



Høgskolen i **Hedmark**

Avdeling folkehelsefag

Kandidatnummer 60

Veileder Berit Arnesveen Bronken

Fordypningsoppgave

**FRA «STANDARDPAKKER» TIL INDIVIDUELL
TILPASNING**

FROM «STANDARD PACKAGES» TO INDIVIDUAL CUSTOMIZATION

Videreutdanning i tverrfaglig rehabilitering, kull 2013-2015

10987 ord

Vår 2016

Samtykker til utlån hos høgskolebiblioteket

JA NEI

Samtykker til tilgjengeliggjøring i digitalt arkiv Brage

JA NEI

Sammendrag

Bakgrunn: Helse- og omsorgstjenestene står overfor store utfordringer med tanke på demografisk utvikling. Antall eldre øker og flere vil få behov for hjelp fra det offentlige. Samtidig blir det færre til å utføre hjelpen. For å sikre fremtidig bærekraft må vi tenke nytt og innovativt i forhold til innhold i- og utførelse av tjenestene. Hverdagsrehabilitering er eksempel på en tjenesteinnovasjon. Tenkesettet som ligger til grunn er hverdagsmestring, arbeidsformen er rehabiliterende. Denne typen rehabilitering foregår i brukerens hjem og nærmiljø og innebærer at helsepersonell går fra å spørre brukeren: «*Hva trenger du hjelp til?*» til «*Hva er viktige aktiviteter i livet ditt nå?*»

Problemstilling: «Hva må til av holdnings- og kulturendringer hos helsepersonell for å lykkes med hverdagsrehabilitering?»

Metode: Oppgava er et litteraturstudium. Ulike kilder er gjennomgått, sammenfattet og satt i en ny sammenheng. Videre er kildene sammenlignet og drøftet opp mot valgte kvalitative- og kvantitative forskningsartikler, teorier, rapporter og egne erfaringer.

Resultat: Gjennom prosessen med å gjennomgå og sammenfatte kilder var det særlig tre kultur- og holdningsendringer hos helsepersonell som pekte seg ut som viktige for å lykkes:

- Fra sykdom og svikt til ressurser og muligheter
- Fra flerfaglig til tverrfaglig samarbeid
- Fra en ekspert til to eksperter

Konklusjon: Funn i studien tyder på at helsepersonell i stor grad har kunnskap om tenkesett og arbeidsmåte som ligger til grunn for hverdagsrehabilitering og hva som må til av endringer. På veien videre blir det viktig å legge til rette for at helsepersonell får hentet opp og brukt kunnskapen sin.

Nøkkelord: rehabilitering, hjemmetjeneste, brukermedvirkning, tverrfaglig samarbeid.

Innholdsfortegnelse

SAMMENDRAG	3
1. INNLEDNING	6
1.1 BAKGRUNN	6
1.2 HENSIKT OG PROBLEMSTILLING	8
1.3 BEGRENSNING	8
1.4 BEGREPSAVKLARING	8
1.4.1 Hverdagsrehabilitering	8
1.4.2 Holdnings- og kulturendringer	9
1.4.3 Helsepersonell	9
1.5 OPPGAVAS OPPBYGNING	10
1.6 SPRÅKET I OPPGAVA	10
2. METODE	11
2.1 VALG AV METODE	11
2.2 LITTERATURSØK.....	11
2.3 PRIMÆR OG SEKUNDÆR LITTERATUR.....	12
2.4 KILDEKRITIKK	12
2.5 ETISKE OVERVEIELSER.....	13
3. TEORETISK GRUNNLAG	15
3.1 KOMMUNALE HELSE- OG OMSORGSTJENESTER.....	15
3.1.1 Kjennetegn på tradisjonelle helse- og omsorgstjenester	15
3.1.2 utfordringer, muligheter og tiltak.....	16

3.2	REHABILITERING	17
3.2.1	<i>Definisjon og verdigrunnlag</i>	17
3.2.2	<i>Brukermedvirkning</i>	18
3.2.3	<i>Tverrfaglig samarbeid</i>	19
3.3	HVERDAGSREHABILITERING	20
3.3.1	<i>Kjennetegn</i>	20
3.3.2	<i>Historie</i>	21
3.3.3	<i>Hva skiller hverdagsrehabilitering fra andre rehabiliteringsformer?</i>	22
3.3.4	<i>Hverdagsmestring</i>	23
3.3.5	<i>Suksesskriterier</i>	24
4.	FRA «STANDARDPAKKER» TIL INDIVIDUELL TILPASNING- HVA MÅ TIL?	27
4.1	FRA SYKDOM OG SVIKT TIL RESSURSER OG MULIGHETER	27
4.2	FRA FLERFAGLIG -TIL TVERRFAGLIG SAMARBEID	31
4.3	FRA EN EKSPERT TIL TO EKSPERTER	33
4.4	VEIEN VIDERE, NOEN AVSLUTTENDE REFLEKSJONER	37
5.	OPPSUMMERING/KONKLUSJON	40
	LITTERATURLISTE	42
	VEDLEGG 1: ARTIKKELSØK	46
	VEDLEGG 2: GODKJENNING TIL BRUK AV ILLUSTRASJON	52
	Figur 1. Rehabiliteringspyramiden.....	22

1. INNLEDNING

Demografisk utvikling trekkes frem som en stor utfordring i fremtidens helse- og omsorgstjenester. Antall eldre øker og flere vil få behov for hjelp fra det offentlige. Samtidig blir det færre hender til å utføre hjelpen. Denne utviklingen er ikke bærekraftig (Helse- og omsorgsdepartementet (HOD), 2009; 2013 & 2015).

«Omsorgskrisen skapes ikke av eldrebølgen, men av forestillingen om at omsorg ikke kan gjøres annerledes enn i dag» (HOD, 2013 s.11). Nytenkning og innovasjon er nødvendig for å møte utfordringer vi står overfor på en god måte. «*Hva skal tjenestene inneholde?*» «*Hvordan skal tjenestene utøves?*» Dette er sentrale spørsmål når fremtidens helse- og omsorgstjenester skal utformes (HOD, 2009; 2013 & 2015).

I Meld. St. 26, *Fremtidens primærhelsetjeneste, nærhet og helhet*, (2014-2015) legges det føringer for at rehabiliteringstankegangen må gjennomsyre alle ledd i helse- og omsorgstjenestene. Som følge av samhandlingsreformen har kommunene fått et større og tydeligere ansvar for rehabilitering (HOD, 2009). Rehabilitering er en lovpålagt tjeneste. Dette er nedfelt i blant annet lov om kommunale helse- og omsorgstjenester (2011). Hverdagsrehabilitering representerer en annen måte å utøve omsorg på og er eksempel på en tjenesteinnovasjon. Sverige og Danmark har praktisert denne rehabiliteringsformen i mange år. De viser til gode resultater i form av fornøyde brukere, motiverte ansatte og lavere kostnader. Stadig flere norske kommuner innfører hverdagsrehabilitering som en del av sitt tjenestetilbud. Hverdagsrehabilitering foregår i brukerens eget hjem og nærmiljø og innebærer en tilnærming der helsepersonell går fra å spørre brukeren: «*Hva trenger du hjelp til?*» til «*Hva er viktige aktiviteter i livet ditt nå?*» (Først & Høverstad, 2014).

1.1 Bakgrunn

Jeg jobber som sykepleier og fagkoordinator på ei kommunal korttids- og rehabiliteringsavdeling. Det er vedtatt at kommunen skal starte opp med hverdagsrehabilitering. Jeg sitter i et fagteam som skal være pådriver for å innføre denne rehabiliteringsformen som en del av kommunens tjenestetilbud. Vi deltar i effektiviseringsnettverk i regi av Kommunesektorens Organisasjon (KS). Her får vi råd og

drahjelp i arbeidet. Gjennom arbeidet med fordypningsoppgava, i tverrfaglig rehabilitering, vil jeg utforske nærmere hva innføring av hverdagsrehabilitering krever av endringer i helsepersonells tenke- og arbeidsmåte.

Hverdagsrehabilitering bryter med tradisjonelle helse- og omsorgstjenester. Tenkesettet som ligger til grunn er hverdagsmestring, arbeidsformen er i hovedsak rehabiliterende med elementer av sykdomsforebyggende og helsefremmede arbeid (Tuntland & Ness, 2014). Fürst & Høverstad (2014) har på oppdrag fra KS skrevet en sluttrapport fra prosjektet, *Fra passiv mottaker til aktiv deltaker: Hverdagsrehabilitering i norske kommuner*. Her oppsummeres dokumentasjon fra skandinaviske kommuner og erfaringer fra 20 norske kommuner/bydeler. I rapporten trekkes det frem suksesskriterier for å lykkes med innføring av hverdagsrehabilitering. Holdnings- og kulturendringer er en av disse.

Helse- og omsorgstjenestene i kommunen jeg jobber har vært gjennom en omfattende omstillingsprosess. Langtids-sykehjemsplasser er avhjemlet, per dags dato har kommunen 4 langtidsplasser. Det er politisk vedtatt at det skal satses på hjemmetjenester. Pasienter og brukere som trenger tjenester utover korttids-, rehabiliterings- og avlastningsopphold skal i hovedsak ivaretas av hjemmetjenester.

Selv om omstillingsprosessen er ferdig rent organisatorisk har vi fremdeles en vei å gå. Vi trenger også «å omstille vår måte å tenke på». Tjenestene har vært preget av tradisjonell tankegang med stort fokus på pleie- og omsorg og standardiserte pakkeløsninger fremfor individuell tilpasning. Kompenserende tiltak har ofte blitt satt inn uten at rehabilitering har vært vurdert. Samarbeidet flerfaglig mer enn tverrfaglig.

«Ingen tjenester blir bedre enn det de ansatte klarer å yte i møte med brukeren», poengteres det i veilederen til internkontrollforskriften (Helsedirektoratet, 2004 s.8). For meg er denne erkjennelsen viktig og alltid med meg i rollen som fagkoordinator. Det er ikke nok å vedta at kommunen skal starte opp med hverdagsrehabilitering, *vi må gjøre det!* Gjennom arbeidet med denne oppgava ønsker jeg å utvide mine perspektiver og få flere innfallsvinkler til å forstå hva som må til for at brukeren skal oppleve hverdagsrehabilitering som en tjeneste som er i tråd med egne ønsker og behov.

1.2 Hensikt og problemstilling

Hensikten med oppgava er å få økt kunnskap om tenkemåten og arbeidsformen hverdagsrehabilitering bygger på. Som oppgavas tittel sier, har jeg som hensikt å finne ut hva som må til av endringer hos helsepersonell for å dreie tjenestetilbudet fra «standardpakker» til individuell tilpasning.

På bakgrunn av dette tar jeg utgangspunkt i følgende problemstilling:

«Hva må til av holdnings- og kulturendringer hos helsepersonell for å lykkes med hverdagsrehabilitering?»

1.3 Begrensning

Innføring av hverdagsrehabilitering er en kompleks oppgave. Holdning- og kulturendringer er bare en av flere faktorer som beskrives som viktige for å lykkes (se kapittel 3.3.5).

Opgava vil derfor bare kunne gi svar på en liten del av hva som må til for å lykkes med hverdagsrehabilitering. Hverdagsrehabilitering krever holdnings- og kulturendringer hos helsepersonell, brukere, pårørende, ledere, politikere og befolkningen generelt. I denne oppgava er det endringer som er nødvendig i helsepersonells møte med brukeren jeg har fokus på.

1.4 Begrepsavklaring

I påfølgende underkapitler blir sentrale begrep i problemstillinga definert.

1.4.1 Hverdagsrehabilitering

Hverdagsrehabilitering er en rehabiliteringsform som foregår i brukerens hjem og nærmiljø. Målet er å bevare, vedlikeholde og styrke brukerens funksjonsnivå. I stedet for å sette inn kompensierende tiltak for brukere med funksjonssvikt får de rehabiliteringstilbud med mål

om bedre mestring av dagligdagse gjøremål (Tuntland & Ness, 2014). Ulike aspekter ved hverdagsrehabilitering blir nærmere beskrevet i kapittel 3.3.

1.4.2 Holdnings- og kulturendringer

Holdninger kan brukes som en betegnelse for vedvarende beredskap til å reagere positivt eller negativt overfor spesielle objekter, ideer og verdier. Holdninger kommer til uttrykk gjennom oppfatninger, meningsytringer, reaksjoner og handlinger (Teigen, 2012).

Kultur er et mye brukt uttrykk. Uttrykket er vanskelig å definere og kan ha flere betydninger. Det brukes for å betegne menneskelig aktivitet i samfunnet. Kultur er også holdninger, verdier og normer som er rådende hos en viss gruppe mennesker eller organisasjon (Kultur, s.a.). I denne oppgava er det kultur i en organisasjon (personalgruppe) det er snakk om. Organisasjonskultur viser til den kulturen som utvikles blant menneskene i en bestemt organisasjon eller gruppe (Sagberg, 2013). Henning Bang (2011) definerer organisasjonskultur slik: "Organisasjonskultur er de sett av felles verdier, normer og virkelighetsoppfatninger som utvikler seg i en organisasjon når medlemmene samhandler med hverandre og omgivelsene" (Bang, 2011 s.23).

