvente at brukerne kan ta initiativ og ansvar, og at de har sine egne meninger. Vi må forvente at de skal bruke de ressursene en har, som andre samfunnsborgere. De overordnede verdiene til Bredland, Linge & Vik, verdighet og deltakelse og synet på brukerne som likeverdige samfunnsborgere, legger føringer for hvordan vi som helsepersonell jobber med rehabilitering. Det er holdningene til personalet som avgjør om brukerne blir møtt med verdighet (Bredland, Linge & Vik, 2012).

I rapporten «Fra passiv mottaker til aktiv deltaker» skrives det også at hverdagsrehabilitering representerer i mange kommuner en grunnleggende endring i pleie- og omsorgstjenesten, fra «å gjøre for deg» til «å hjelpe deg til å klare selv». Det ses et behov for et paradigmeskift som består av at tenkingen om hverdagsmestring og vektlegging av brukerens egne ønsker blir satt i system, og at det preges av en tverrfaglig tilnærming (Fûrst og Høverstad ANS, 2014).

3.1.4 Tverrfaglig samarbeid

Tverrfaglig samarbeid beskrives av Bredland, Linge & Vik (2012), som et samarbeid mellom ulike profesjoner om brukerens mål.

Tverrfaglig samarbeid ble beskrevet i definisjonen til hverdagsrehabilitering som en viktig faktor. Dette innebærer at det kreves en sammensetning av ulike yrkesgrupper. Disse vil fortrinnsvis være fysioterapeut, ergoterapeut, sykepleier og vernepleier. Disse skal sammen på en bakgrunn av bred tverrfaglig kartlegging, utarbeide en rehabiliteringsplan i samråd med bruker selv. Det tverrfaglige samarbeidet ses på som en nødvendig faktor å kunne yte en faglig forsvarlig tjeneste (Tuntland & Ness, 2014). Rehabilitering er en sammensatt og helhetlig prosess, og det vil være vanskelig å se helheten fra kun ett ståsted. Det anses som nødvendig å være flere ulike faggrupper, for å kunne se og vurdere ting ulikt, og se eventuelt det den andre ikke ser. Selv om de fleste faggrupper hevder at de har et helhetsperspektiv på brukeren, vurderer vi likevel forskjellig og ser forskjellige helheter. Dette bør ses på som en styrke, som man kan dra nytte av (Bredland, Linge & Vik, 2012).

Det vil være lettere å samarbeide når man er enig om hva man samarbeider om, og det vil derfor være av betydning at man har et felles verdigrunnlag. Bredland, Linge & Vik (2012) skriver at verdigrunnlaget med fokus på verdighet og deltakelse, må være et felleseie som alle kan identifisere seg med. Den felles kompetansen må deretter samordnes slik at alle arbeider mot de samme målene- å assistere brukerne til deltakelse (Bredland, Linge & Vik, 2012).

3.2 Deltakelse

Mennesker som har fått en funksjonsnedsettelse, kan ofte ikke leve livet som tidligere, og man står i fare for ikke å bli inkludert og delta som før (Bredland, Linge & Vik, 2012).

Bredland, Linge & Vik (2014) har som beskrevet over, satt verdighet og deltakelse som overordnede verdier i sitt arbeid. Dette fordi de mener at mestringsevnen og viljen er størst når det brukeren skal gjøre har en personlig verdi og gir opplevelse av verdighet.

Litteraturen viser ulike forståelser av begrepet deltakelse. Fra et individperspektiv med vekt på den enkeltes medbestemmelse og opplevelse av å være inkludert, samt utføring av daglige gjøremål, til et sterkt borgerrettighets- og samfunnsperspektiv med inkludering av alle som mål (Ness, 2014).

Ness (2014) skriver at verdens helseorganisasjon anerkjenner deltakelse som en viktig nøkkelfaktor i menneskers helse og funksjon. Deltakelse inkluderer i likhet med begrepet funksjonshemming, et møte mellom en person og omgivelsene, der WHO definerer deltakelse som å engasjere seg i en livssituasjon. WHO's presisering av menneskerettigheter med vekt på deltakelse og inkludering, er med på å endre synet på mennesker med nedsatt funksjon. Dette flytter oppmerksomheten fra sykdomsperspektivet til et rettighetsperspektiv. I de siste årene i Norge, er det blitt mer fokus på likestilt deltakelse for mennesker med nedsatt funksjonsevner. Det skjer et paradigmeskift; fra hjelpetrequende brukere og mottakere av bistand, til likeverdige medborgere med rettigheter til inkludering og deltakelse (Ness, 2014).

Vik mfl.2008 referert i Ness (2014), viser til empirisk forskning som sier at eldre som mottar hjemmerehabilitering, erfarer deltakelse både som selvbestemmelse og det å være aktør i dagliglivet, samt å kunne engasjere seg i små og store gjøremål i dagliglivet. Personalet mener også at deltakelse er å kunne utføre daglige gjøremål i og utenfor hjemmet. Det tilføyes samtidig at en kan ikke delta uten å være inkludert av omgivelsene. Det blir derfor avgjørende for eldres selvbestemmelse og deltakelse, hvordan omgivelsene møter den enkelte person med holdninger, tjenester og organisering (Ness, 2014).

Funksjonstap kan få ulike konsekvenser, avhengig av hva personen ønsker å delta på i sine omgivelser, og hva som er viktige områder for den enkelte. Miljøet og kulturen som personen samhandler i, er av stor betydning for hva den enkelte opplever som deltakelse og opplever som verdig. Det er viktig at valg og mål i rehabiliteringen ikke styres av helsearbeiderens normer og verdier, men av brukeren selv. Dette kan knyttes nært til selvbildet og troen på at «jeg er noe». Brukeren skal oppleve at han betyr noe og at han har kontroll, selvbestemmelse og innvirkning på eget liv (Bredland, Linge & Vik, 2012).

Når det gjelder deltakelse i avgjørelser og vurderinger, er pasientens grunnlag viktig. For å kunne medvirke og delta må brukeren være tilstrekkelig informert (Tveiten, 2007). Dette er

også en lovfestet rettighet, som er nedfelt i pasient og brukerrettighetsloven kapittel 3- rett til medvirkning og informasjon (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999).

3.2.1 Brukermedvirkning

På flere måter er samfunnet generelt blitt mer brukerorientert og synet på brukeren som ekspert på selv er blitt et sentralt anliggende (Tveiten, 2007). Bredland, Linge & Vik (2012) skriver også at brukermedvirkning er blitt et sentralt tema i offentlige tjenester, og knyttes nært til menneskerettighetsprinsippet om menneskets iboende verdighet. Skal man finne frem til gode løsninger, er det avgjørende at bruker selv må delta sammen med «ekspertene». Dette har sammenheng med den grunnleggende demokratiske retten til medbestemmelse som samfunnet vårt bygger på (Bredland, Linge & Vik, 2012).

Retten til brukermedvirkning står også nedskrevet under § 4, Pasient- og brukermedvirkning, i lov om forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator. Kommunen og det regionale helseforetaket har ansvar for at bruker skal kunne medvirke ved gjennomføring av eget habiliterings- og rehabiliteringstilbud jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 3-1.

Brukermedvirkning blir ofte i engelsk betydning oversatt med ordet empowerment, men Tveiten (2007) skriver at det er vanskelig å oversette empowerment begrepet til norsk. Ordet bør heller ikke oversettes helt synonymt med brukermedvirkning, da empowerment tenkningen vektlegger omfordeling av makt fra fagfolk til bruker, og er et slags motsvar til det paternalistiske synet på brukeren.