Fokuset i oppgava blir å finne ut hva som må til av endringer i helsepersonells nåværende holdninger og organisasjonskultur for å handle i tråd med tenke- og arbeidsmåten som hverdagsrehabilitering representerer.

1.4.3 Helsepersonell

I §3 i helsepersonelloven (1999) går følgende inn under definisjonen av helsepersonell:

- Personell som er autorisert eller har fått godkjent søknad om lisens.
- Personell i helse- og omsorgstjenesten eller i apotek som utfører handlinger som er forebyggende, diagnostisk, behandlende, helsebevarende, rehabiliterende eller har pleie- og omsorgsformål.
- Elever og studenter i forbindelse med helsefaglig opplæring.

Helsepersonell bruker jeg, i denne oppgava, fortrinnsvis som en fellesbetegnelse på leger, ergoterapeuter, fysioterapeuter, sykepleiere, vernepleiere og helsefagarbeidere.

1.5 Oppgavas oppbygning

Først kommer et metodekapittel der jeg gjør rede for hvordan jeg har gått frem for å finne svar på oppgavas problemstilling, samt styrker og svakheter med kildene jeg har benyttet. Deretter blir oppgavas teoretiske grunnlag presentert. Videre kommer drøftingsdel der jeg på bakgrunn av teoretisk grunnlag, valgte artikler, teorier, rapporter og egne erfaringer forsøker å finne svar på oppgavas problemstilling. Til slutt i oppgava kommer oppsummering og konklusjon.

1.6 Språket i oppgava

Jeg vil veksle på å bruke pasient- og brukerbegrepet avhengig av hvilke begrep som benyttes i litteraturen jeg henviser til. Når jeg kommer med eksempler fra korttidsavdelingen jeg jobber bruker jeg pasientbegrepet. Personene vi gir tjenester til får helsehjelp, slik det er definert i pasient- og brukerrettighetsloven (1999) §1-3, ledd c, og går inn under definisjonen av pasient. For å få variasjon i språket veksler jeg på å bruke helsepersonell og ansatte.

2. METODE

I dette kapittelet beskrives hvordan jeg fant kildene jeg har benyttet samt noen vurderinger rundt valg av kilder og metode.

2.1 Valg av metode

Oppgava er et litteraturstudium. Det er benyttet både kvalitative- og kvantitative forskningsartikler. I følge Dalland (2012) innebærer litteraturstudie at det benyttes kilder fra ulike hold. Kildene sammenfattes, settes inn i en ny sammenheng og diskuteres.

Tilnærmingen i oppgava er i hovedsak kvalitativ og bygger på teorier om menneskelig erfaring (fenomenologi) og fortolkning (hermeneutikk). Empirisk data tolkes i lys av teoretisk referanseramme. En slik tilnærming er godt egnet for å utforske dynamiske prosesser som samhandling, utvikling, bevegelse og helhet (Malterud, 2013).

2.2 Litteratursøk

For å belyse hva rehabilitering og hverdagsrehabilitering er samt arbeidsformen og tenkesettet som ligger til grunn, benyttet jeg i stor grad pensumlitteratur. Relevante lover/forskrifter/stortingsmeldinger og rapporter fant jeg blant annet på nettsidene lovdata.no, helsedirektoratet.no, regjeringen.no og hverdagsrehabilitering.no. I tillegg så jeg på litteraturanbefalinger fra forelesninger og KS- nettverk.

Bibliotekstjenesten, Høgskolen i Hedmark (Hihm), gir tilgang til faglige, kvalitetssikrede databaser. For å finne forskningsartikler som belyser problemstillingen benyttet jeg ulike databaser fra her. *Oria* er felles portal til det samlede materiale som finnes ved de fleste fag- og forskningsbibliotek. *SweMed+* er en nordisk database med referanser til ca. 140 nordiske tidsskrift. *PubMed* er verdens største base innen medisin og sykepleie (Hihm, 2016).

Søkeordene jeg brukte for å finne forskningsartikler, i ulike kombinasjoner var:

rehabilitering, hjemmesykepleie, hverdagsrehabilitering, tverrfaglig samarbeid, eldre,

aktivitet, brukermedvirkning, individuell tilpasning. Av engelske søkeord brukte jeg: *community rehabilitation, multiprofessional collaborations, home care service, activity of daily living, older adults og participation.*

På forhånd hadde jeg satt noen kriterier for valg av forskningsartikler. Forskningsartiklene skulle si noe om helsepersonells innstilling til å støtte opp om brukernes mestring i daglige aktiviteter. For å få flere perspektiver inn i drøftinga var jeg på utkikk etter forskningsartikler som beskrev studier utført blant helsepersonell, brukere eller kombinasjon av disse. I følge Tuntland & Ness (2014) har hverdagsrehabilitering ingen øvre eller nedre aldersgrense, men er likevel mest aktuelt for eldre mennesker. Av den grunn valgte jeg fortrinnsvis forskningsartikler som omhandlet eldre mennesker. Mange forskningsartikler ble forkastet da de ikke var relevante i forhold til oppgavas problemstilling. Til slutt satt jeg igjen med fem forskningsartikler som jeg brukte i oppgava (se vedlegg 1 for søkehistorikk og mer informasjon om valgte artikler).

2.3 Primær og sekundær litteratur

I oppgava har jeg brukt både primær- og sekundærlitteratur. Primærlitteratur gir den fordelen at det er tett opp mot forskning og kan tolkes utfra egen forståelse. Ulempen er at det kan være vanskelig å forstå og trekke ut det viktigste. Sekundærlitteratur har den fordelen at andre har tolket den fra før og en trenger ikke å bruke tid på å finne hovedessensen. Ulempen er at tolkingen som har vært gjort kan ha vridt på det egentlige budskapet (Dalland, 2012; Malterud, 2013).

I teoridelen har jeg i hovedsak benyttet sekundærkilder i form av lærebøker. I drøftingsdelen har jeg trukket inn primærlitteratur i form av forskningsartikler, teorier og egne erfaringer.

2.4 Kildekritikk

Kildekritikk betyr å vurdere og karakterisere kildene som benyttes og er en metode som brukes for å fastslå om en kilde er troverdig (Dalland, 2012).

I teoretisk grunnlag har jeg i stor grad brukt lærebøker. Bøkene er skrevet av personer som er sentrale innen sitt fagområde og gir en god oversikt over rehabiliteringsfeltet. Selv om jeg har valgt de nyeste utgavene kan forskningen, som presenteres i lærebøkene, ligge mange år tilbake i tid. Hverdagsrehabilitering er relativt nytt i Norge. I Tuntland & Ness (2014) går det frem at arbeidsmåte og tankesett som ligger til grunn for hverdagsrehabilitering ikke skiller seg fra andre rehabiliteringsformer. Jeg har vurdert det dit hen at lærebøkene jeg har benyttet har gitt et tilstrekkelig teoretisk utgangspunkt.

I følge Malterud (2013) er det tre grunnbetingelser i vitenskapelig kunnskap. *Refleksivitet* er en kompetanse der forskeren evner å se egne forutsetninger og rolle i prosjektet. *Relevans* innebærer å ha en forståelse av hva kunnskapen kan brukes til. *Validitet* innebærer at en overveier hva studien sier noe om. Jeg har forsøkt å ha med meg disse grunnbetingelsene gjennom hele oppgaveprosessen. I tilnærmingen til kildene har jeg forsøkt å ha et åpent sinn, rom for kritisk refleksjon blant annet med tanke på overføringsverdien av funn i forskningsartiklene og nye innfallsvinkler til å finne svar på problemstillinga. Funnene i oppgava kan ha overføringsverdi til andre rehabiliteringsformer da tenkesett og arbeidsmåte er samsvarende.

Forskningsartiklene som er benyttet er ikke mer enn 5 år gamle. Alle er publisert i fagfelleverderte tidsskrift. At et tidsskrift er fagfelleverderte innebærer at fagfolk innenfor emnet har gått nøye igjennom artikkelen og gått god for dens faglige kvalitet (Rienecker & Jørgensen, 2012). Alle artiklene beskrev studier utført i Norge. Dette kan være både en styrke og svakhet. Styrke fordi det kan være med å fremme overførbarheten. Svakhet fordi jeg kunne fått inn flere perspektiver ved å trekke inn internasjonal forskning. Samtidig bygger en del av rapportene jeg har benyttet på erfaringer fra land utenom Norge.

2.5 Etiske overveielser

Ved oppgaveskriving må det tas noen etiske overveielser. Det er viktig å tenke over hvordan en bruker kildene, hvem som kan ha nytte av den nye kunnskapen, og hvordan en kan sikre at resultatene ikke blir misbrukt (Dalland, 2012).

Jeg har lagt stor vekt på å være tro mot kildene jeg har brukt. For å redusere faren for feiltolkninger har jeg forsøkt å sette meg godt inn i kildene. Jeg har brukt mye tid på å henvise korrekt. Det er benyttet en figur (rehabiliteringspyramiden) i oppgava, jeg innhentet tillatelse til å bruke denne (vedlegg 2).

Utover å fordype meg i et emne innen fagområdet rehabilitering, er intensjonen at oppgava kan brukes som grunnlag når hverdagsrehabilitering skal implementeres i egen hjemkommune. Hjemkommunen min inngår i et interkommunalt samarbeid med flere nabokommuner. Her har vi en raus delingskultur. Det kan være aktuelt å dele erfaringer fra arbeidet med oppgava dette nettverket.

Jeg ønsker å gi en sannferdig og praksisnær fremstilling av dagens helse- og omsorgstjenester. Slik jeg ser det er dette helt nødvendig for å få til forbedring og utvikling. Samtidig er jeg opptatt av at det jeg skriver ikke skal virke støtende eller sette hjemkommune/kolleger/brukere i dårlig lys. Intensjon er at oppgava kan leses, gi mening og bidra til felles forståelse for ansatte og ledere på alle nivå.

Lov om behandling av personopplysninger (2000) skal bidra til at personopplysninger blir behandlet i samsvar med grunnleggende personvern hensyn. Det er viktig å være klar over hva som kreves når en bruker personopplysninger i oppgaver (Dalland, 2012). Eksemplene jeg har trukket inn er av generell art eller anonymisert og kan ikke spores tilbake til enkeltpersoner.

3. TEORETISK GRUNNLAG

I dette kapitlet presenteres oppgavas teoretiske grunnlag.

3.1 Kommunale helse– og omsorgstjenester

Kommunale helse- og omsorgstjenester reguleres av helse– og omsorgstjenesteloven (2011). Dette kapitlet starter med en kort beskrivelse av hva som kjennetegner tradisjonelle helse- og omsorgstjenester. Deretter en status på dagens tjenester med tanke på utfordringer, muligheter og tiltak.

3.1.1 Kjennetegn på tradisjonelle helse- og omsorgstjenester

Tradisjonelt har helsepersonell stått i en ekspertrolle og gått langt i å definere hva som er «pasientens beste». Eksisterende pleiekultur har knyttet til seg mer eller mindre rigide rutiner. Hjelpeapparatet har hatt forventning om at det er brukeren som skal tilpasse seg systemet og ikke omvendt. Helsepersonell har rettet mye oppmerksomhet mot brukerens sykdommer, svikt og begrensninger. Funksjonsfall har langt på vei blitt sett på som en naturlig del av alderdommen og noe som ikke kan forebygges eller gjenopprettes. Tjenestetilbudet har i stor grad vært preget av «standardpakker» med passive, kompensierende tiltak (Bredland, Linge & Vik, 2011; Heap, 2002).

Tjenestene har hatt stort fokus på pleie– og omsorg. Pleie– og omsorg handler mye om at brukerne får hjelp til å utføre oppgaver de ikke mestrer selv. Passive tiltak blir satt inn for å kompensere for dette. I mange situasjoner er passive/kompensierende tiltak nødvendig. Mange mennesker opplever at det ikke er mulig å gjenvinne evne til å fungere som før på grunn av sykdom/skade og vil være avhengig av hjelp fra andre over lengre tid, kanskje livet ut. Andre kan ha behov for hjelp i en avgrenset periode, for eksempel etter armbrudd. Målet blir å ivareta oppgaver som personen ikke kan ivareta/utføre selv. Dette innebærer at helsepersonell tar en aktiv rolle (Bredland, Linge & Vik, 2011). Hvis kompensierende tiltak ikke tas bort etterhvert som helsetilstanden bedres kan brukeren lett gå inn i ei passiv hjelpmottakerrolle som kan bli av varig karakter. Brukeren mister funksjon og får behov for

stadig mer kompenserende tjenester. Tjenestene har tradisjonelt lett blitt en hjelpfelle der brukeren har fått mer hjelp enn det som trengs (Ness et al. 2012; Bredland, Linge & Vik, 2011).