I den engelske utgaven av St. meld. nr. 21 (1998-99) har Sosial- og helsedepartementet oversatt mestring med empowerment. Begrepet handler som beskrevet over, om overføring av makt. Makten må gis eller tas tilbake av brukerne slik at de kan gjenvinne kontrollen over eget liv. Empowerment handler om å styrke folks egne krefter, og å nøytralisere krefter som gir avmakt (Tveiten, 2007).

3.2.2 Mestring

Å ha kontroll dreier seg i stor grad om opplevelsen av å mestre. Mestring ble i det første LMS (læring- og mestringssentra) definert som: «opplevelsen av å ha krefter til å møte

utfordringer, og følelse av å ha kontroll over eget liv. Aktiv og god mestring hjelper deg til å tilpasse deg den nye virkeligheten, og sette deg i stand til å se forskjellen på det du må leve med og det du selv kan være med å endre på» (Vidflat og Hopen, 2003, s. 61, referert i Hvinden, 2011, s. 54)

Richard Lazarus og Susan Folkman definerer mestring som; «Kontinuerlig skiftende kognitive og atferdsmessige anstrengelser for å takle spesifikke ytre og/eller indre krav som oppleves som belastende, eller som overstiger ens ressurser og truer ens velvære» (Lazarus og Folkman, 1984. s-141 referert i Fjerstad, 2010).

Bredland, Linge & Vik (2012) skriver at mestringsoppfattelse og mestringsstrategier har med hvordan den enkelte har tro på sin egen evne til å mestre hverdagen. Det å ha mestret og ha kontroll, viser seg å være en viktig forutsetning for opplevelsen av deltakelse. Det er viktig å føle at man selv er «skipper på skuta».

Mestring kan også forstås som opplevelse av sammenheng i tilværelsen, og kan defineres ut i fra i hvor stor grad virkeligheten er forutsigbar, håndterbar og meningsfull (Antonovsky 2005, referert i Romsland, 2012).

Når det snakkes om opplevelsen av sammenheng og helsefremmende perspektiver er Sosiologen Aron Antonovsky (2012) en svært sentral person. Han har presentert det som har vært kalt en helsefremmende teori (salutogenese) om kontinuitet. Antonovsky fokuserer på helse, og ikke på sykdom. Sentralt for god helse, er at individet opplever sammenheng i livet. Dette innebærer 3 forhold: *forståelighet* (begripelighet), *håndterbarhet* (ressurser til å mestre) og *meningsfullhet* (motivasjon og engasjement). Disse tre faktorene anses som svært betydningsfulle i all behandling, rehabilitering og omsorg, og påvirkes av hverandre (Antonovsky, 2012).

Begripelighet handler om i hvilken grad man opplever at stimuli man utsettes for i det ytre eller indre miljø, er kognitivt forståelig som velordnet, sammenhengende, strukturert og med klar informasjon.

Den andre komponenten *meningsfullhet* kan ses på som et uttrykk for motivasjonen og betydningen av å være involvert både som deltaker i prosessene som former ens egne skjebner, og i sine egne daglige erfaringer. Det skal gi en mening i følelsesmessig forstand og ikke bare i kognitiv forstand. Formelt handler denne meningskomponenten om i hvilken

grad man føler at livet er forståelig rent følelsesmessig, at i hvert fall noe av problemene og kravene vi møter er verdt å bruke krefter på, at de er verd engasjementet og innsatsen, at de er utfordringer vi tar på strak arm, og ikke belastninger man helst ville vært foruten (Antonovsky, 2012).

Den tredje komponenten *håndterbarhet* vil si i hvilken grad man opplever at man har tilstrekkelig ressurser til rådighet til å kunne takle kravene som blir stilt ovenfor en av stimuliene man utsettes for. Med til rådighet i denne sammenhengen kan det her menes de ressurser man har kontroll over, eller ressurser som kontrolleres av legitim annen- en ektefelle, venn, kollega etc, som man føler man stoler på og har tillit til (Antonovsky, 2012).

3.2.3 Sosial deltakelse og støtte

Gode løsninger utvikles i nært samarbeid med bruker, deres pårørende og medarbeidere (Bredland, Linge & Vik, 2012).

I rehabilitering er det grunnleggende å involvere familien. Det er de som kjenner brukers historie og kan gi viktig støtte i prosessen (Heggdal, 2008). Bredland, Linge & Vik (2012) skriver også at samarbeid med pårørende er av stor betydning, og bør få en mer sentral plass i rehabilitering, enn det som er tilfelle mange plasser i dag. Pårørende skal være en ressurs, som skal ivaretas og styrkes, ikke utnyttet.

Bredland, Linge & Vik (2012) skriver at for mange eldre med funksjonsnedsettelse, er det viktigere å ha noen å gjøre ting sammen med, noen å reise til eller gå til, enn det er med fysisk tilrettelegging av omgivelsene. Likevel vil det være viktig å være klar over at sosiale nettverk utenfor familie, ikke har samme betydning for alle. For noen er det aktiviteten i seg selv som er betydningsfull, mens personene rundt er nødvendige «aktører» for å greie å gjennomføre aktiviteten. Familie og nettverk kan på mange måter sies å være en av de viktigste helsefaktorene for å holde seg frisk og for å komme seg etter en skade eller sykdom (Bredland, Linge & Vik, 2012).

Helsepersonell kan være en ressurs på å identifisere og kartlegge brukernes sosiale nettverk. Når bruker vet at mennesker de kjenner godt stiller opp, kan det påvirke hans/ hennes framtidsutsikter (Travelbee 1966, Vaillot 1970, referert i Gjengedal & Hanestad, 2007).

For at en skal lykkes med en rehabiliteringsprosess og deltakelse generelt, er familie, venner og sosialt nettverk som beskrevet over, viktige faktorer. Gjennom samhandling med andre utvikler vi selvbilde, roller og status, og det er sammen med andre at vi ofte deltar og opplever at vi er en del av en sammenheng (Bredland, Linge & Vik, 2012).

4. HVORDAN KAN HVERDAGSREHABILITERING STYRKE DELTAKELSE HOS DEN ENKELTE BRUKER?

Vi har tatt utgangspunkt i Tuntland & Ness (2014) sin definisjon av hverdagsrehabilitering når vi nå vil drøfte vår problemstilling:

«Hvordan kan hverdagsrehabilitering styrke deltakelse hos den enkelte bruker»?

Vi vil drøfte denne problemstillingen ut i fra valgt teori i oppgaven og opp mot forskningsartiklene. Vi vil drøfte ut i fra 6 viktige områder som vi mener er av betydning i hverdagsrehabilitering for å styrke brukers deltakelse.