3.1.2 Utfordringer, muligheter og tiltak

I stortingsmelding nr. 47, *Samhandlingsreformen*, står framtidens helse- og omsorgsutfordringer i fokus. Manglende koordinering av tjenestene, for liten forebyggende innsats og demografisk utvikling er noen av utfordringene som trekkes frem. Samhandlingsreformen trådte gradvis i kraft fra 1. januar 2012. Reformen har bidratt til å føre helse- og omsorgstjenestene i en ny retning. Tjenestene flyttes nærmere der folk bor. Kommunene skal i større grad ta seg av pasienter med alvorlige og komplekse sykdomstilstander, herunder større ansvar for rehabilitering. Spesialisthelsetjenesten skal yte spesialiserte tjenester som det ikke er hensiktsmessig å bygge opp kompetanse på i kommunene (HOD, 2009).

I Meld. St. 29, *Morgendagens omsorg*, står mulighetene for omsorgsfeltet i fokus. Meldingen utforsker mulighetene og nye måter å løse omsorgsoppgaver på. Den har tre hovedsiktemål: Ta i bruk samfunnets samlede omsorgsressurser på nye måter, utvikle nye omsorgsformer og støtte opp om kommunenes forsknings-, innovasjons- og utviklingsarbeid på omsorgsfeltet. Brukere av omsorgstjenesten må gis mulighet til å klare seg bedre i hverdagen til tross for sykdom eller funksjonsnedsettelse. Rehabilitering må være en naturlig og selvstendig del av all innsats og pleie (HOD, 2013).

Meld. St.26 (2014-2015), *Fremtidens primærhelsetjeneste, nærhet og helhet*, (heretter omtalt som *Primærhelsemeldingen*) har fokus på at kommunene må gjøres i stand til å oppfylle samhandlingsreformens intensjoner. Det er viktig at tilbud i spesialisthelsetjenesten ikke trappes ned før det er bygget opp tilbud i kommunene. Ansvarsfordeling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene må tydeliggjøres. Regjeringen tar til orde for en ny kommunestruktur, der kommunene blir større og mer kompetente (HOD, 2015).

Primærhelsemeldingen beskriver generelle tiltak og tiltak innenfor de enkelte tjenesteområder i fremtidens primærhelsetjeneste. Eksempler på generelle tiltak som

beskrives er sterkere involvering av pasienter/brukere samt deres pårørende og en mer teambasert helse- og omsorgstjeneste (HOD, 2015).

Habilitering- og rehabilitering blir pekt på som et av de svakeste områdene i helse- og omsorgstjenesten. Dette er krevende områder på grunn av at flere tjenester er satt sammen til en helhet. Rehabiliteringstankegangen må inngå i alle ledd i tjenestene. Helsepersonell må kunne identifisere behovene for rehabilitering og ha kunnskap om effektive tiltak.

Organisering, arbeidsmetoder, kompetanse, tverrsektorielt samarbeid er viktige faktorer i utviklingen av et godt rehabiliteringstilbud. Eldre med sammensatte sykdomstilstander og behov er en økende gruppe. Ofte opplever de funksjonstap og har behov for både forebyggende innsats og strukturert rehabiliteringsinnsats. Hverdagsrehabilitering er et tiltak som stadig flere kommuner innfører for å møte disse behovene (HOD, 2015).

3.2 Rehabilitering

Rehabilitering i kommunene blir regulert i lov om kommunale helse- og omsorgstjenester (2011) og står beskrevet som sosial, psykososial og medisinsk habilitering og rehabilitering (§3-2). Kommunens ansvar for rehabilitering er nærmere konkretisert i forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator (2011). Her er også ansvarsfordeling og samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene beskrevet. I dette kapittelet kommer en definisjon av begrepet rehabilitering samt en beskrivelse av hvilke verdier rehabilitering bygger på. Til slutt en kort redegjørelse av to elementære forutsetninger i rehabilitering: *brukermedvirkning* og *tverrfaglig samarbeid*.

3.2.1 Definisjon og verdigrunnlag

I forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator (2011, §3) defineres habilitering og rehabilitering slik:

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.

Ut fra definisjonen kan rehabilitering ha to betydninger. Den ene er å gjeninnsette brukerens tidligere verdighet og stilling. Brukerens verdighet og ære i samfunnet vektlagt. Den andre betydningen er å sette brukeren i funksjonsdyktig stand igjen. Denne betydningen er i tråd med medisinsk tradisjon der bedring av kroppsfunksjon og mestring av daglige aktiviteter er vektlagt. For å se helheten rundt et menneske er det nyttig å se begge betydningene i sammenheng (Bredland, Linge & Vik, 2011).

Verdighet og deltakelse er sentrale verdier i rehabilitering. Verdiene er individuelle og kan ikke generaliseres. Rehabilitering må individualiseres og kan ikke gjennomføres som standardiserte pakkedøsninger. For å fremme brukerens rett til deltakelse og inkludering er det viktig at rehabilitering bidrar til at brukeren beholder sine roller og status. Tiltak må settes inn så tidlig som mulig, før hindringene er blitt for store og før brukeren har akseptert seg selv som passiv. Å gjenoppta innarbeidede vaner og rutiner er lettere enn å bygge opp nye. I stedet for å sette sykdom og svikt i fokus retter rehabilitering oppmerksomheten mot å finne brukerens ressurser og muligheter. Rehabilitering bygger på et helhetssyn. Dette innebærer at vi som helsepersonell forsøker å fange opp alle aspektene ved personens situasjon (Bredland, Linge & Vik, 2011).

Brukermedvirkning og tverrfaglig samarbeid står sentralt i definisjonen av rehabilitering og viktige er forutsetninger i en rehabiliterende arbeidsform. Disse to begrepene beskrives i påfølgende underkapitler.

3.2.2 Brukermedvirkning

Brukermedvirkning er sterkt vektlagt i norsk helsevesen. Grunnlaget for medvirkning er respekten for det enkelte menneskes rett til selvbestemmelse, rettssikkerhet og autonomi. Begrepene kan sees som en rettighet, et verktøy for samarbeid, en metodisk tilnærming, et virkemiddel og en holdning (Dahl, 2011). Pasientens/brukerens og pårørendes rett til å medvirke er nedfelt i pasient- og brukerrettighetsloven (1999).

Fokus på medvirkning kan ses som motsats til en tendens, der hjelpeapparatet har forventet at det er pasient og bruker som skal tilpasse seg systemet, og ikke omvendt.

Brukermedvirkning kan foregå på systemnivå og individnivå. På systemnivå inngår pasienter og brukere i et likeverdig samarbeid med tjenesteapparatet. Brukere deltar i råd og utvalg

som planlegger tjenestetilbudene. På individnivå innebærer medvirkning at den enkelte får innflytelse i valg, utforming og bruk av tjenestene (Dahl, 2011).

For å utdype viktige perspektiver i medvirkning brukes ofte begrepet empowerment. Empowerment kan oversettes med myndiggjøring eller «gjøre sterk». Tilnærmingen er ressursfokusert ved at den tar utgangspunkt i den enkeltes ressurser, ferdigheter og kompetanse. I rehabilitering er en slik tilnærming sentral og skal bidra til mestring, trygghet, positivt selvbilde og opplevelse av å få tilbake makt og kontroll i eget liv (Tveiten, 2007; Helsedirektoratet, 2015).

3.2.3 Tverrfaglig samarbeid

Tverrfaglig samarbeid innebærer at flere profesjoner samarbeider om brukerens mål. En rehabiliteringsprosess handler om mer enn tilrettelegging og trening. Som fagpersoner må vi prøve å fange opp alle aspektene ved brukerens situasjon og se hvordan disse påvirker hverandre. Å se helheten fra ett ståsted er umulig. Det trengs ulike profesjoner for å se ulike sammenhenger. Dette gir større faglig bredde og kompetanse. I en god rehabiliteringsprosess henger alt sammen i et godt forløp basert på brukerens målrettede plan som alle samarbeider om (Bredland, Linge & Vik, 2011).

Tverrfaglig samarbeid innebærer at brukerens mål styrer samarbeidet, teamet setter et felles overordnet mål. Hver enkelt har ansvar for helheten og alle er forpliktet til å bidra til å nå målene. Problemstillingene er sammensatte og griper inn i hverandre. Det forventes ikke å finne en enkelt løsning. Resultatene kommer av en helhetlig prosess på tvers av alle enkelttiltak. Oppgavene er sammensatte og de enkelte delene påvirker hverandre. For å utføre oppgavene er det behov for ulike og former for kompetanse. Formell kompetanse i tillegg til uformell kompetanse som livserfaring og hverdagskunnskap er viktig. Ulike yrkesgrupper bringer inn ulik kompetanse i samarbeidet og teamets samlede kompetanse er høyere enn hos enkeltmedlemmer. Rollene i tverrfaglig samarbeid er fleksible. Noen ganger kan det være viktig at en oppgave blir ivaretatt av en bestemt fagperson. Andre ganger er det viktigere at oppgaven blir gjort, enn hvem som gjør den. For å hindre at arbeidet blir oppstykket kan det være hensiktsmessig at faggruppene overfører kunnskap til hverandre. Rutinene kjennetegnes ved at de er fleksible og individualiserte. Strukturen i tverrfaglig

samarbeid er flat og teammedlemmene er likeverdige, et fag er ikke overordnet et annet (Bredland, Linge & Vik, 2011).

3.3 Hverdagsrehabilitering

Hverdagsrehabilitering kan ses som en lovfestet oppgave da tjenesten oppfyller kriterier til rehabilitering slik det er definert i forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator (2011, §3), se kapittel 3.2.1.

Hverdagsrehabilitering skal bidra til å endre den tradisjonelle tankegangen i helse- og omsorgstjenestene. Utover målsetningen om å bevare, vedlikeholde og styrke brukerens funksjonsnivå har hverdagsrehabilitering som mål å være kommunaløkonomisk samt bidra til motiverende arbeidsmåte for ansatte. Det finnes i hovedsak to modeller for hverdagsrehabilitering i norske kommuner: spesialistmodellen og integrert modell. Spesialistmodellen innebærer at egne rehabiliteringsteam står for hele prosessen. Integrert modell innebærer at både rehabiliteringsteam og ansatte er tilknyttet hjemmetjenesten (Først & Høverstad, 2014; Truntland & Ness, 2014).

I dette kapittelet beskrives ulike aspekter ved hverdagsrehabilitering: kjennetegn, historie, hverdagsmestring og suksessfaktorer.

3.3.1 Kjennetegn

Det er vanskelig å definere hverdagsrehabilitering i en kort og presis definisjon. I Tuntland & Ness (2014, s.26) legges det til grunn en samling kjennetegn når hverdagsrehabilitering skal forklares:

- Hverdagsrehabilitering starter alltid med spørsmålet: «Hva er viktige aktiviteter i livet ditt nå?»
- Et målrettet og intensivt fokus der hverdagsaktiviteter som er meningsfulle for brukeren står i sentrum.
- Innsatsen settes inn tidlig og er tidsavgrenset.

-
- Hverdagsrehabilitering foregår i personens hjem og nærmiljø.
 - Styrket involvering og samhandling mellom ergo- og fysioterapeuter og personell i hjemmetjenestene.
 - Innebærer økt selvhjulpenhet i daglig gjøremål slik at personen fortsatt kan bo hjemme, være aktiv i eget liv og delta sosialt og i samfunnet.
 - Et tenkesett der personen selv styrer deltakelse, hverdagsmestring ligger til grunn.
 - Hverdagsrehabilitering gir mulighet for inkludering av aktuelle nærpå personer, pårørende og frivillige.

3.3.2 Historie

Hverdagsrehabilitering hadde sin opprinnelse i Östersund i Sverige som i 2000 etablerte *Hemrehabilitering*. Fredericia i Danmark lærte av Östersund og startet prosjektet, *Længst Muligt i Eget Liv* i 2008. Evalueringer fra Sverige og Danmark viste i hovedsak mer fornøyde brukere, fornøyde ansatte og lavere utgifter til kommunen. Dette inspirerte også norske kommuner til å starte opp. Prosjektet, *Hverdagsrehabilitering i Norge*, startet i 2012. Dette var et samarbeidsprosjekt mellom Norsk Ergoterapiforbund, Norsk Fysioterapiforbund, Norsk Sykepleierforbund og KS (Fürst & Høverstad, 2014). Den offentlige facebook gruppen, *Hverdagsrehabilitering Norge*, viser at per februar 2016 har 146 norske kommuner innført hverdagsrehabilitering, flere planlegger oppstart.

Den første randomiserte kontrollerte studien som er utført i Norden i forhold til hverdagsrehabilitering er gjennomført i Norge. Halvparten av brukerne som var inkludert i studien fikk hverdagsrehabilitering, resten fikk ordinær hjemmetjeneste. Resultatene viser at de som fikk hverdagsrehabilitering scorer vesentlig bedre på utførelse og tilfredshet med utførelse. Fysisk funksjon ble ikke vesentlig bedret, men dette ble betegnet som forventet da det er snakk om en gruppe eldre der vedlikehold av funksjon bør være sentralt. I følge studien er ikke hverdagsrehabilitering mer ressurskrevende, men krever mer tverrfaglighet (Tuntland, Aaslund, Espehaug, Førland, & Kjekken, 2015).

3.3.3 Hva skiller hverdagsrehabilitering fra andre rehabiliteringsformer?

Det finnes flere rehabiliteringsformer, tilpasset ulike behov. Figur 1 viser rehabiliteringspyramiden som er utviklet av Kristiansund kommune (2013). Pyramiden er delt i fem nivåer. De to øverste nivåene viser rehabilitering i institusjon og de tre nederste nivåene viser rehabilitering i personens nærmiljø.



Figur 1. Rehabiliteringspyramiden (Kristiansand kommune, Helsefremmingsplanen, 2013 s.8)

Nivå 1 i rehabiliteringspyramiden viser helsefremming og hverdagsmestring som er grunnlaget for alle kommunale helse- og omsorgstjenester. Hverdagsrehabilitering er på nivå to. Nivå tre er rehabilitering i hjemmet som gis til brukere som har behov for spesifikk tverrfaglig rehabilitering. Rehabilitering i kommunal institusjon, nivå 4, er aktuelt i situasjoner der rehabilitering ikke kan ivaretas i eget hjem. Spesialisert rehabilitering er aktuelt ved akutte skader/sykdommer. Denne rehabiliteringsformen utøves av spesialisthelsetjenesten der ansatte har spesialkompetanse i forhold til aktuelle diagnoser. Dette vises som nivå 5 i rehabiliteringspyramiden (Tuntland & Ness, 2014).

Både ved rehabilitering i institusjon og i hjemmet er det i større grad behov for generalist kompetanse enn ved spesialisert rehabilitering. Tidlig, intensiv og tverrfaglig rehabilitering i

hjemmet er felles for hverdagsrehabilitering og innsatsteam. Hverdagsrehabilitering skiller seg fra innsatsteam blant annet ved at det har en større samhandling mellom terapeuter og personell i hjemmetjenesten (Tuntland & Ness, 2014).

Hverdagsrehabilitering har likhetstrekk med andre rehabiliteringsformer, men også ulikheter. Hverdagsrehabilitering er ikke tenkt å dekke alle behov for rehabilitering. Dette er en generell, ikke diagnosespesifikk rehabiliteringsform. Rehabiliteringsformen utøves i brukers hjem og er aktuell ved begynnende og gradvis utviklende funksjonsfall. Hverdagsrehabilitering innebærer sterk brukerdeltakelse og er et lavterskeltilbud med økt selvhjelpenhet og deltakelse i daglige aktiviteter som mål (Tuntland & Ness, 2014).

3.3.4 Hverdagsmestring

Hverdagsrehabilitering bygger på et helsefremmende, sykdomsforebyggende og rehabiliterende tenkesett. Prosjekt, *Hverdagsrehabilitering i Norge*, omtaler dette tenkesettet som hverdagsmestring. Helsefremmende arbeid rettes mot hele befolkningen. Forbyggende arbeid er rettet mot befolkningsgrupper eller personer med antatt helserisiko. Effekten av helsefremmende og forebyggende innsats vil i praksis overlappe hverandre (Ness et al, 2012).

Hverdagsmestring har som mål å fremme mestring uansett funksjonsnivå. Brukeren støttes til å gjøre aktiviteter selv fremfor å sette inn kompenserende tiltak. Ved å bevare og vedlikeholde funksjon kan pleiebehov utsettes. Brukerens ressurser legges til grunn. Brukerstyring og deltakelse står sentralt (Ness et al, 2012).

Hverdagsmestring skiller seg ikke fra tenkesettet i tradisjonell rehabilitering. Det som er nytt er at tenkesettet involverer flere ansatte i helse- og omsorgstjenestene. Innføring av tenkesettet krever en faglig omstilling (Tuntland & Ness, 2014).

3.3.5 Suksesskriterier

Fürst & Høverstad (2014, s. 4) trekker frem 8 suksesskriterier for å lykkes med hverdagsrehabilitering. Suksesskriteriene kommunene fremhevet som viktige samsvarte i stor grad med funn i litteraturen:

1. Forankring i politisk og administrativ ledelse

Hverdagsrehabilitering innebærer en ny måte å jobbe på og kommunene må regne med reaksjoner fra både innbyggerne og ansatte. Tjenesten krever at brukerne må yte en egeninnsats for å gjenvinne eller styrke mestring i daglige aktiviteter. Dette kan føre til at brukerne føler at goder blir tatt fra dem. Det er viktig at administrativ- og politisk ledelse kan forsvare satsningen på hverdagsrehabilitering (Fürst & Høverstad, 2014).

2. Ressurser til intensiv innsats i en periode

På sikt er et av målene med hverdagsrehabilitering å spare ressurser. Ved oppstart av hverdagsrehabilitering må det etableres team og samarbeidsrutiner. Å trene opp brukere i å mestre daglige gjøremål tar lenger tid enn å gjøre oppgavene for dem. Dette gjør det nødvendig med ekstra ressurser, «en pukkel», i starten (Fürst & Høverstad, 2014).

3. Holdnings – og kulturendring

Tenkesettet i hverdagsrehabilitering er hverdagsmestring. Hverdagsmestring innebærer en grunnleggende holdningsendring der helsepersonell går fra å spørre: «*Hva trenger du hjelp til?*», til «*Hva er viktige aktiviteter i livet ditt nå?*» For helsepersonell som har hatt en hjelperrolle i mange år kan dette være en stor omstilling. Utfordringen ligger i å få en felles forståelse for hva hverdagsmestring innebærer, uavhengig av faggruppe og arbeidssted. Erfaringer fra Sverige og Danmark vektlegger grundig opplæring av ansatte. Det er viktig at både ansatte i hjemmetjenesten og ansatte ved tildelingskontor får opplæring (Fürst & Høverstad, 2014; Tuntland & Ness, 2014).

4. Kompetanse

Hverdagsrehabilitering innebærer en helhetlig tilnærming, dette krever ulik kompetanse og erfaring. Fysioterapeuter og ergoterapeuter er sentrale og brukes som «motorer» i arbeidet da de har rehabiliteringsperspektivet i sin utdanning. De har viktige roller i utarbeiding av rehabiliteringsplan, samt veiledning og opplæring av helsepersonell og medhjelpere. Sykepleiere bidrar i veiledning og opplæring av og har viktig kompetanse innenfor områder

som for eksempel ernæring og medisinerer. Helsefagarbeidere og hjemmetrenere er viktige med sin kompetanse og erfaring med å tilrettelegge for dagliglivets gjøremål (Fürst & Høverstad, 2014; Tuntland & Ness, 2014).

5. Forpliktende tverrfaglig samarbeid

Hverdagsrehabilitering innebærer tverrfaglig innsats med mål om økt selvstendighet, mestring og sosial deltakelse. For at kompetansen den enkelte yrkesgruppe sitter med skal bidra til at brukeren når sine mål, må det til samordning og koordinering. Et forpliktende tverrfaglig samarbeid er helt nødvendig for å få til dette (Fürst & Høverstad, 2014; Tuntland & Ness, 2014).

6. Informasjon og motivasjon av brukere og pårørende

En god dialog med tilstrekkelig informasjon er viktig fra starten av. I mange kommuner har bestillerenhet ansvar for dette. Motivasjon til egeninnsats fra brukeren er nødvendig for et vellykket resultat. Pårørende kan ha forventninger om hjelp som passiviserer brukeren. Det er viktig at de forstår viktigheten av at brukeren trener på å mestre daglige gjøremål selv (Fürst & Høverstad, 2014).

7. Tydelige målgrupper- de rette brukerne

Inklusjons- og eksklusjonskriterier defineres av kommunen. Hverdagsrehabilitering er aktuelt for personer som har utfordringer med å mestre eller delta i aktiviteter hjemme eller i lokalmiljøet. Definisjon av målgrupper er viktig for å sikre at innsatsen som hverdagsrehabilitering innebærer, er effektiv. Tjenesten er mest aktuelt for eldre personer som har mistet ferdigheter de hadde tidligere, men kan også være aktuelt for alle hjemmeboende som opplever utfordringer med å delta i hverdagslige aktiviteter. Brukere som søker tjenester for første gang og tidligere brukere med brått funksjonsfall er eksempel på aktuelle målgrupper. Det er samtidig viktig å definere hvilke brukere som ikke egner seg for hverdagsrehabilitering. Brukere som ikke har rehabiliteringspotensial, brukere med omfattende mental svikt og brukere som ikke er motiverte eller lar seg motivere er eksempler på dette (Fürst & Høverstad, 2014; Tuntland & Ness, 2014).

8. Målrettet innsats og dokumentasjon av resultater

Hverdagsrehabilitering tar utgangspunkt i klare mål som brukeren definerer som viktig. En løpende vurdering med god dokumentasjon og justering av mål og tiltak er viktig. For å få til en målrettet innsats er kartlegging nødvendig. COPM (Canadian Occupational Performance

Measure) er et kartleggingsverktøy som ofte benyttes for å identifisere brukerens personlige mål. Det er også nødvendig å kartlegge nåværende funksjonsnivå hos brukeren. SPPB (Short Physical Performance Battery) og IPLOS er egnede kartleggingsverktøy til dette. For å måle endringer over tid foretas retesting med nevnte kartleggingsverktøy (Füerst & Høverstad, 2014; Tuntland & Ness, 2014).

Dokumentasjon av resultater er viktig for å få oppslutning om fortsatt satsing på hverdagsrehabilitering. Statistikker og gode brukerhistorier er tiltak som er egnet for å hente gehør hos politikere, ledere og ansatte (Füerst & Høverstad, 2014).

4. FRA «STANDARDPAKKER» TIL INDIVIDUELL TILPASNING- HVA MÅ TIL?

I dette kapittelet vil jeg på bakgrunn av teoretisk grunnlag, valgte artikler, teorier, rapporter og egne erfaringer forsøke å finne svar på oppgavas problemstilling: «*Hva må til av holdnings- og kulturendringer hos helsepersonell for å lykkes med hverdagsrehabilitering?*»

Gjennom prosessen med å utarbeide teoretisk grunnlag var det særlig tre endringer som pekte seg ut som viktige for å lykkes med innføring av hverdagsrehabilitering. Jeg velger å sentrere drøftingene rundt disse:

- Fra sykdom og svikt til ressurser og muligheter
- Fra flerfaglig- til tverrfaglig samarbeid
- Fra en ekspert til to eksperter

Til slutt i drøftingsdelen gjør jeg noen refleksjoner rundt veien videre.

4.1 Fra sykdom og svikt til ressurser og muligheter

«*Hva trenger du hjelp til?*» Tradisjonelt har brukeren blitt stilt dette spørsmålet i møte med helsepersonell. Spørsmålet representerer en holdning der fokuset er å gjøre seg kjent med brukerens sykdom, svikt og det som ikke fungerer. For å kompensere for dette har vi i stor grad satt inn standardiserte, passive tiltak som for eksempel smøre mat og vaske ryggen. Tiltakene har ofte blitt satt inn uten at rehabilitering har vært vurdert. Dette har ført helsepersonell i den såkalte «hjelpfella» der vi gjør for brukeren istedenfor å støtte brukeren til å mestre selv. Istedenfor å bevare den enkeltes funksjon vil brukeren etter hvert trenge mer kompensierende tjenester (Ness et al. 2012; Bredland, Linge & Vik, 2011). Utfra min forståelse handler hverdagsrehabilitering i stor grad om at vi som helsepersonell må komme oss opp og ut av den tradisjonelle «hjelpfella».

Hverdagsrehabilitering bygger på tenkesettet hverdagsmestring, helsepersonellens rolle er å bistå brukeren i å mestre daglige gjøremål som er viktig for ham/henne. Det handler om å finne balansen mellom å gi hjelp og legge til rette for mestring. Brukeren må ses som en aktiv deltaker fremfor en passiv mottaker (Tuntland & Ness, 2014). Mange ansatte har et

sterkt omsorgsperspektiv. Å legge til rette for at brukeren skal gjøre mest mulig selv kan stride mot ansattes ønske om å hjelpe. Og ikke skulle hjelpe på samme måte som før kan gi en tapsfølelse. Hverdagsrehabilitering innebærer at omsorgsbegrepet må gis et utvidet innhold. Omsorg i hverdagsrehabilitering er å la brukeren gjøre aktiviteter selv (Hartvigsen, 2014).

Tenkesett og arbeidsmåte i hverdagsrehabilitering er ikke noe nytt. Det som fremheves som nytt er at det involverer flere ansatte i helse- og omsorgstjenestene. I følge Fürst & Høverstad (2014) er fysioterapeuter og ergoterapeuter «motorer» i hverdagsrehabilitering da de har rehabiliteringsperspektivet i sin utdanning (se kapittel 3.3.5). Menes det med dette at andre profesjoner som sykepleiere, vernepleiere og helsefagarbeidere ikke har kunnskap om rehabilitering?