4.1 Betydningsfulle aktiviteter for bruker

Som Tuntland & Ness (2014) skrev i sin definisjon av hverdagsrehabilitering, skal bruker møtes med «Hva er viktige aktiviteter i livet ditt nå?» Ved å møte brukerne på en slik måte, tenker vi at en automatisk åpner opp for at bruker skal bli deltakende, nettopp fordi det er bruker selv som får bestemme hvilke aktiviteter som er betydningsfulle. At aktivitet og deltakelse skaper høyere grad av tilfredshet (Krohne & Bergland (2012), tenker vi avhenger nettopp av dette, at bruker selv får bestemme. Som Tuntland & Ness (2014) skriver i forhold til et behov for en grunnleggende holdningsendring, vet vi også fra erfaringer at det er fort gjort for helsepersonell å komme med den «ferdig pakka» om hva den enkelte bruker trenger, fordi vi «vet best». Vi skal ikke glemme vår profesjon og betydningen av denne, men vi tror det er viktig som Tveiten (2007) beskrev i teorikapittelet, at man åpner mer opp for at det er brukeren som er «ekspert på seg selv». Hva som er viktig for hver enkelt tenker vi er svært individuelt, og det er kun brukeren selv som kan si noe om. Ved at brukerne får sette ord på og komme med hvilke aktiviteter de anser som viktig her og nå, tenker vi også at dette kan være med på å gi ekstra motivasjon og man kan lettere sette seg mål å jobbe etter som har en personlig verdi og betydning for den enkelte. Noe som også ble beskrevet i teorien av Bredland, Linge & Vik (2012), at det øker motivasjonen om man jobber etter mål som har en personlig verdi.

I rapporten «fra passiv mottaker til aktiv bruker» beskrives også brukerens motivasjon til å styrke eller gjenvinne funksjoner som et sentralt anliggende. Helsepersonell må sikre at

brukerne er motiverte i utgangspunktet, og arbeide med å opprettholde motivasjonen (Fûrst og Høverstad ANS, 2014). Vi tenker at vi sikrer motivasjonen bedre, nettopp ved at bruker får sette seg mål som betyr noe for seg, som har en verdi og betydning (ikke bare praktisk/logisk, men også følelsesmessig). Noe også Antonovsky (2012) la vekt på i komponenten meningsfullhet i forhold til opplevelse av sammenheng. Det skal gi meningsfullhet i en følelsesmessig forstand, ikke bare kognitiv forstand. Noen ganger trenger brukerne kanskje litt hjelp av oss helsepersonell for å klare å sette ord på det som er betydningsfullt, men vi tenker det er viktig at det er bruker som skal styre, og vi må la de få tid til å tenke og kjenne etter. Det vil også kanskje være nyttig å ta med pårørende som kjenner bruker best (dette kommer vi inn på litt senere). Det er også viktig for motivasjonen i hverdagsrehabilitering, å skape en trygghet. Det oppleves i mange tilfeller utrygt å bo hjemme, både for bruker og pårørende. God tid og kontinuitet sammen med bruker anses som betydningsfullt for å skape trygghet og motivasjon (Fûrst og Høverstad ANS, 2014).

I forhold til betydningsfulle aktiviteter for å øke motivasjonen til bruker, skriver Wilde & Glendinning (2012) i sin artikkel at en yngre kvinne som kom seg etter et brudd, roste metoden hverdagsrehabilitering. Hun fikk godt forklart prinsippene med metoden før rehabiliteringen startet, og hun kunne fortelle at hun *selv* hadde vært fullt involvert med å sette sine *egne mål* på første vurderingsbesøk. Vi tenker det er avgjørende at bruker er godt informert og har forståelse for metoden, slik at de lettere kan sette sine egne mål, og vite eventuelle konsekvenser. Videre skriver Wilde & Glendinning (2012) at en annen mann kunne fortelle at han ble oppmuntret til og indentifisere mål som var meningsfulle for han. Dette ga han inspirasjon til å trene på muligheten for å kunne gå til stedet hvor hans kone hadde dødd. Dette eksempelet tenker vi viser hvorfor det er viktig at det er bruker selv som setter betydningsfulle mål, da dette viser seg i følge forskningen å gi økt motivasjon som igjen kan bidra til et positivt utfall. Dette ble også nevnt tidligere av Bredland, Linge & Vik (2012), beskrevet som en viktig faktor for motivasjon, at målene har en personlig verdi. Vi mener at brukerne på denne måten får styrket opplevelse av verdighet og deltakelse, da aktivitetene bestemmes ut fra brukers egne verdier og ønsker.

Vi tror det er viktig at vi som helsepersonell er bevisst på at det ikke er våre tanker og holdninger som skal styre. Kanskje i noen tilfeller setter bruker seg mål som kanskje kan virker noe urealistisk, men vi tenker også at det er viktig og ikke ta fra pasientene håpet. Vi har erfaringer med at det mange ganger er håpet som holder brukerne oppe og i gang, slik at de mestrer hverdagen og dermed blir mer deltakende. I følge Rustøen (2007) er håp ofte er

knyttet til fremtiden og blir et sentralt anliggende. Håp knyttes igjen til mestring, som blir beskrevet som en viktig faktor for menneskets livskvalitet. Bredland, Linge & Vik (2012) skriver også at mestringsoppfattelsen vil også øke dersom andre har tro på at du mestrer. Det er derfor kanskje viktig at vi noen ganger lar pasienten sette «urealistiske» mål, og at vi som helsepersonell viser respekt og tro på valgene de gjør. Samtidig skriver Fjerstad, (2010) at mestringstro er viktig med tanke på de mål en har, slik at en aldri legger lista høyere enn at en lykkes. Dette kan jo virke noe motstridene, men vi tenker at det er ikke noe fasit svar på hva som er rett og hva som er galt, og hvert enkelt individ og situasjon må ses på individuelt. Et eksempel fra vår praksiserfaring, er der en eldre dame etter et komplisert hoftebrudd, fikk beskjed om at hun aldri ville klare å komme seg på beina igjen, både av leger og annet helsepersonell. Denne damen har i dag kommet seg på beina, og bor hjemme. Dette er kanskje et eksempel på at det er ikke bestandig hva vi som helsepersonell vurderer og tror, er det rette for pasienten.

Å være fysisk aktiv som ble beskrevet i teorien av både Ness & Vik (2014), Hjelle, Johnson & Alsaker (2014) og Ranhof (2008), har vist seg å ha god innvirkning på Eldres helse og funksjon. Ness & Vik (2014) skriver at om det er slik at deltakelse i aktiviteter gir eldre god funksjon, eller om det er slik at når kropp og psyke fungerer godt, deltar mennesker i flere og mer utfordrende aktiviteter i dagliglivet, kan diskuteres. Selv om det kan være vanskelig å vite «hva som kom først», tenker vi at aktivitet, funksjon og deltakelse henger sammen og påvirkes av hverandre. Om ikke kropp (funksjon) og psyke fungerer godt, tenker vi evnen og motivasjonen til å være deltakende vil bli redusert, og mange vil kanskje isolere seg. Som Ranhoff (2008) beskriver i teorien, vil inaktivitet kunne påvirke den psykiske helsen negativt. I motsatt fall tenker vi at deltakelse i aktiviteter kan være med på å gi brukerne en økt følelse av tilhørighet og tilfredshet, noe Ness & Vik (2014) også skriver, at god funksjon gir mulighet før økt grad av deltakelse i aktiviteter, og påvirker mange områder av helsen. Aktive eldre har bedre fysisk og psykisk funksjon, og aktivitet og deltakelse gir en bedre livskvalitet.