«Dette lærte jeg på hjelpepleierskolen for 20 år siden!» «Dette er da det samme som egenomsorgsprinsippet!» Kommentarer som dette har vi hørt flere av i forbindelse med at fagteamet har informert om hverdagsrehabilitering. I en fagartikkel av Fæø, Petersen & Boge (2016) hevdes det at hverdagsrehabilitering byr på lite nytt. Forfatterne mener at hverdagsrehabilitering er et konsept som underkjenner ansattes erfaring og kompetanse. En studie av Vik & Eide (2012) utført blant personale i hjemmetjenesten undersøkte hvordan ansatte opplever arbeidsforhold og muligheter til å fremme aktivitet og deltakelse hos eldre. Studien viste at det er et stort gap mellom overordnede politiske føringer og de rammevilkårene ansatte jobber etter. Ansatte opplevde at brukernes behov ofte ble vurdert på bakgrunn av eksisterende tjenestetilbud, ikke på bakgrunn av brukerens reelle behov. Ansatte hadde mye kunnskap om hva som skal til for å fremme aktivitet og deltakelse og ønsket å handle i tråd med dette. Arbeidsforhold som mangel på tid bidro imidlertid til at de måtte handle på akkord med sine faglige standarder. Min erfaring er også at det befinner seg mye kompetanse i ei personalgruppe. Ansatte har, slik jeg ser det, kunnskap som i stor grad er overførbar til tenkesettet og arbeidsmåten som hverdagsrehabilitering representerer. For å fremme hverdagsrehabilitering er det viktig at kunnskapen anerkjennes og mobiliseres.

«Vi har ikke tid!» Det er ikke bare i Vik & Eides (2012) studie at mangel på tid blir trukket frem som årsak til at vi ikke har mer fokus på å fremme aktivitet og deltakelse. Jeg opplever stadig at dette trekkes frem som argument. Argumentet virker, slik jeg ser det, hemmende for nytenkning og faglig omstilling. Det kan være nyttig at vi som helsepersonell gjør noen refleksjoner rundt vår tidsbruk: *«Hva tar lengst tid av å føre brukeren inn i ei passiv rolle*

eller å legge til rette for at han/hun mestrer *gjøremål selv?*» Å legge til rette for at brukere blir mest mulig selvstendig ser jeg som ei solid investering i helse, livskvalitet og tid.

Kanskje det er mer riktig å snu argumentet: «*Vi har ikke tid til å la være!*»

Undervurderer helsepersonell eldre menneskers evne og vilje til å være aktive? En studie utført på et norsk sykehjem kan tyde på dette. Resultatene viser at beboerne i stor grad var interessert i aktiviteter der de selv var aktive. Ansatte trodde at beboerne var interessert i aktiviteter der ansatte var aktive. 94% av ansatte trodde at beboerne likte å bli lest for, 37% av beboerne svarte at de likte denne aktiviteten. Mens 58% av beboerne oppga at de var interessert i hagearbeid var det 23% av ansatte som trodde at beboerne var interessert i dette. Studien peker på at det bør legges større vekt på å kartlegge interessen til den enkelte beboer (Haugland, 2012). Hva er det som får helsepersonell til å tro at eldre foretrekker aktiviteter som krever lite individuell tilpasning? Aktiviteter hvor brukerne i stor grad blir satt i ei passiv rolle?

Ethvert menneske har ei sykehistorie og ei friskehistorie. Dette poengterer Elin Fjerstad i sin bok, *Frisk og kronisk syk*. Elin Fjerstad er psykolog, forfatter og lever med en reumatisk sykdom. Hvis helsepersonell kun har fokus på sykehistorien til et menneske greier vi ikke å gi hjelp på en god måte. Det er i friskehistorien at ressursene til mestring ligger (Fjerstad, 2010). Aaron Antonovsky var professor i medisinsk sosiolog og står bak helseteorien salutogenese. I motsetning til patogenese, som fokuserer på hva som gjør oss syke, fokuserer salutogenese på hva som gjør oss friske. Antonovsky tok avstand fra en enten eller tenkning der mennesket betraktes som friskt eller sykt. Så lenge det er liv i oss er vi i en eller annen forstand friske. Vi befinner oss på et kontinuum mellom helse og uhelse. Salutogenese handler om å finne ut hvor på dette kontinuumet hver enkelt person til enhver tid befinner seg og retter oppmerksomheten mot faktorer som er helsebringende og bringer en person mot helseenden på kontinuumet (Antonovsky, 2012). Slik jeg ser det gir Fjerstads beskrivelse av syke- og friskehistorie og Antonovskys teori om salutogenese perspektiver som er nyttige i forhold til hverdagsrehabilitering. For å støtte opp om hverdagsmestring vil det være hensiktsmessig at vi som helsepersonell har større fokus på å gjøre oss kjent med brukers friskehistorie. Å finne ut hvor på kontinuumet av helse brukeren befinner seg vil være nyttig for å finne balansen mellom og gi hjelp og legge til rette for mestring.

Eldre ønsker å være aktive! De ønsker å være aktive som nå eller å øke aktivitetsnivået.

Dette kommer frem i en undersøkelse utført blant hjemmeboende eldre. For å støtte opp om

verdighet og deltakelse er det viktig at helsepersonell anerkjenner deres prioriteringer og strategier for å klare seg selv (Vik, 2012; Witsø, Vik & Ytterhus, 2012). Økning i antall eldre vil gi utfordringer for fremtidens helse- og omsorgstjenester. Samtidig lever kommende eldregenerasjon lenger fordi de har bedre helse og andre ressurser enn tidligere generasjoner (HOD, 2013). Dette er muligheter vi må utnytte. Helsepersonell må ha en innstilling som fremmer hverdagsmestring ved å støtte opp om brukernes ressurser, evne og vilje til å være aktive. Dette er en viktig nøkkel for å møte fremtidens utfordringer og behov på en god måte.

«Hvis brukeren setter seg mål som helsepersonell mener er urealistiske skal vi da gå inn å realitetsorientere brukeren?» Dette er et spørsmål som stadig diskuteres. Med tanke på hvor kompleks en rehabiliteringsprosess er, kan vi som helsepersonell forutsi hvor langt et menneske vil nå? Hva vil vi oppnå med å vurdere realismen i brukerens målsetninger? Min erfaring er at det viktig at brukeren selv får justere sine mål i takt med hvor han/hun befinner seg både fysisk og psykisk i rehabiliteringsprosessen. *«Vi skal være drømmefangere!»* Dette sa ergoterapeut Kjersti Vik på en fagdag om hverdagsrehabilitering (9. april 2014). Hun mente at det ikke er helsepersonellens rolle å ta fra brukeren håpet. Å ha et håp og personlig mål å strekke seg etter er viktig for å hindre at brukerne resignerer og et viktig tiltak for å bevare- og øke reservekapasitet. I Ness et.al (2012) går det frem at mangel på reservekapasitet kan føre til betydelige funksjonstap selv ved små hendelser. Å øke reservekapasiteten til eldre vil minske risikoen for sårbarhet vil være av stor betydning.

Ansatte på avdelingen jeg jobber involveres ikke direkte i hverdagsrehabilitering siden denne tjenesten foregår i brukerens hjem og nærmiljø. Med tanke på kommunens organisering av helse- og omsorgstjenestene (kapittel 1.2) er det viktig å starte en «hverdagsrehabiliterende tankegang» allerede mens pasientene er på korttidsopphold. Vi har fokus på å integrere tenkesettet hverdagsmestring i arbeidshverdagen. Så fort det er hensiktsmessig foretar ergoterapeut hjemmebesøk sammen med pasienten for å finne ut hva pasienten må mestre før hjemreise, og om det er nødvendig med hjelpemidler/tilrettelegging av hjemmet. Etterpå settes det opp oppgaverrelaterte tiltak i forhold til dette. Ofte dreier det seg om aktiviteter som å komme seg opp av stol, gå på toalettet, gå trapper og komme seg inn/ut av seng. Vi forsøker å gjøre aktivitetene mest mulig identiske med hjemmesituasjon, for eksempel med tanke på plassering av seng. Erfaringene vi har med dette er gode. Tiltak relatert til daglige gjøremål oppleves mer meningsfylt og motiverende for pasienten. Oppgaverrelaterte tiltak gjør det også lettere å forstå sammenhengen mellom mål og tiltak.

Dessuten blir det enklere for ansatte og følge opp tiltakene da de går inn som en naturlig del i daglige gjøremål.

For å lykkes med innføring av hverdagsrehabilitering trenger vi en holdningsendring der helsepersonell flytter fokuset fra sykdom og svikt til ressurser og muligheter. Vi må i større grad gjøre oss kjent med brukernes friskehistorie. Som helsepersonell må vi ha troen på brukernes evne og vilje til å være aktive. Den etablerte pleiekulturen bestående av «hjelpefeller» med standardiserte, passive tiltak må bort. Denne må erstattes av en mestringskultur som fremmer hverdagsmestring og med stort rom for individuelle tilpasninger.

4.2 Fra flerfaglig -til tverrfaglig samarbeid

«*Ingen tverrfaglighet, ingen rehabilitering!*» Tverrfaglig samarbeid er en sentral forutsetning i rehabilitering slik det er definert i forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator (2011, §3). *Primærhelsemeldingen* (2015) trekker frem rehabilitering som et av tjenestens svakeste punkt. Kan mangelfullt tverrfaglig samarbeid være noe av årsaken til dette? En mer teambasert helse- og omsorgstjenesten er et av de generelle tiltakene som foreslås for å møte fremtidens utfordringer og behov. Samlokalisering av tjenester og tverrfaglig sammensatt primærteam og team som følger opp særlige brukergrupper er tiltak for å få til dette (HOD, 2015).

«*Når dere sykepleiere skriver oppgaver, skriver dere som om dere skal redde hele verden alene!*» Dette sa en bibliotekar til klassen min i forbindelse med ei eksamensoppgave vi skulle skrive for noen år tilbake. Min umiddelbare reaksjon var å bli provosert og så påstanden som uberettiget. Etterhvert har jeg imidlertid erkjent at det ligger en viss sannhet i den, kanskje ikke noe særegent for sykepleiere, men for den enkelte profesjon og tjenestested. Påstanden gir, slik jeg ser det, et bilde av hvordan kulturen for tverrfaglig samarbeid har vært i tradisjonelle helse- og omsorgstjenester. Vi har sittet litt på «hver vår tue» og vernet om vårt og ikke helt sett verdien i å samarbeide tverrfaglig. I rehabilitering kan ikke ei yrkesgruppe eller en enhet kan ikke «redde hele verden alene».

«Det viktigste er ikke hvem som gjør oppgavene, men at oppgavene blir gjort!» Dette representerer en elementær holdning i rehabilitering, herunder hverdagsrehabilitering. Begrepet rehabilitering kan først brukes når det enkelte tiltak går inn i en tverrfaglig, målrettet prosess. Oppgavene i rehabilitering er sammensatt og krever en samordnet, helhetlig tilnærming (Bredland, Linge & Vik, 2011). Hverdagsrehabilitering innebærer styrket samarbeid mellom ergo- og fysioterapeuter og personell i hjemmetjenestene (Tuntland & Ness, 2014).

I masteroppgava, *Sammen, men hver for seg*, ble samarbeidet i interne fagteam i ei kommunal rehabiliteringsavdeling utforsket. Hovedfunnene viser at integrering av tverrfaglig samarbeid ofte uteblir. Samarbeidet begrenses til tverrfaglige møter som i stor grad fungerer som en kanal for instruksjon og informasjon. Praktisk samarbeid vil i større grad bidra til at alle fags perspektiv vil tydeliggjøres og at potensialet i personalgruppa vil kunne utnyttes bedre (Andersen, 2011). I en kartlegging av danske kommuners erfaringer med rehabilitering poengteres det at ukentlige møter ikke er nok for å få til et godt tverrfaglig samarbeid. Mange kommuner fremhever uformelle møtearenaer mellom faggruppene som viktig. Dette kan for eksempel gjøres ved å ha matpauser sammen eller at terapeuter og pleiepersonalet deler lokaler. Flere kommuner i kartlegginga opplever det utfordrende å få til godt samarbeid mellom pleiepersonalet og terapeuter. Pleiepersonalet er vant til å jobbe selvstendig og styre eget arbeid. Når terapeutene kommer med råd oppfattes dette som belærende og forstyrrende for deres rutiner. Det er derfor viktig å støtte opp om terapeutene slik at de blir i stand til å veilede på en måte som oppfattes positivt for pleiepersonalet og samtidig støtte opp om en kulturendring der det blir mer naturlig for pleiepersonalet å oppsøke terapeutene (Socialstyrelsen, 2013).

At praktisk samarbeid og uformelle møtearenaer er viktig for å fremme tverrfaglig samarbeid samsvarer også med mine erfaringer. Siden korttidsavdelinga jeg jobber på åpnet for tre år siden har vi hatt fokus på dette. Fysioterapeut og ergoterapeut er mye på avdelinga. Dette gjør det mulig å få til praktisk samarbeid, så vel som å ha matpauser sammen. Vi har felles rapporter når det er mulig. Vi samarbeider og henter råd og tips fra hverandre i forhold til pasientcase. Det er heller ikke slik at det bare er terapeutene som har noe å tilføre personalgruppa, det er like mye omvendt. Fra å snakke om «mitt og ditt ansvar» snakker vi stadig mer om «vårt ansvar». Vi kommer frem til løsninger som ingen yrkesgruppe hadde kommet frem til alene. Dette gjør det svært motiverende å samarbeide. I stadig større grad trår over i hverandres fagområder. Samtidig er vi opptatt av å bevare den enkelte profesjons

særegenhet. Å bli en ensartet gruppe er ikke noe mål. Det er for eksempel fortsatt fysioterapeuten som har ansvar for å avgjøre hvilke øvelser som skal settes inn for å fremme fysisk funksjon, men hvem som helst av ansatte kan veilede pasientene i dette når fysioterapeut ikke er tilstede. På den måten kan vi også strekke oss nærmere en intensjon om å praktisere rehabilitering 24 timer i døgnet.

Hverdagsrehabilitering krever holdningsendring hos helsepersonell der vi dreier fokuset fra flerfaglig- til tverrfaglig samarbeid. Oppgavene i rehabilitering er sammensatte og trenger en bred tilnærming. Tverrfaglig samarbeid er helt nødvendig for å få til dette. Faste møter er ikke nok. Det er viktig å etablere arenaer for praktisk samarbeid og uformelle møter, samlokalisering er et tiltak for å få til dette.

4.3 Fra en ekspert til to eksperter

«Ingen beslutninger om meg, tas uten meg» (HOD, 2015 s. 9). Pasientens/brukerens og pårørendes rett til å medvirke er nedfelt i pasient- og brukerrettighetsloven (1999) og nærmere konkretisert i forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator (2011). I følge *Primærhelsemeldingen* (2015) tas det imidlertid fremdeles mange beslutninger uten at pasient/bruker får mulighet til å ha innflytelse. Sterkere involvering av pasienter/brukere og deres pårørende er et av tiltakene som foreslås. Dette innebærer blant annet at kompetansen til brukere og pårørende må trekkes inn i større grad. Begrepet empowerment brukes for å utdype perspektiver i medvirkning og handler om endring i maktrelasjonen mellom bruker og tjenesteyter. Det er den enkelte bruker som skal definere sine behov. En slik tilnærming innebærer samhandling mellom to eksperter: brukeren og helsepersonell. Brukeren har ekspertkompetanse på seg selv. Helsepersonell har fag- og erfaringskompetanse og kan bistå brukeren med å finne de beste løsningene (Tveiten, 2007).

«Hva er viktige aktiviteter i livet ditt nå?» Hverdagsrehabilitering starter med å stille brukeren dette spørsmålet. Svaret brukeren gir skal brukes som utgangspunkt for å utarbeide rehabiliteringsplan med målsetninger og tiltak (Ness et al. 2012; Tuntland & Ness, 2014). Hva krever dette av helsepersonell i møte med brukeren? Slik jeg ser det bidrar spørsmålet til å bryte med tradisjonell kultur der helsepersonell har stått i en ekspertrolle og gått langt i å

definere hva som er «pasientens beste». For å få svar på spørsmålet tvinges vi til hente informasjon fra den som har ekspertkompetanse på området, nemlig brukeren selv.

Pårørende sitter også mange ganger med verdifull kunnskap om brukeren. Ofte har de en sentral rolle i livet til brukeren og deres kompetanse er viktig for å få til en helhetlig tilnærming. Det er det viktig å inkludere pårørende som likeverdig aktør når brukeren ønsker dette (Fjørtoft, 2006). I *Primærhelsemeldingen* (2015) legges det vekt på at pårørende skal få en større plass. Pårørendeprogrammet 2020 legger føringer for en aktiv og fremtidsrettet pårørende politikk med mål om å synliggjøre, anerkjenne og støtte pårørende.

Rehabilitering bygger på et helhetlig menneskesyn (Bredland, Linge & Vik, 2011).

Psykologene Kluckhohn og Murray beskrev på 1950-tallet hvordan mennesket kan forstås på tre nivåer: *mennesket som alle andre*, *mennesket som noen andre* og *mennesket som ingen andre*. Nivåene får frem aspekter som kan hjelpe oss i å forstå mennesket på en helhetlig måte (Fjørtoft, 2006). Min erfaring er at helsepersonell har gode tradisjoner for å forstå mennesket utfra de to første nivåene. Ved å legge allmennmenneskelig kunnskap til grunn kan vi si hvilke behov som er felles for alle vi gir tjenester til. Vi har fag- og erfaringskunnskap som gjør at vi vet mye om sykdommer og funksjonsnedsettelse og kan tilpasse hjelpen i forhold til dette. Å forstå mennesket som ingen andre har vi imidlertid ikke hatt like gode tradisjoner for. Hverdagsrehabilitering handler i stor grad om å bli kjent med *mennesket som ingen andre*. Brukeren har kunnskap om seg selv som vi helsepersonell mangler. Hverken bøker eller utdanninger kan gi oss denne kunnskapen. Vi må tilegne oss kunnskapen for hver enkelte, unike bruker vi møter. At helsepersonell erkjenner dette og anerkjenner brukeren som ekspert på seg selv og sitt liv, ser jeg som en elementær forutsetning for å lykkes med innføring av hverdagsrehabilitering.

Ken Heap var en engelsk sosionom, terapeut og anerkjent forfatter med lang erfaring med mennesker i kompliserte livssituasjoner. Han var opptatt av hvordan helsepersonell bør opptre i møte med mennesker de gir tjenester til. Heap poengterte viktigheten av at helsepersonell er klar over kildene i seg selv som kan føre til mistolkning av brukerens situasjon slik at hjelpen blir gitt på feil grunnlag. Feil forståelse og feil handlemåte kan skyldes at helsepersonell ikke er i stand til å skille personlig «synsing» og subjektive vurderinger fra faglige vurderinger og handlinger (Heap, 2002).

Er deler av pleie- og omsorgstjenestene bygd opp på bakgrunn av «synsing»? Dette spørsmålet har jeg ofte stilt meg. Jeg kan ikke se at det ligger faglige begrunnelser til grunn for en del uskrevne regler og rutiner som har og fremdeles i en viss grad eksisterer: «*Hva er det som gjør at ei dame på 90 år som aldri har dusjet plutselig får det behovet da hun kommer i helsevesenets hender?*» «*Hvorfor får eldre mennesker som har vært vant til å ligge i sine vanlige klær om natta plutselig behov for å ligge i nattskjorte?*» «*Er dusj eneste veien til tilfredsstillende hygiene?*» «*Er nattskjorte forutsetning for god søvn?*» «*Påfører vi brukerne behov de aldri har hatt?*» Hverdagsrehabilitering handler om å gjøre brukeren i stand til gjenoppta aktiviteter som han/hun har mestret tidligere (Tuntland & Ness, 2014). Da blir det helt feil hvis vi som helsepersonell påfører dem nye behov. Slik jeg ser det utgjør «synsing» fra personalets side en stor trussel mot å lykkes med hverdagsrehabilitering. I følge Nortvedt, Jamtvedt, Graverholt & Reinart (2007) skal kunnskapsbasert praksis ligge til grunn for all profesjonell yrkesutøvelse. Dette innebærer at faglige avgjørelser skal baseres på systematisk innhentet forskningskunnskap, erfaringsbasert kunnskap og brukerens ønsker og behov i en gitt situasjon. «Synsing» hører ikke hjemme i hverdagsrehabilitering, det hører ikke hjemme i profesjonell yrkesutøvelse i det heletatt.

At man, naar det i sandhed skal lykkes En at føre et Menneske hen til et bestemt Sted, først og fremmest maa passe paa at finde ham der, hvor han er, og begynde der. Dette er Hemmeligheden i al Hjælpekunst. Enhver, der ikke kan det, han er selv i en Indbilding, naar han mener at kunne hjælpe en Anden. For i Sandhed at kunne hjælpe en Anden, maa jeg forstaae mere end han- men dog vel først og fremmest forstaae det, han forstaaer. Naar jeg ikke gjør det, saa hjælper min Mere- Forstaaen ham slet ikke.

(Kirkegaard (1994/1851) sitert i Bredeland, Linge & Vik, 2011 s. 76)

Søren Kirkegaards definisjon av hjelpekunst er minst like aktuell i dag som da den ble skrevet på 1800- tallet. Den beskriver, utfra min forståelse, noe av essensen i rehabilitering. Som helsepersonell sitter vi med mye fagkunnskap og erfaringskunnskap. Vi vet for eksempel mye om hva som må til for å gjenvinne funksjoner etter et lårhalsbrudd. Vi kan også mye om kommunikasjon og hvordan vi kan motivere mennesker til endring. Her sitter vi med en ekspertkompetanse som de færreste brukere har. Kompetansen har imidlertid liten verdi hvis den ikke gir seg utslag i brukerens handlinger og atferd. Det som fungerte bra for en bruker, trenger ikke å fungere like bra for en annen i tilsynelatende samme situasjon. Brukeren må møtes der han *er* og mål og tiltak må tilpasses i forhold til dette. For å lykkes med innføring av hverdagsrehabilitering er dette viktig å huske på.

Brukermedvirkning fremheves som en elementær forutsetning i rehabilitering (Bredland, Linge & Vik, 2011; Hjort, 2009). Hverdagsrehabilitering legger opp til en enda sterkere brukerinvolvering enn ordinær rehabilitering (Tuntland & Ness, 2014). Vi som helsepersonell må imidlertid ikke benytte brukermedvirkning som et argument til å skyve fra oss vårt faglige ansvar. Lov om helsepersonell (1999) stiller krav til helsepersonellens yrkesutøvelse. I §4 står det: «Helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig».

I rehabiliteringssammenheng kan medvirkning ses på som en midlertidig ordning, der brukeren «virker sammen med» tjenesteytere, på vei mot å ta styringen selv (Bredland, Linge & Vik, 2011). Medvirkning kan spenne seg fra svak grad der fagpersoner tar brukerens perspektiv til sterk grad der brukeren får beslutningskontroll. Som regel foregår medvirkning et sted imellom. Det er viktig at grad og forventninger til medvirkning tilpasses den enkeltes forutsetninger gjennom hele prosessen (Hjort, 2009). *Primærhelsemeldingen* (2015) legger føringer for at brukere må myndiggjøres og mobiliseres til å ta ansvar. Samtidig må de settes i stand til det. Kommunens plikt til å sørge for opplæring av brukere og pårørende må tydeliggjøres (HOD, 2015). Helsepersonell har en viktig oppgave i å motivere brukeren og kommunisere faglig kunnskap på en slik måte at brukeren får mulighet til å medvirke og ta optimale valg (Bredland, Linge & Vik). Viktigheten av at helsepersonell motiverer brukerne kommer også frem i en studie utført av Hjelle, Tuntland, Førland & Alvsvåg (2016). I studien ble 8 brukere som har fått hverdagsrehabilitering intervjuet. Hensikten var å finne ut hva som var viktige motivasjonsfaktorer i rehabiliteringsprosessen. En av motivasjonsfaktorene som brukerne trakk frem var rehabiliteringsteamets oppmuntring til å ta ansvar for egen trening og oppmuntring til å føle seg trygg på å gjøre daglige aktiviteter.

I forbindelse med at kommunen skal innføre hverdagsrehabilitering har vi gjennomført noen «piloter» der vi har tilbudt pasienter på korttidsopphold oppfølging i form av hverdagsrehabilitering etter hjemreise. Dette er pasienter som i utgangspunktet har vært selvhjulpne, men har fått funksjonsfall blant annet på grunn av brudd. Noen var betydelig redusert i begynnelsen av oppholdet. De hadde plager som smerter, kvalme, dårlig matlyst og følelse av utrygghet. Evnen og motivasjonen til å medvirke var redusert og medisinsk oppfølging, pleie- og omsorg sto i hovedfokus i starten. Noen var skeptiske til å reise hjem og ønsket å søke annen boform. Etterhvert som fysisk og psykisk tilstand bedret seg var vi

bevisste på å la de medvirke mer og mer. Hverdagsrehabilitering ble gradvis introdusert. Noen var negative i første omgang, men ved å gi informasjon flere ganger, på flere måter og gi tid til å la dette «modne» takket alle ja etterhvert. Erfaringene vi har gjort oss er svært gode. Alle «pilotene» bor i eget hjem i dag og klarer seg uten eller med minimalt med tjenester. Å følge disse pasientene fra lav evne til å medvirke og hele veien frem mot brukerstyring er noe vi har lært mye av. Dette er helt klart noe vi vil bygge videre på da vi ser at det er mye helse, livskvalitet og fremtidig bærekraft å hente her.