4.2 Økt selvhjulpenhet

Fokus på økt selvhjulpenhet tenker vi henger sammen med behovet for en holdningsendring som nevnt i teorien av Tuntland & Ness (2014). Vi er som beskrevet tidligere, vant med å

komme med «ferdig pakke». Som Tuntland & Ness (2014) skriver, møtes ofte brukerne med «Hva trenger du hjelp til?». Ved en holdningsendring som i stedet legger vekt på «Hva er viktig for deg?», tenker vi at vi ikke bare åpner for brukermedvirkning og motivasjon som beskrevet over, men vi styrker brukerens ressurser, som igjen vi tenker er med på å styrke økt selvhjelpenhet. Vi tenker også at det er ikke bare helsepersonell som trenger en holdningsendring, men det er også av stor betydning hvilke forventninger brukerne selv har. Wilde & Glendinning (2012) skriver i sin artikkel at en bruker uttrykte en sterk vilje til å komme tilbake til hans tidligere uavhengighet, for å kunne komme seg ut å være aktiv og sosial igjen. Selv om hverdagsrehabilitering fokuserte på tilrettelegging av personlig pleie og andre daglige gjøremål i hjemmet, følte ikke brukeren at det var sammenheng mellom tjenesten og det å fremme uavhengighet. Han uttrykte det slik: «Hvis de hjelper meg, hvordan kan jeg da være uavhengig?» Det viste seg at mange brukere hadde en forventning om at hjelperne kom å gjorde oppgavene for dem, men de ble etter hvert oppmerksom på å endre dette fokuset til; «å gjøre mer for dem selv». Brukerne fikk etter hvert en større forståelse for målet med hverdagsrehabilitering. Mange brukere uttrykte da økt motivasjon for å gjøre ting for dem selv. En annen kvinne i artikkelen til Wilde & Glendinning (2012) uttrykte det slik: «Hjelperne sier at de har fått beskjed om å føre tilsyn i stedet for å gjøre ting for meg. Så det er slik vi har gått frem, og det har fungert ganske bra faktisk». Vi tenker ut i fra dette, at vi igjen ser hvor viktig det er at man har forståelse for metoden, og at man derfor kanskje trenger en holdningsendring som ble beskrevet i teorien av både Tuntland & Ness (2014), samt i rapporten «fra passiv mottaker til aktiv deltaker», for å få den rette forståelsen, både for brukere, helsepersonell og pårørende.

Mange har kanskje tidligere erfaringer med hjemmesykepleie, og har en forventning om at tiltak blir satt i gang som før. Wilde & Glendinning (2012) skriver videre i sin artikkel at det er viktig at brukerne og hjelperne har forståelse for tilnæringsmetoden og målet med hverdagsrehabilitering, for å unngå urealistiske eller upassende forventninger. Dette er en risiko da mange brukere har erfaringer fra vanlig hjemmetjenester, direkte eller gjennom familie og venner. Vi tenker det er avgjørende at det blir gitt god informasjon for å lykkes med rehabiliteringsprosessen. Vi skal ikke gjøre det «bare» fordi det står nedskrevet i loven, men fordi det har betydning for hvordan bruker opplever rehabiliteringen, og for å unngå urealistiske forventninger slik som beskrevet over. Halvorsen Bastøe (2004) skriver at opplevelsen av å bli dårlig informert i rehabiliteringsperioden kan for mange skape en opplevelse av sårbarhet. Det gir stor grad av usikkerhet og ikke å vite. Det å vite skaper mer

forutsigbarhet og dermed en større grad av kontroll. Større grad av kontroll tenker vi henger nært sammen med brukers opplevelse av deltakelse.

Bredland, Linge & Vik (2012) skriver at selv om vi bør ha et fokus på uavhengighet og brukerens ressurser, må vi også være obs på at å rette søkelyset mot ressurser, kan gjøre at brukers problemer fort bagatelliseres. Vi mener at selv om det kanskje er brukerens ressurser vi bør ha mest fokus på, tror vi det er viktig å ha denne tanken i bunn, slik at bruker føler at han blir tatt på alvor, og at vi også ser hva som er problemene. Det er en grunn for at vedkommende har behov for rehabilitering, og at han trenger hjelp for å komme seg videre. Vi tror dette er viktig for å kunne se helheten hos brukeren, som vi mener er helt nødvendig for å få til en god rehabiliteringsprosess, og for å kunne gi en forsvarlig tjeneste.

Selv om det ble beskrevet tidligere i teorien av Tveiten (2007), at det bør legges mer fokus på bruker som ekspert på seg selv, tenker vi at det også er viktig og ikke glemme vår profesjon som helsepersonell. Vi bør gi veiledning og støtte, slik at det best mulig kan legges til rette for at bruker skal få en positiv rehabiliteringsprosess. Målet er jo at brukeren skal kunne delta og mestre hverdagen igjen, og mestring er blitt beskrevet som å ha kontroll, og takle ytre/ indre krav, men vi bør også være bevisst på at ordet mestre kan for enkelte oppfattes som negativt. Mestre kan forbindes med å beherske, ha tak på eller være herre over. Dette kan gi inntrykk av at brukeren er vellykket ved egeninnsats, noe som ikke nødvendigvis stemmer hos personer med sykdom/ funksjonstap. Blir ikke mestring og egeninnsatsen god nok, kan den føre til skyldfølelse og skam hos brukeren. Siden det ligger flere tolkninger av ordet mestre, må vi være realistiske overfor pasientene og ikke velge lettvinde løsninger (Wangensteen, 2005, referert i Fjerstad, 2010). Vi vet fra erfaringer at mange pasienter ikke føler seg gode nok, når de ikke mestrer, og de kan som beskrevet over føle skyld og skam, «hva er det jeg gjør feil, hvorfor får ikke jeg til». De kan få en følelse av miste kontrollen. Kontroll ble beskrevet i teorien av Bredland, Linge & Vik (2012), som viktig for både å mestre å delta, og vi tenker derfor det blir viktig som beskrevet over å legge til rette for flest mulig positive opplevelser. Undersøkelser og erfaringer viser at de som tror på sine egne muligheter for mestring og bedring, klarer seg bedre enn andre (Bredland, Linge & Vik, 2012).

4.3 Tidlig og avgrenset innsats i brukers hjem eller nærmiljø

Hverdagsrehabilitering ble i teorien beskrevet av Tuntland & Ness (2014) som et lavterskeltilbud med tidlig igangsetting. Her har hverdagsrehabilitering et stort fortinn fremfor tradisjonelle rehabiliteringstjenester, som ofte kan ha lange ventelister som umuliggjør tidlig innsats (Tuntland & Ness, 2014). Det anses som en viktig faktor at man kommer raskt i gang, fremfor å vente på at funksjonen gradvis reduseres og man stadig må sette inn mere hjelp (Tuntland & Ness, 2014).

Selv om hverdagsrehabilitering i følge Tuntland & Ness (2014) oppfyller kriteriene til rehabilitering slik som den ble definert i teorien, tenker vi at det likevel bør være et skille i forhold til annen rehabilitering. Som beskrevet i teori er det ikke alle som har nytte av hverdagsrehabilitering, og vi tenker at det skal ikke være slik at nå skal alle ha hverdagsrehabilitering fordi dette vil være lønnsomt får både bruker og kommunen. Det avhenger som beskrevet tidligere, en del andre faktorer, blant annet motivasjon til bruker. Vi tenker at det vil alltid være brukere som har behov for annen rehabilitering enn den som foregår i hjemmet, og vi mener derfor det er viktig å være bevisst på at hverdagsrehabilitering ikke nødvendigvis er den rette rehabiliteringen for alle.

At hjelpen gis i brukerens eget hjem eller miljø, tenker vi også er av svært sentral betydning i det å styrke brukerens opplevelse av kontroll og deltakelse. Det er der de er vant med å være, og skal fortsette å leve livet. Samtidig oppleves det kanskje som en ekstra trygghet å være i eget miljø og hjem, og opplevelsen av å ha kontroll blir kanskje forsterket. Vi vet jo av erfaringer at det som er kjent, er ofte trygt og godt. Brukere som har vært borte fra hjemmet en periode, opplever vi ofte kan grue seg til å komme hjem igjen. De tenker mye på hvordan de vil mestre hverdagen i eget hjem og miljø, når de har vært vant til å ha andre trygge rammer rundt seg. Selvfølgelig skal man som nevnt over ikke glemme andre rehabiliteringsformer, men som beskrevet i teorien er det ikke alle som har nytte av hverdagsrehabilitering, og det vil være situasjoner der man har behov for annen rehabilitering enn den som foregår i hjemmet.

Videre tenker vi at ved en tidlig og avgrenset innsats i hjemmet, kan dette være med på å forebygge videre funksjonsnedsettelse, og dermed øke mestring og deltakelse hos den enkelte. Noe vi mener artikkelen til Lewin & Vandermeulen (2010), kan underbygge. Denne artikkelen går ut på «Silver Chain» som er en av de største hjemmetjenestene i Western

Australia. De utviklet et «restorative programme» der målet var å redusere individenes behov for videre hjemmetjenester, ved å fokusere på økt funksjon hos brukerne.

HIP ble derfor utviklet som et tidlig intervensjonsprogram rettet mot å øke funksjon, hindre eller forsinke ytterligere nedgang av funksjon, fremme sunn aldring og oppmuntre til mestre sykdom. Nøkkel-komponentene i denne modellen var blant annet;

- Et tverrfaglig team bestående av sykepleier, fysioterapeut og ergoterapeut
- Omfattende flerdimensjonale vurderinger
- Målrettede planer i samarbeid med bruker
- Evidensbaserte målrettede tiltak for å optimalisere ADL- funksjoner
- Redusere behovet for tjenester
- Opplæring av selvhjelp, sunn aldring, bruk av medikamenter og sykdoms/ ulykkes forebyggende strategier
- Bruk av språk og kommunikasjon som oppmuntrer brukerne og familien til å delta i alle beslutninger, som dermed fremmer deres autonomi fremfor at det er hjelperen som skal utøve makt over brukeren

Hos deltakerne som mottok tjeneste etter denne modellen, var det tydelige forbedringer, i forhold til deltakerne som mottok vanlig hjemmesykepleie. Deltakerne som deltok i HIP gruppen (modell lik hverdagsrehabilitering) viste ved 3 mnd oppfølgingen at de hadde forbedringer på alle målinger, mens de som mottok vanlig hjemmetjenester (HACC) viste liten bedring. I forhold til ADL aktiviteter skåret HIP gruppen mye bedre ved 3 mnd oppfølging, og de skåret også signifikant høyere enn HACC gruppen. HACC gruppen skåret omtrentlig det samme på 3 mnd oppfølging, som de hadde gjort ved oppstart. Her ser vi at de som mottok hverdagsrehabilitering hadde en positiv øking bare etter 3 måneder. Deltakerne i HIP gruppen hadde også mye bedre skår etter 12 mnd, enn det HACC gruppen hadde. Det var flere i HACC gruppen som fortsatte å trenge tjenester, enn det var i HIP gruppen, både etter 3 og 12 måneder. I HIP gruppen var behov for videre tjenester betraktelig redusert.

Ut i fra denne undersøkelsen viser det seg at en HIP- modell, støtter hypotesen om at eldre brukere som mottar hverdagsrehabilitering, har bedre resultater både individuelt og i forhold til behov for videre tjenester (Lewin & Vandermeulen, 2010).

Brukere som mottok hverdagsrehabilitering viste større forbedringer i forhold til egenomsorg, mestring av hverdagen og økt funksjon (Lewin & Wandermulen, 2010).

Da resultatene i forskningen over viser at hverdagsrehabilitering styrker den eldres mestringsfølelse, uavhengighet og økte ADL funksjoner, tenker vi at dette igjen kan være med på å styrke den eldres deltakelse, ved at de får engasjert seg i små og store gjøremål i hverdagen, og får en følelse av å være aktør i dagliglivet. Tuntland & Ness (2014) beskriver at innenfor hverdagsrehabilitering betraktes det som viktig å mestre ADL aktiviteter, og det er ikke tilstrekkelig nok å trene på bare selve aktiviteten, men man må også kanskje trene styrke og balanse, hvis brukeren har problemer med de komponentene for å kunne få utført aktiviteten. Å trene styrke og balanse ble i teorien beskrevet av Bellardini & Tonkonogi (2014) som betydningsfullt for å stabilisere og kontrollere kroppen. Vi tenker at dette ikke bare har betydning for utføring av PADL, men også for IADL som vi tenker henger sammen med den enkeltes mulighet til blant annet sosial deltakelse. Bellardini & Tonkonogi (2014) skriver videre at når eldre mennesker ikke klarer å reise seg fra stolen, påvirkes mulighetene til å treffe andre mennesker, venner og familie, og å være sosial deltakende. Fysikken og psyken, kropp og sjel, henger sammen, og de kan både stimulere og begrense hverandre (Bellardini & Tonkonogi, 2014). Vi anser det derfor viktig at brukere mestrer dagliglivets aktiviteter, både IADL og PADL, som igjen kan være med på å gi de enn større mulighet for å være deltakende både i eget liv, og som likeverdige borgere ellers i samfunnet.

Tidlig og avgrenset innsats tenker vi derfor kan være forebyggende, noe vi tenker artiklene til Lewin & Vandermeulen (2010) og Wilde & Glendinning (2012) kan underbygge. I definisjonene til både hverdagsrehabilitering og rehabilitering legges det vekt på at det er en tidlig og avgrenset innsats. I tillegg til at tidlig innsats anses som viktig for å forebygge og forhindre videre utvikling av funksjonstap, tenker vi at det også er viktig å være klar på at det skal være en tidsavgrenset prosess, for at man lettere skal kunne sette seg mål og nå disse innenfor en viss tidsramme. Om det ikke skulle vært satt et tidsperspektiv på prosessen, tenker vi at det øker faren at prosessen «flyter» ut og resultater og tiltak blir sjeldent vurdert og endret. Om ikke mål og tiltak blir vurdert underveis, tenker vi det er vanskeligere å nå sine mål. Hvordan kan vi vite at tiltak fungerer/ ikke fungerer hvis vi ikke foretar

vurderinger? Vi tenker derfor at det er viktig i en rehabiliteringsprosess med vurderinger og evalueringer for faktisk å se om tiltakene man har satt i gang har effekt. Av erfaringer vet vi ofte at det er behov for å endre/ sette inn nye tiltak, for at brukeren skal kunne nå sine mål. Normann, Sandvind & Thommesen (2008) skriver også at det er viktig at prosessen er tidsavgrenset for videre evalueringer og vurderinger. Om bruker ikke når sine mål med de virkemidler og som er valgt, eller innenfor den tidsrammen som er satt, må plan og virkemidler gjennomgås på nytt, og ny tidsramme settes. En rehabiliteringsprosess bør selvsagt ikke vare lenger enn nødvendig, men en rehabiliteringsprosess er ikke avsluttet før bruker oppnår optimal selvstendighet og deltakelse. Tuntland & Ness (2014) skriver også at så lenge en prosess er tidsavgrenset, fører dette trolig til en mer effektiv rehabilitering så lenge den pågår. Ut i fra funnene i artiklene til Wilde & Glendinning (2012) og Lewin & Vandermeulen (2010), viste det seg å ha positiv effekt med en slik modell som har tidlig og intensiv innsats. Det er som beskrevet i teori, ulik praksis på hvordan man avslutter og følger opp etter endt prosess, men er det bare positivt at innsatsen er såpass intensiv? Vi har jo erfaringer med at brukere blir fort usikker når de for eksempel har vært inne i institusjon og skal hjem igjen. Vi tenker at det kan settes noen likhetstrekk ved dette eksempelet, da det kanskje kan oppleves mer intensivt og trygt på en institusjon, kontra å reise hjem. Det blir kanskje noe samme følelse etter å ha hatt hverdagsrehabilitering. Det har vært intensivt og trygt, bruker har hatt mange motiverte teamarbeidere rundt seg, hva videre? Vi tenker derfor at det er av betydning at bruker får en form for oppfølging eller settes i kontakt med for eksempel frivillige. Kanskje nettopp derfor viste de i artikkelen til Lewin & Vandermeulen (2010) fortsatt bedring etter 3 og 12 mnd, fordi de fikk oppfølging ved 3 måneder og etter 1 år.