Hverdagsrehabilitering innebærer samarbeid mellom to likeverdige ekspertparter. Den ene parten er brukeren med ekspertkompetanse på seg selv. I denne parten spiller også ofte pårørende en viktig rolle. Den andre parten er helsepersonell med fag- og erfaringskompetanse. For å få til et konstruktivt samarbeid mellom disse to ekspertpartene må det til holdningsendringer hos helsepersonell. Vi må erkjenne at brukeren har kompetanse på seg selv som ikke vi har. Subjektive vurderinger og «synsing» må legges til side. Hverdagsrehabilitering innebærer sterk grad av brukermedvirkning og brukers mål står i fokus. Det er samtidig viktig at vi ikke skyver fra oss vårt ansvar i forhold til faglig forsvarlighet. Ved å møte brukeren der han *er* og tilpasse mål og tiltak etter dette, har vi et godt utgangspunkt for å få til et godt samarbeid. Et samarbeid der brukers kunnskap om seg selv og helsepersonellens fagkunnskap kan utfylle hverandre på en god måte slik at brukeren får tjenester som er i tråd med hva som er viktig for ham/henne.

4.4 Veien videre, noen avsluttende refleksjoner

Endringene som har vært diskutert i drøftingsdelen går delvis inn i hverandre og representerer ytterligheter. Det er ikke slik at vi som helsepersonell kun har fokus på sykdom og svikt, bare jobber flerfaglig eller står steilt i ei ekspertrolle. Slik jeg ser det er ny kunnskap, nye erfaringer og sentrale føringer faktorer som bidrar til at vi er i bevegelse mellom ytterlighetene. Innføring av hverdagsrehabilitering krever at vi fortsatt må være i bevegelse slik at vi får større fokus på brukers ressurser og muligheter, innser verdien og potensialet i tverrfaglig samarbeid og erkjenner viktigheten av brukers kunnskap om seg selv.

Gjennom arbeidet med fordypningsoppgava har jeg fått økt kunnskap om tenkesett og arbeidsmåte som ligger til grunn for rehabilitering. Jeg har fått en god oversikt over hvilke

holdnings- og kulturendringer som må til hos helsepersonell for å lykkes med innføring av hverdagsrehabilitering. En erkjennelse som har blitt klarere gjennom arbeidet er at tenkesett og arbeidsmåte som ligger til grunn for hverdagsrehabilitering ikke er noe nytt. Funn i kildene jeg har benyttet og egne erfaringer tilsier at ansatte i stor grad har denne kunnskapen. Det er imidlertid ikke nok å vite hva som skal til, det gir i seg selv ingen endring. I kjølevannet av erkjennelsen har det dukket opp et nytt spørsmål: *«Hvorfor bruker ikke helsepersonell kunnskapen i større grad?»*

Jeg opplever at det er stort fokus på kompetanseheving. Kompetanseheving er viktig. Med tanke på hva hverdagsrehabilitering innebærer av brukerinvolvering og brukerens mål som utgangspunkt trenger helsepersonell økt kompetanse i å identifisere brukerens personlige mål, for eksempel ved bruk av COPM. Helsepersonell trenger også økt kompetanse i samtaleteknikker som får brukeren selv til å finne svarene på hva som må til for å få til en endring, for eksempel motiverende intervju. Er kompetanseheving alene veien til gode tjenester? Jeg tror ikke det. Hva med å rette mer fokus mot kompetansemobilisering? En mobilisering der ansattes kompetanse anerkjennes og hvor det legges til rette for at ansatte får brukt kompetansen sin?

Kritiske røster frykter at hverdagsrehabilitering medfører rigide systemer som kan ende i et skjemavelde. Det stilles også spørsmål til om hverdagsrehabilitering vil gå på bekostning av brukere som ikke fyller tildelingskriteriene (Fæø, Petersen & Boge, 2016). Dette er utfall det er viktig å være klar over for å unngå at dette skjer. Kan det være slik at systematikken som ligger i hverdagsrehabilitering kan bidra til at helsepersonell får brukt kompetansen sin? Er det her hverdagsrehabilitering har noe nytt og innovativt å tilføre? Forbedringsarbeid i helse- og omsorgstjenestene er en kompleks oppgave som berører hele organisasjonen. Slik jeg ser det favner hverdagsrehabilitering kompleksiteten i tjenesten ved at det involverer alle nivå i organisasjonen: bestillerkontor, ansattgruppe, ledelse, administrasjon og politikere. Hverdagsrehabilitering setter rammer for kartlegging, evaluering og dokumentasjon på tvers av alle nivå. Det er selvfølgelig viktig at vi hele tiden foretar kritiske vurderinger i forhold til hva som er målsetningen med kartleggingsverktøy og skjemaer som benyttes. Målet skal alltid være økt mestring og livskvalitet for brukerne vi gir tjenester til. Lykkes vi med dette vil vi på sikt kunne spare ressurser slik at vi får bedre tid til de som faller utenfor tildelingskriteriene, for eksempel «skrøpelige» eldre med store behov for pleie- og omsorg.

På veien videre med å innføre hverdagsrehabilitering, som en del av kommunens tjenestetilbud, må fokuset flyttes fra *hva* som må til av holdnings- og kulturendringer hos helsepersonell til *hvordan* hele organisasjonen skal samarbeide om å få til disse endringene. «Standardpakkene» skal bort, rommene for individuelle tilpasninger skal bli store!

5. OPPSUMMERING/KONKLUSJON

«Hva må til av holdnings- og kulturendringer hos helsepersonell for å lykkes med hverdagsrehabilitering?» Dette er problemstillinga jeg valgte som utgangspunkt for fordypningsoppgava i tverrfaglig rehabilitering. Arbeidet startet med å gjennomgå ulike kilder omkring emnet og sammenfatte dette i et teoretisk grunnlag. I denne prosessen pekte det seg ut tre hovedpunkter for hva som må til av endringer:

- Fra sykdom og svikt til ressurser og muligheter
- Fra flerfaglig til tverrfaglig samarbeid
- Fra en ekspert til to eksperter

Hovedpunktene ble brukt som utgangspunkt for drøfting. Teoretisk grunnlag ble drøftet opp mot valgte kvalitative- og kvantitative forskningsartikler, teorier og egne erfaringer.

Hverdagsrehabilitering bryter på mange måter med tankegangen i tradisjonelle helse- og omsorgstjenester. En faglig omstilling hos helsepersonell må til. Holdnings- og kulturendringer er en viktig del av denne omstillingen. Tradisjonelt har helsepersonell rettet stort fokus mot brukers sykdom og svikt. Hverdagsrehabilitering krever at vi dreier fokuset mot brukers ressurser og muligheter. Vi må ha troen på brukernes evne og vilje til å være aktive. Tradisjonell pleiekultur bestående av «hjelpefeller» med standardiserte, passive tiltak må erstattes av en mestringskultur med rom for individuelle tilpasninger.

Tverrfaglig samarbeid er en viktig forutsetning for å lykkes med hverdagsrehabilitering. Oppgavene i hverdagsrehabilitering er komplekse og krever en bred tilnærming. Tradisjonelt har ikke helsepersonell helt sett verdien og potensialet i å jobbe tverrfaglig og samarbeidet har i for stor grad vært flerfaglig. I rehabilitering er det viktigste at oppgaver blir utført, ikke hvem som utfører dem. De ulike profesjoner må i større grad trå over i hverandres områder. Samtidig er det viktig at den enkelte profesjon bevarer sin særegenhet. Etablering av arenaer for praktisk samarbeid og uformelle møter vil fremme tverrfaglig samarbeid.

I de tradisjonelle helse- og omsorgstjenester har helsepersonell stått i ei ekspertrolle og langt på vei definert hva som er «pasientens beste». Hverdagsrehabilitering innebærer samarbeid mellom to likeverdige eksperter: Brukeren med spisskompetanse på seg selv og sitt liv og helsepersonell med fag- og erfaringskompetanse. Det er viktig å få til et godt samarbeid der

brukerens og helsepersonellets kunnskapsområder utfyller hverandre slik at brukeren får tjenester som er i tråd med sine ønsker og behov.

Funn i kildene jeg har benyttet samt egne erfaringer tilsier at ansatte i stor grad har kunnskap om tenkesettet og arbeidsmåten som hverdagsrehabilitering representerer. I lys av dette ser jeg at jeg kanskje hadde fått enda større utbytte av arbeidet hvis jeg hadde dreid problemstillinga fra *hva* som må til av holdnings- og kulturendringer til *hvordan* vi skal få til disse endringene. Samtidig ser jeg arbeidet som er lagt ned i denne fordypningsoppgava som et godt utgangspunkt for veien videre.

I videre arbeid med å innføre hverdagsrehabilitering, som en del av kommunens tjenestetilbud, blir det viktig å legge til rette for at helsepersonell får hentet opp og brukt kompetansen sin. Systematikken som ligger i hverdagsrehabilitering favner, slik jeg ser det, kompleksiteten i helse –og omsorgstjenestene ved at den inkluderer alle nivå i organisasjonen. Kanskje der er nettopp dette vi trenger for å mobilisere kompetansen som helsepersonell sitter inne med? På veien videre må vi tenke nytt og innovativt i forhold til hvordan hele organisasjonen skal gå til felles dugnad for å få bort «standardpakkene» slik at vi får ryddet store rom for individuelle tilpasninger!

Litteraturliste

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

Andersen, J. (2011). *Sammen, men hver for seg. Om samarbeid i en kommunal rehabiliteringsavdeling*. (Masteroppgave). Høgskolen i Østfold.

Bang, H. (2011). *Organisasjonskultur* (4. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.

Bredland, L.E., Linge, O.A. & Vik, K. (2011). *Det handler om verdighet og deltakelse: Verdigrunnlag og praksis i rehabiliteringsarbeid*. (3.utg.) Oslo: Gyldendal Akademisk.

* Dahl, T. (red.) (2011). *Brukeren som veileder*. Oslo: Gyldendal Akademisk. s. 17- 59. **42 sider**

Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving*. (5.utg.) Oslo: Gyldendal Akademisk

Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator, FOR-2011-12-16-1256 (2011)

Fjerstad, E. (2010). *Frisk og kronisk syk: et psykologisk perspektiv på kronisk sykdom*. Oslo: Gyldendal akademisk.

* Fürst & Høverstad. (2014). *Hverdagsrehabilitering i norske kommuner: Fra passiv mottaker til aktiv deltaker*. Sluttrapport (KS FoU-prosjekt nr. 134027). Utarbeidet av Fürst og Høverstad ANS på oppdrag fra KS FoU. s. 1-46 **46 sider**

Fæø, S.E., Petersen, K.A. & Boge, J. (2016). Hverdagsrehabilitering byr på lite nytt. *Sykepleien* 104 (1), s. 58-60

Hartvigsen, T. (2014). *Opplæring i hverdagsrehabilitering. Ideer og erfaringer*. Samarbeid mellom Kommunesektorens Organisasjon, Norsk Ergoterapeutforbund, Norsk Fysioterapiforbund og Norsk Sykepleierforbund.

*Haugland, Ø. B. (2012). Meningsfulle aktiviteter på sykehjemmet. *Sykepleien forskning*. 7(1), 42-49. **8 sider**.

*Heap, K. (2002). *Samtalen i eldreomsorgen, kommunikasjon-minner-kriser-sorg*. (3.utg.) Oslo: Kommuneforlaget. s. 13-41, **28 sider**

Helsedirektoratet. (2004). *Hvordan holde orden i eget hus. Internkontroll i sosial –og helsetjenesten*. (Veileder IS-1183). Oslo: Helsedirektoratet.

Helsedirektoratet. (2015). *Veileder om rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator*. Lokalisert den 4.12.2015 på:

<https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/rehabilitering-habilitering-individuell-plan-og-koordinator>

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

Helse –og omsorgsdepartementet. (2013). *Morgendagens omsorg*. (Stortingsmelding 29, 2012-2013). Oslo: Departementet.

Helse –og omsorgsdepartementet. (2015). *Fremtidens primærhelsetjeneste- nærhet og helhet*. (Meld. St.t. 26, 2014-2015). Oslo: Departementet.

*Hjelle, K.M., Tuntland, H., Førland, O.& Alvsvåg, H. (2016). Driving forces for home-based reablement; a qualitative study of older adults`experiences. *Health and Social Care in the community*. **9 sider**

*Hjort, P. (2009). *Brukermedvirkning og tverrfaglig samarbeid –eller brukerintegrert samarbeid: Hvorfor og hvordan?* Foredrag holdt 26.5.2009 på *Lungerehabiliteringskonferansen 2009*, Thon Hotell Oslo Airport Gardermoen. **4 sider**

Høgskolen i Hedmark (2016). *Bibliotek*. Lokalisert på <http://hihm.no/bibliotek>

Kristiansand kommune (2013). *Plan for folkehelse, forebygging og rehabilitering. Helsefremmingsplanen 2013*. Helse –og sosial, Kristiansand kommune.

Kultur (s.a.). I *Wikipedia*. Lokalisert den 30. mars 2016, på

<https://no.wikipedia.org/wiki/Kultur>

Lov om helsepersonell, LOV-1999-07-02-64 (2001) (Sist endret 01.01.2016)

Lov om pasient –og brukerrettigheter (pasient –og brukerrettighetsloven). LOV -1999-07-02-63 (sist endret LOV -2015-05-22-32 fra 01.11.2015).