Vi tenker videre i forhold til tidlig og avgrenset innsats, at det er viktig å fremme helse og ha et fokus på brukerens ressurser, fremfor «hva feiler det deg? hva trenger du hjelp til?». Ved å ha fokus på hva som feiler bruker, tenker vi at vi lettere ser på brukeren i et sykdomhetsperspektiv. Vi mener at vi skal ikke glemme funksjonsnedsettelsen eller sykdommen, men som Antonovsky legger vekt på, løfter han heller frem det positive og forsøker styrke dette, slik at sykdommen kommer mer i «bakgrunn». LMS definisjons på mestring som ble beskrevet i teorien, er nært knyttet til Antonovskys helsefremmende perspektiv (salutogenese). Han hevder nemlig at helse er ikke et spørsmål hva vi utsettes for, men vår evne til å takle det som skjer i livet, og han fokuserer mer på hva som forårsaker helse, enn hva som forårsaker sykdom (Hvinden, 2011). Vi tenker at god helse kan være med

på å forebygge sykdom, som igjen kan være med på å styrke den enkeltes deltakelse. Ness (2014) skriver også at hverdagsrehabilitering bygger på dette helsefremmende perspektivet, med vekt på ressurser, muligheter, optimisme og mestring. Som støtte i denne tenkingen, beskriver Antonovsky som nevnt i teorien, en opplevelse av sammenheng. Brukerne skal ha ressurser (håndterbarhet) til å mestre, noe vi tenker blir styrket ved å ha fokus på økt selvhjulpenhet (brukers ressurser) fremfor sykdom, det skal være forståelig og meningsfullt, noe vi tenker blir styrket gjennom at rehabiliteringen foregår i brukerens eget hjem og miljø, og at han er delaktig ved å sette mål som gir mening for han selv, og har en personlig verdi.

Vi vet av erfaringer at det er ikke så lett for brukere å vite hva de har behov for, før en har prøvd seg hjemme igjen, for eksempel etter et sykehus- eller institusjonsopphold. Vi tenker derfor at det gir for de fleste kanskje mere mening å trene i det miljøet du skal fortsette å leve og bo i, enn inne på en institusjon. Det vil antageligvis være lettere for brukerne å sette seg mål, når de er i sitt eget hjem og raskere kan identifisere hva som er utfordringene, og hva som er viktig for dem å mestre i forhold til dette.

4.4 Styrket involvering og samhandling

Tverrfaglig samarbeid ble beskrevet i definisjonen hverdagsrehabilitering, som et av de viktigste kjennetegnene. Tuntland & Ness (2014), skriver at det er ikke mulig for en yrkesgruppe alene å drive hverdagsrehabilitering.

Ness (2014) la også vekt på i teorien at Eldres deltakelse avhenger av hvordan de blir møtt med tjenester, organisering og holdninger.

Vi tenker på bakgrunn av dette, at det er av stor betydning at vi har en organisering som legger vekt på tverrfaglighet i rehabiliteringsarbeidet. Det at vi arbeider flere profesjoner sammen, gir oss en større mulighet for å kunne se helheten, og arbeide mot de samme målene. Som Bredland, Linge & Vik (2012), beskrevet tidligere, er det viktig at alle arbeider mot de samme målene- å assistere brukerne til deltakelse. Vi tenker det blir vanskelig å se helheten som faggruppe alene, da vi har ulike profesjoner av en grunn. Vi er «eksperter» på ulike områder. Selv om vi har våre «ekspert-områder», tenker vi at alle kroppens funksjoner henger sammen og påvirkes av hverandre, og bruker bør ses på med et helhetssyn, for å få en best mulig forståelse. Vi tenker det er viktig at disse profesjonene har et nært samarbeid for å kunne arbeide mot det samme målet, nemlig brukerens. Vi har erfaringer, med at det er ikke

bestandig det kommer tydelig frem hva som er brukernes mål, og vi arbeider litt etter hva vi tenker brukeren trenger. Vi mener også at det er av betydning at de ulike profesjonene har samme holdningsgrunnlag, da det blir vanskeligere å samarbeide hvis det er ulik mening om hva vi skal hjelpe brukeren mot. Dette kan være utfordrende, men igjen kommer vi tilbake til viktige aktiviteter for bruker selv, og hvor viktig det er at det er *brukerens* mål vi skal arbeide mot. Noe vi tenker styrkes ved at man arbeider tverrfaglig, da det er beskrevet at det på bakgrunn av bred tverrfaglig kartlegging skal utredes en rehabiliteringsplan i *samråd* med bruker *selv*. (Tuntland & Ness, 2014). At ulike profesjoner samarbeider, tenker vi styrker muligheten for å få økt forståelse for hvorfor ulike tiltak blir satt i verk og hensikten med tiltakene. Bruker trenger støtte og veiledning på ulike områder, og som beskrevet over, kreves det mer enn en yrkesgruppe alene. Vi tenker at vår profesjon og kompetanse blir styrket ved å samarbeide tett med andre faggrupper, og vi står dermed sterkere til å kunne legge til rette for økt deltakelse for brukeren. Styrket involvering og samhandling er også noe vi ser samsvarer med definisjonen for rehabilitering (Tuntland, & Ness, 2014) at flere aktører samarbeider for å styrke brukernes deltakelse. Først og Høverstad ANS (2014), skriver at det er viktig å sette av tid til tverrfaglig samhandling, og at en har respekt for hverandres kompetanse og roller.

4.5 Samarbeid med pårørende og andre aktuelle nærpersoner

Pårørende er beskrevet av Bredland, Linge & Vik (2012) som viktige samarbeidspartnere. Da de antagelig er den som kjenner brukeren best, noe vi tenker er av stor betydning for å kunne se helhet hos brukeren, og kunne møte brukeren med respekt og verdighet. Vi tenker det er viktig å møte brukerne der de er, slik at de føler seg sett og hørt. Vi tenker at dette er noe pårørende eller andre nærpersoner kan bidra til. Vi har erfaringer med at pårørende ofte kan få i gang brukerne til sette ord på sin situasjon. Pårørende skal som beskrevet være en ressurs, men vi tenker at det også kan være utfordrende å jobbe tett med pårørende. Vi har også erfaringer med at pårørende ofte kan mene noe helt annet enn bruker selv. Mange kan også være svært kritisk til at bruker ikke skal få mere hjelp enn det som er vedtatt, og pårørende kan også ofte «ta i fra» bruker oppgaver som han egentlig ønsker å mestre selv. Som tidligere beskrevet i artikkel Wilde & Glendinning (2012) kan det være en utfordring i hverdagsrehabilitering da mange ofte har erfaringer fra hjemmetjenesten tidligere, og har allerede en forventning om hvordan det skal være. Her tenker vi det er viktig med god informasjon og tidlige avklaringer av forventninger med aktuelle pårørende/ andre

nærpersoner for å forebygge eventuelle misforståelser. Vi vet av erfaringer at pårørende ofte sitter på mye informasjon om hvordan brukers situasjon tidligere har vært, og hva den enkelte verdsetter. Dette er det vanskelig for oss helsepersonell å vite på forhånd, og vi mener det er nødvendig å få tak i bakgrunnshistorien til brukeren for og lettere kunne legge til rette for helhetlig rehabilitering slik at brukers deltakelse kan styrkes. Vi tenker også at det handler mye om hvordan vi møter brukerne. Brukerne skal bli møtt på en slik måte at vi ivaretar den enkeltes verdighet på en best mulig måte. Slettebø, (2012) skriver at verdighet kan ses på i sammenheng med selvbilde, i den forstand at helsepersonell kan støtte opp om brukernes selvbilde ved å respektere brukers iboende verdighet og gi verdighetsstøttende behandling i rehabiliteringsarbeidet. Dersom brukers verdighet ikke er et fokus, kan det fort grense over til at omsorgen oppleves som krenkende (Slettebø, 2012).

Blir ikke bruker møtt med verdighet og forståelse for sine valg og verdier, tenker vi at de lett kan miste tillitt til oss helsepersonell eller andre nære/ pårørende, og det blir vanskelig å bistå bruker videre. Bruker får dermed også kanskje følelse av å ha mindre medbestemmelse, mister sin status og selvbilde, noe vi tenker kan være med på å hindre brukers deltakelse. Som Bredland, Linge & Vik (2012) beskrev, avhenger det av miljøet og kulturen til brukeren, hva den enkelte opplever som deltakelse og verdighet.

4.6 Økt brukedeltakelse

Som Tuntland & Ness (2014) skrev, innebærer hverdagsrehabilitering en sterk grad av brukerdeltakelse. Dette mener vi er viktig for å kunne få til god helhetlig rehabilitering, som vi også har beskrevet tidligere. Vi tenker også at det er av betydning å ha et fokus på epowerment, da det i definisjonen til hverdagsrehabilitering legges vekt på at det skal være en tankemåte om at bruker selv styrer deltakelse og hverdagsmestring. Dette tenker vi epowermentbegrepet bygger opp under, da empowerment handler om maktoverføring fra helsepersonell til bruker, og har til hensikt å styrke kontrollen til brukeren (Tveiten, 2007). Ordet mestring er også blitt oversatt til epowermentbegrepet, som vi tenker ut i fra definisjonene om mestring, henger sammen med å ha kontroll over eget liv (Hvinden, 2011), og en forutsetning for opplevelse av deltakelse. Det er kanskje viktig å være bevisst på at det er en forskjell, på brukermedvirkning og empowerment. Mange kan kanskje forstå brukermedvirkning som en medbestemmelsesrett, og ikke at det er bruker som i større grad skal styre selv. Vi tenker at det likevel er av betydning at brukeren ikke får for mye ansvar

og blir overlatt til seg selv. Som Tveiten (2007) sier, skal bruker ha rett til og blitt hørt, rett til informasjon, rett til å medvirke, men ansvaret skal være hos fagutøveren.

Teorien har som beskrevet ulik forståelse av begrepet deltakelse, men vi tenker at ved å ha et økt brukerfokus, blir vi kanskje automatisk dreiet mer mot å flytte fokus fra sykdomhetsperspektivet, som WHO beskrivelse i teorien, til et rettighetsperspektiv (Ness, 2014). Dessverre ser vi ofte i dag at når personer blir syke og søker profesjonell hjelp, blir de degradert til en sykdom eller diagnose. Både helsepersonell og bruker kan fort gå inn i pasientrollen eller en profesjonell rolle etter mønster fra behandlingsverden, og fokuset blir på funksjonsnedsettelsen eller skaden (Bredland, Linge & Vik, 2012).

Ved kun å ha fokus på forståelse på begrepet deltakelse som den enkeltes medbestemmelse og opplevelse av å være inkludert, tenker vi at denne forståelsen kan bli for «enkel». Dette kan forstås som om brukeren har rett til medbestemmelse og opplevelse av å være inkludert i sin situasjon, men hva med å være en del av resten av samfunnet? Er det en selvfølge ut i fra denne forståelsen at bruker skal være inkludert? Det er derfor kanskje viktig å ha forståelse for deltakelse, også sett i et samfunnsperspektiv, med inkludering av alle som mål. På denne måten tenker vi at rettighetene til brukerne blir styrket, og de blir dermed sett på som likeverdige borgere som alle oss andre, ikke egne individer som ses på i et sykdomhetsperspektiv som annerledes.

5. AVSLUTNING/ KONKLUSJON

For å styrke den enkelte brukers deltakelse gjennom metoden hverdagsrehabilitering, har vi kommet frem til 6 faktorer som er av betydning. Det anses som betydningsfullt at bruker selv setter mål etter hvilke aktiviteter han anser som viktig, og at aktiviteten har en personlig verdi. Fokus på økt selvhjelpenhet og styrking av brukers ressurser, fremfor å ha en holdning som har hovedfokus på sykdom og «hva feiler det deg?», er også viktig. Tidlig og avgrenset innsats i eget hjem eller miljø anses også som betydningsfullt for brukers opplevelse, da det er i hjemmet eller nærmiljøet bruker skal fortsette å være, og mestre hverdagen. Samt tenkes det at det er viktig å komme tidlig i gang fremfor å måtte stå på venteliste, mens funksjonen kanskje reduseres ytterligere. At arbeidsformen er preget av en tverrfaglig tilnærming sees på som nødvendig da det poengteres at hverdagsrehabilitering ikke er mulig for en yrkesgruppe alene å drive. Vi er avhengig av hverandres kompetanse for å få en helhetlig og forsvarlig rehabilitering. Det vil også være aktuelt med samarbeid med pårørende, da det som oftest er de som kjenner brukers forhistorie, vaner og verdier. Dette mener vi er viktig for å kunne møte brukerne med respekt og verdighet. Hverdagsrehabilitering er som beskrevet i teorien preget av brukermedvirkning. Det anses som helt essensielt at det er et økt brukerfokus, da det er kun bruker selv som kan si noe om hvordan de opplever sin situasjon. Det er de som sitter med ekspertkunnskapen på seg selv, og det er brukernes verdier og valg som skal styre, ikke helsepersonellens holdninger.

Hverdagsrehabilitering har vist seg i følge forskningen å være økonomisk besparende, samt at bruker får økt funksjon og mestring, både etter 3, 6, og 12 mnd. Dette mener vi er av stor betydning for brukers opplevelse av deltakelse, og er kanskje en metode det bør satses mer på i forhold til å møte fremtiden utfordringer. Forskningen vi har funnet sier også noe om at det er behov for flere av denne typen studier, som ser på effekten av metoden. Det hadde imidlertid vært interessant og sett på flere studier i forhold til langtidseffekt av metoden og hvilken type oppfølging som eventuelt er hensiktsmessig for å oppnå ønskede resultater, både for bruker og samfunnet.

I forhold til egen søkeprosess hadde vi kanskje kunne funnet flere typer studier vi kunne benyttet oss av for å styrke validiteten av våre funn, hvis vi hadde brukt andre søkeord og kombinasjoner.