Lov om behandling av personopplysninger (personopplysningsloven). LOV-2000-04-14-31 (sist endret LOV-2015-06-19-65 fra 01.10.2015)

Lov om kommunale helse –og omsorgstjenester m.m. (helse –og omsorgstjenesteloven), LOV-2011-06-24-30 (2011) (Sist endret 01.01.2014)

Malterud, K. (2013). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning*. (3.utg.) Oslo: Universitetsforlaget.

* Ness, N. E., Laberg, T., Haneborg, M., Granbo, R., Færevaa, L. & Butli, L. (2012). *Hverdagsmestring og hverdagsrehabilitering*. Prosjektgruppe Hverdagsrehabilitering i Norge. Samarbeid mellom Norsk Ergoterapeutforbund, Norsk Fysioterapiforbund og Norsk Sykepleierforbund. s.3-35 **32 sider**

Nortvedt, M.W., Jamtvedt, G., Graverholt, B & Reinart, L.M. (2007). *Å arbeide og undervise kunnskapsbasert- en arbeidsbok for sykepleiere*. Oslo: Norsk Sykepleierforbund.

Rienecker, L. & Jørgensen, P. S. (2013). *Den gode oppgaven. Håndbok i oppgaveskriving på universitet og høyskole*. (2.utg.). Bergen: Faktabokforlaget.

Sagberg, I. (2013). Organisasjonskultur. *Store Norske leksikon*. Lokalisert den 30. mars 2016, på <https://snl.no/organisasjonskultur>

Socialstyrelsen (2013). *Kortlægning af kommunernes erfaringer med rehabilitering på ældreområdet*. København.

Slettebø, Å. (2013). *Sykepleie og etikk*. (6. utg.) Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Teigen, T.H. (2012). Holdning. *Store Norske leksikon*. Lokalisert den 30. mars 2016, på <https://snl.no/holdning>

*Tuntland, H., Ness, N.E. (red.). (2014). *Hverdagsrehabilitering*. (1.utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk. **204 sider**.

* Tuntland, H., Aaslund, M.K., Espehaug, B., Førland, O. & Kjekken, I. (2015). Reablement in community-dwelling older adults: a randomised controlled trial. *BMC Geriatrics*. 145 (15) **11 sider**.

Tveiten, S. (2007). *Den vet best hvor skoen trykker... Om veiledning i Empowerment prosessen*. Bergen: Faktabokforlaget.

Vik, K. (2012). Aktivitet og deltakelse for eldre –et middel for å nå helsepolitiske mål om aktiv aldring. *Ergoterapeuten*.55 (1), 23-28.

*Vik, K. & Eide, A.H.(2012). The exhausting dilemmas faced by home-care service providers when enhancing participation among older adults receiving home care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 26 (3), 528-536 **9 sider**

*Witsø, A.E., Vik, K. & Ytterhus, B. (2012). Participation in Older Home Care Recipients: A Value- Based Process. *Activities, Adaptation & Aging*. 36 (4), 297-316. **20 sider**

* Kilder markert med stjerne foran er selvvalgt litteratur, til sammen 413 sider.

Vedlegg 1: Artikkelsøk

Artikkelens tittel: Meningsfulle aktiviteter på sykehjemmet

Søkehistorikk	Forfatter/ årstall/land	Design/ Intervensjon	Deltakere	Analysemetode	Hovedresultat
<p>Nettsidene til Sykepleien forskning</p> <p>Eldre og aktivitet</p> <p>Filter «forskningsartikkel» «fagfelleverdert» →</p> <p>35 treff</p>	<p>Haugland, B.Ø.</p> <p>2012</p> <p>Norge</p> <p>Studiens hensikt Kartlegge hvilke aktiviteter sykehjemsbeboere har interesse av å delta i og hva de ansatte tror at beboerne har interesse for</p>	<p>Kvantitativ metode. Tverrsnittstudie.</p> <p>Spørreskjemaundersøkelse blant ansatte og strukturert intervju blant beboerne.</p>	<p>89 beboere og 51 ansatte</p>	<p>Analysene ble utført ved hjelp av SPSS versjon 18. Resultatene rapportert i en krystabell.</p>	<p>Beboerne ønsket i stor grad aktiviteter der de selv er aktive. De ansatte trodde at beboerne var interessert i aktiviteter der de ansatte er aktive. Kan tyde på at ansatte ikke kjenner beboernes ønsker og behov godt nok og at de undervurderer beboernes evne og vilje til å være aktive.</p>

Artikkelens tittel: Aktivitet og deltakelse for eldre –et middel for å nå helsepolitiske mål om aktiv aldring

Database/søkehistorikk	Forfatter	Design/ Intervensjon	Hensikt/innhold	Konklusjon
	Årstall			
	Land			
<p>SWE MED “Rehabilitation”→ 7176 treff.</p> <p>Endret til “Community rehabilitation”→ 382 treff.</p> <p>AND consumer participation →18 treff.</p>	<p>Vik, K 2012 Norge</p>	<p>Fagartikkel publisert i fagtidsskriftet <i>Ergoterapeuten</i></p>	<p>Beskriver forskning der viktigheten av deltakelse for eldre blir beskrevet.</p>	<p>Eldre ønsker å være aktive. Ønsker å delta mer enn de får mulighet til. Ønsker å fortsette med hobbyer. Tekniske hj.midler viktige bidrag til aktiv alderdom. Familie og venner viktig.</p> <p>Hverdagsrehabilitering en spennende og utfordrende arbeidssituasjon</p>

Artikkelens tittel: Participation in Older Home Care Recipients: A Value-Based Process

Søkehistorikk	Forfatter Årstall Land	Design/ Intervensjon	Deltakere	Analysemetode	Hovedresultat
Fant henvisning til artikkelen i referanselisten til→ Vik, K. (2012). Aktivitet og deltakelse for eldre –et middel for å nå helsepolitiske mål om aktiv aldring	Witsø, A.E., Vik, K. & Ytterhus, B. 2012 Norge Studiens Hensikt Å øke forståelsen for aldring og deltakelse	Kvalitativ studie. Dybdeintervju.	10 eldre kognitivt friske hjemmeboende.	Analysert på konstruktivistisk forankret teori metodikk. Fire områder ble analysert: Beholde verdighet, holde seg gående, kunne strukturere hverdagen, holde på med hverdagslige aktiviteter, kunne prøve og feile for å klare seg selv.	Eldre er fornøyde med sin mulighet for deltakelse. Ønsker å øke aktivitetsnivå eller delta som nå. For å støtte opp om den eldres verdighet er det viktig å anerkjenne den eldres prioriteringer og strategier for å klare seg selv.

Artikkelens tittel: The exhausting dilemmas faced by home-care service providers when enhancing participation among older adults receiving home care

Søkehistorikk	Forfatter Årstall Land	Studiens hensikt	Deltakere	Analysemetode	Hovedresultat
SweMed + Participation → 1200 treff AND older adultus → 22 treff Mesh term “activities of daily living” → 12 treff	Vik, K. & Eide, A.H. 2012 Norge Design/ Intervensjon Kvalitativ metode	Utforske hvordan tjenesteleverandører opplever sine arbeids forhold og mulighet til å fremme aktivitet og deltakelse blant eldre.	Seks fokusgrupper med 4-6 deltakere. Totalt 30 deltakere.	Analysert med en kontant komparativ metode. Følgende kategorier identifisert: Møte med forventninger som ikke kan oppfylles, forventning om deltakelse, organisering av tjenestene og profesjonelle standarder.	Det er et gap mellom overordnede politiske føringer og de rammevilkårene ansatte jobber etter på kommunalt nivå. Ansatte opplever at de jobber på akkord med faglige standarder.

Artikkelens tittel: Reablement in community-dwelling older adults: a randomised controlled trial.

Database/ søkehistorikk	Forfatter Årstall Land	Studiens hensikt	Design/ Intervensjon	Analysemetode	Hovedresultat
ORIA Community rehabilitations + filter siste to år→ 3632 treff AND activity of daily living→ 41 treff AND older adults→ 15 treff Filter «fagfelleverdert tidsskrift» → 11 treff	Tuntland, H., Aaslund, M.K., Espehaug, B., Førland, O. & Kjekken, I. 2015 Norge	Å undersøke effekten ag rehabilitering i hjemmet sammenlignet med standard behandling i forhold til daglige aktiviteter, fysisk funksjon, psykisk funksjon, helse relatert livskvalitet, bruk av helsetjenester og kostnader	Randomisert kontrollert studie. Deltakere 61 personer inkludert i studien (31 i intervensjonsgr. og 30 i kontrollgr.).	To grupper, halvparten fikk hverdagsrehabilitering, halvparten fikk ordinære hjemmetjenester. Intervensjonsgruppen fikk 10 uker med hverdagsrehabilitering. Brukte COPM. Ble vurdert ved oppstart, etter 3 mnd. og etter 9 mnd.	Signifikant forskjell. De som fikk hverdagsrehabilitering scorer vesentlig bedre på utførelse og tilfredshet. Mester bedre, gevinsten vedvarer. Fysisk funksjon bedres ikke vesentlig. Ikke så rart da det er snakk om en gruppe eldre der vedlikehold av funksjon bør være sentralt. Hverdagsrehabilitering krever ikke mer ressurser, men innebærer et tett tverrfaglig samarbeid.

Artikkelens tittel: Driving forces for home-based reablement; a qualitative study of older adults`experiences.

Database/søkehistorikk	Forfatter Årstall Land	Design/ Intervensjon	Deltakere	Analysemetode	Hovedresultat
PUB MED Multiprofessional collaborations → 76 treff. Filter: siste 5 år → 30 treff AND community rehabilitation → 1 treff	Hjelle, K.M., Tuntland, H., Førland, O.& Alsvår, H. 2016 Norge Studiens hensikt Å beskrive hvordan eldre opplevde å medvirke i egen rehabilitering	Kvalitativ studie. Semi strukturert intervju	Åtte eldre personer ble intervjuet.	En kvalitativ innholdsanalyse ble benyttet. Alle aktører har transkribert og analysert dataene både alene og i fellesskap. En induktiv tilnærming med en fire –trinns analyseprosedyre. Fire temaer dukket opp: <ol style="list-style-type: none"> 1. Min stå- på vilje er nødvendig 2. Være hjemme med mine ting og mennesker 3. Rehabiliteringsteamet er viktig for meg 4. Trening er fysiske aktiviteter ikke hverdagsaktiviteter. 	Eldre menneskers forståelse av hvilke aktiviteter som er viktig for ham/henne å fokusere på i rehabiliteringen er avgjørende for å lykkes. Personlig beslutsomhet og ansvar er motivasjonsfaktorer og drivkraft for å nå sine mål. Samarbeid med rehabiliteringsteamet er en annen viktig motivasjonsfaktor. Viktig med individuell oppfølging etter at den intensive rehabiliteringsperioden er ferdig.

Vedlegg 2: Godkjenning til bruk av illustrasjon



Elise Granlien <elise.granlien@gmail.com>

Forespørsel

Elise Granlien <elise.granlien@gmail.com>
Til: Linda.Vavik@kristiansand.kommune.no

14. april 2016 kl. 10.51

Hei!

Jeg er sykepleier og tar videreutdanning i tverrfaglig rehabilitering. I den forbindelse skal jeg skrive fordypningsoppgave om hverdagsrehabilitering.

Har lest Kristiansand kommunes plan:

Plan for folkehelse, forebygging og rehabilitering. Helsefremmingsplanen 2013.

Synes rehabiliteringspyramiden på side 8 illustrerer godt hvordan hverdagsrehabilitering stiller seg i forhold til andre rehabiliteringsformer. Er det greit at jeg benytter illustrasjonen i fordypningsoppgava? Er det evt. andre steder jeg må henvende meg for å få avklart dette?

Håper på en rask avklaring da det går fort til oppgava skal leveres!

Mvh. Elise Granlien



Elise Granlien <elise.granlien@gmail.com>

Forespørsel

Grete Dagsvik <Grete.Dagsvik@kristiansand.kommune.no>
Til: "elise.granlien@gmail.com" <elise.granlien@gmail.com>
Kopi: Linda Vavik <Linda.Vavik@kristiansand.kommune.no>

15. april 2016 kl. 13.32

Hei!

Hyggelig at du syns rehabiliteringspyramiden fungerer godt som illustrasjon. Den er utviklet i forbindelse med arbeid med Helsefremmingsplanen, som du har funnet den i.

Riktig referanse på den er: Kristiansand kommune, Helsefremmingsplanen 2013

Med vennlig hilsen

Grete Dagsvik

Prosjekttrådgiver og programansvarlig forebygging og rehabilitering,

Virksomhet Helsefremming og Innovasjon
Mobil: +47 907 60 707 Sentralbord +47 38 07 50 00
grete.dagsvik@kristiansand.kommune.no

Besøksadresse: Rådhuskvartalet 2. etg