Litteraturliste

- Antonovsky, A. (2012). *Helsens mysterium- den salutogene modellen*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Bellardini, H. & Tonkonogi, M. (2013). *Senior power*. Oslo: Akilles Forlag. * (227 sider)
- Bredland, E.L., Linge, O.A. & Vik, K. (2011). *Det handler om verdighet og deltakelse*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Fjærstad, E. (2010). *Frisk og kronisk syk- et psykologisk perspektiv på kronisk sykdom*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator, FOR-2011-12-16-1256. Kapittel 2, § 4, Pasient- og brukermedvirkning.
- Fûrst og Høverstad ANS (2014). *Fra passiv mottaker til aktiv deltaker: Hverdagsrehabilitering i norske kommuner*. KS FoU- prosjekt nr. 134027. Sluttrapport. Lokalisert på: <http://www.ks.no/PageFiles/63754/KS%20-%20hverdagsrehabilitering%20-%20sluttrapport%20endelig.pdf> * (111 sider).
- Gjengedal, E. & Hanestad, B.R. (2007) Om kronisk sykdom, I E. Gjengedal & B.R. Hanestad (Red.). *Å leve med kronisk sykdom- en varig kursendring*. (s.10-26). Oslo: Cappelen Forlag AS. * (7 sider)
- Halvorsen Bastøe, L.K. (2004). Reaksjoner og strategier i bearbeiding av sykdom og skade, I T.E. Mekki & S. Pedersen (Red.). *Sykepleieboken 1*. (s.49-72). Oslo: Akribe AS. *(24 sider).
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2009). *Samhandlingsreformen, Rett behandling - på rett sted - til rett tid*. (St. meld.nr. 47, 2008-2009). Oslo: Departementet.

Helsepersonelloven, LOV-1999-07-02-64. Kapittel 5- taushetsplikt og opplysningsrett (2015).

Hjelle, K.K., Johnson, S.G. & Alsaker, S. (2014). Hvordan kan eldres hverdagskompetanse synliggjøres og anvendes i hverdagsrehabilitering? I H. Tuntland., & N.E. Ness (Red.). *Hverdagsrehabilitering*. (s. 75-88). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS. * (14 sider)

Hverdagsrehabilitering (2015). Lokalisert på <http://hverdagsrehabilitering.no/historien-0> *

Hvinden, K. (2011). Etablering av lærings- og mestringsentra, I A. Lerdal & M.S. Fagermoen (Red.). *Læring og mestring- et helsefremmende perspektiv i praksis og forskning*. (s. 48-62). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Krohne, K. & Bergland, A. (2012). Rehabilitering for en god alderdom, I P.K. Solvang & Å. Slettebø (Red.). *Rehabilitering*. (s.232- 247). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Laber, T. & Ness, N.E. (2012). Innføring av hverdagsrehabilitering i norske kommuner, I *ergoterapeuten*, 55(1) 20-23.* (4 sider).

Lewin, G. & Vandermeulen, S. (2010). A non- randomised controlled trial of the Home Independence Program (HIP): an Australian restorative programme for older home-care clients. *Health Social Care in the community*, 18(1), 91-99. *(9 sider)

Ness, N.E. (2014). Hva er utordringene for norske kommuner? I H. Tuntland., & N.E. Ness (Red.). *Hverdagsrehabilitering*. (s. 42-52). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS. * (11 sider)

Ness, N.E. & Vik, K. (2014). Hvorfor hverdagsrehabilitering? I H. Tuntland., & N.E. Ness (Red.). *Hverdagsrehabilitering*. (s. 63-74). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.* (12 sider)

Normann, T., Sandvin, T.J. & Thommesen, H. (2008). *Om rehabilitering- Mot helhetlig og felles forståelse*. Oslo: Kommuneforlaget AS* (159 sider).

Pasient- og brukerrettighetsloven, LOV-1999-07-02-63. Kapittel 3- rett til medvirkning og informasjon. (2015).

Ranhoff, A.H. (2008). Den gamle pasienten. I *Geriatrisk sykepleie- god omsorg til den gamle pasienten*. (s.75-86). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS. * (12 sider)

Romsland, G.I. (2012). Mestring som mulighet. I P.K. Solvang & Å. Slettebø (Red.). *Rehabilitering- individuelle prosesser, fagutvikling og samordning av tjenester*. (s. 160-178). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Rustøen, T. (2007). Håp hos kronisk syke mennesker, I E. Gjengedal & B.R. Hanestad (Red.). *Å leve med kronisk sykdom- en varig kursendring*. (s.93-102). Oslo: Cappelen Forlag AS. * (10 sider)

Slettebø, Å. (2012). Etske fordringer i møtet mellom tjenesteyter og tjenestemottaker. I P.K. Solvang & Å. Slettebø (Red.). *Rehabilitering- individuelle prosesser, fagutvikling og samordning av tjenester*. (s.113-126). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Sundseth, L. (2015). *Hjemmetreneren*. Oslo: RK Grafisk AS. * (25 sider).

Tuntland, H. (2014). Hvem kan ha nytte av hverdagsrehabilitering? I H. Tuntland & N.E. Ness (Red.). *Hverdagsrehabilitering*. (s. 53- 62). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.* (10 sider)

Tuntland, H. & Ness, N.E. (2014). Hva er hverdagsrehabilitering? I H. Tuntland., & N.E. Ness (Red.). *Hverdagsrehabilitering*. (s. 21-41). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS. * (21 sider)

Tveiten, S. (2007). *Den vet best hvor skoen trykker- om veiledning i empowermentprosessen*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.

Wilde, A. & Glendinning, C. (2012). If they`re helping met hen how can I be independent? The perceptions and experience o fusers of home- care re-ablement services. *Health and Social Care in the Community*, 20(6), 583-590. * (8 sider)

VEDLEGG 1
SØKEHISTORIKK I ORIA

SØKEORD/ KOMBINASJONER	FØRSTE TREFF	1. AVGRENSNING MED TREFF	2. AVGRENSNING MED TREFF
Restorative homecare and coping	16	Fagfelleverdert ga 12 treff	
Restorative homecare and participation	13	Fagfelleverdert ga 1 treff	
Homecare ADL	1304	Artikkel ga 1148 treff	Fagfelleverdert ga 878 treff
Home care re-ablement and participate*	9 treff	Fagfelleverdert ga 6 treff	
Community based rehabilitation	13 207	Fagfelleverdert ga 6467	Artikkel 6214 treff
Community based rehabilitation and coping	1409	Fagfelleverdert ga 63	Etter 2009 ga 28 treff
Community based rehabilitation and participation	3072	Fagfelleverdert ga 408	Etter 2009 ga 187 treff
Community based rehabilitaton and participation and coping	1032	Fagfelleverdert ga 18 treff	
Homecare reablement	78 treff	Fagfelleverdert ga 10 treff	
Everyday activity and coping	5056	Fagfelleverdert 200 treff	
Everyday activity and coping and reablement	6	Fagfelleverdert ga 2 treff	

Etter avgrensninger ble gjort, og vi likevel fikk ganske store treff, benyttet vi som vist ovenfor i tabell, andre søkeord. Når søketreffene ble mindre og mer håndterbar, kunne vi luke ut enkelte artikler bare ved å lese overskrifter på artiklene. De som virket relevante og virket til å ha forsket på effekten av hverdagsrehabilitering, leste vi abstrakter på, og bestemte videre ut i fra abstraktene, om vi skulle lese hele artikkelen. Ut i fra dette valgte vi 2 vitenskapelige artikler for bruk i vår oppgave. Disse kunne vise til forskning som så på effekten av metoden hverdagsrehabilitering, og syntes og passe vår oppgave i forhold til valgt problemstilling.