

BACHELOROPPGÅVE

Aktiv og deltakande i eige liv

«Korleis sikre brukaren sin autonomi gjennom rehabiliteringsprosessen?»

av

Kandidatnummer 46
Solveig af Geijerstam

Active and participating in your own life

Emnekode og namn: SK 152 Bacheloroppgåve i sjukepleie

Innleveringsdato: 2. Mai 2014

Tal ord: 6995

Rettleiar: Dagrun Kyrkjebø

«Du som er helsearbeider og jeg som trenger hjelp, er likeverdige mennesker. I møtet mellom oss oppstår en avhengighet. Du som er helsearbeider vet at avhengigheten er gjensidig. Like fullt blir et maktforhold tydelig. I dette forholdet tar du ansvar. Du vokter deg for å skape større avhengighet enn den som allerede finnes i møtet mellom oss. Ditt behov for å hjelpe balanseres mot mitt behov for å få hjelp»

Verdihefte «Å komme hverandre i møte» St. Olavs Hospital (Gjengitt i Aakre, 2007).

Samandrag

Tittel

Aktiv og deltakande i eige liv

Bakgrunn

Den demografiske utviklinga av fleire eldre og endring i sjukdomsbilete førar til nye utfordringar for helse- og omsorgstenesta i åra som kjem. Dette har gjort meg nyfiken på kva tiltak som vert sett i verk for å møte desse. Kvardagsrehabilitering er eit konsept staten satsar på framover, og visar seg å vere eit tiltak som kan bidra til ei betring og utvikling av helse – og omsorgstenesta. St. Meld. Nr 21 (1998-1999) framhev at brukaren skal vere den sentrale aktøren i rehabiliteringa. Det å oppnå størst mogleg sjølvstende er eit overordna mål og fokuset skal vere på menneskes råderett over eigen livssituasjon.

Problemstilling

Korleis sikre brukaren sin autonomi gjennom rehabiliteringsprosessen?

Framgangsmåte

Oppgåva er eit litteraturstudie som fordjupar seg i allereie eksisterande litteratur og tolkar dette gjennom diskusjon av resultat.

Oppsummering

Denne oppgåva tar sikte på å finne ut korleis sjukepleiaren kan sikre at brukaren sin autonomi vert ivaretatt gjennom rehabiliteringsprosessen i kvardagsrehabilitering. Det som kjem fram i oppgåva er det einkilde ved heimen og korleis dette kan bidra til ein styrke i autonomien, men og avgrense den. Vidare kjem informasjon til både brukar og pårørande fram som sentralt i forskinga, både i forhold til effekt og forståing. Sjukepleiaren har eit viktig ansvar med å sikre at det individuelle i rehabiliteringsprosessen vert ivaretatt. Motivasjon og meistring har ei sentral rolle. Sjukepleiaren må balansere brukarmedverknad, mot sitt faglege ansvar og samtidig ta omsyn til aldringsprosessen. Ho må skape ein god relasjon og likeverdige dialog for å fremje brukarens rett til å ta eigne val.

Abstract

Title

Active and participating in your own life

Background

The demographic development in the society with increasing numbers of elderly and a change of diseases, lead to several challenges within nursing in the years to come.

This has made me curious about what measures will be instigated to meet these challenges.

"Kvardagsrehabilitering"- everyday rehabilitation is a concept focused on by the government for the future, and proven a measure that may contribute to an improvement and development of health care services. St. Meld No.21 (1998-1999) states that the client will be the key player in rehabilitation. The overall goal is to achieve independence and the focus should be on the person's expressive right to take decisions concerning his own life.

Problem

How to ensure the client's autonomy through the rehabilitation process

Approach

The thesis is a literature study that specializes in already existing literature and interprets this through discussions and findings.

Summary

This thesis aims to explore how the nurse can ensure a client's autonomy through the rehabilitation process in everyday rehabilitation. What is expressed through the thesis is the significance of rehabilitation within the home and how this may enhance the autonomy but also have a limiting effect. Through the research we acknowledge the significance of information given to client and next of kin, both in relation to effect and understanding. The nurse has an important role to ensure that the individual aspect of the rehabilitation process is secured. Motivation and coping play a vital role. The nurse must balance the client's participation against her own professional responsibility, and at the same time take into consideration the aging process. She has to create a good relation and an equal dialogue to secure the client's right make his own choices.

Innholdsliste

1 Innleiing	1
1.2 Bakgrunn for val av tema	2
1.3 Problemstilling	3
1.3.1 Avgrensing av problemstilling	3
2 Metode	4
2. 1 Val av metode	4
2.2 Litteratursøk.....	4
2.3 Val av teori	5
3 Presentasjon av teori og forskning	7
3.1 Rehabiliteringspolitikken i Noreg.....	7
3.2 Kvifor kvardagsrehabilitering?	7
3.4 Kvardagsrehabilitering	8
3.5 Sentrale omgrep i kvardagsrehabilitering.....	9
3.5.1 Brukarmedverknad.....	9
3.5.2 Kommunikasjon og relasjon	10
3.5.3 Meistring og motivasjon.....	10
3. 6 Kvardagsrehabilitering, heimesjukepleia og sjukepleiaren	11
3.7 Eldre og rehabilitering.....	12
3.8 Etikk.....	12
4 Drøfting	13
4.1 Tilrettelegging for autonomi og sjølvråderett i rehabiliteringsprosessen	13
4.2 Sjukepleiaren og kvardagsrehabilitering.....	17
5 Veikskap og styrke	19
6 Konklusjon	20
Litteraturliste	21

1 Innleiing

Framtidas helse og omsorgsteneste står over nye og store utfordringar i åra som kjem. Blant desse er ei stor auke av eldre og eit aukande behov for velferdstenester. I følgje Statistisk Sentral Byrå (2012) vil alle aldersgrupper oppleve auke, men veksten blir størst hos dei over 70 år, som vil doblast før 2040. Ei slik utvikling vil og føre med seg endring i sjukdomsbilete. Framtidas eldre vil bestå av friske, aktive og ressurssterke innbyggjarar som deltek aktivt i samfunnet. Samtidig vil det føre med seg fleire eldre som lev med funksjonssvikt, og står i fare for å utvikle sjukdommar som diabetes, kreft, demens og psykisk uhelse (Folkehelseinstituttet, 2010). Regjeringa vil bidra til ein fagleg omstilling av den kommunale helse- og omsorgstenesta gjennom sterkare vekt på rehabilitering, førebygging og tidleg innsats for å møte desse utfordringane (NOU:11, 2011).

Det kjem fram i Meld. St 29 (2012-2013) at målet i omsorgstenesta er å styrke brukaren sine moglegheiter for eigenmeistring og vedlikehald av funksjonsnivå så lenge som mogleg. Derfor må rehabilitering vere ein naturleg del av all innsats og pleie. I all god behandling er det eit rehabiliterande element. Stortingsmelding nr. 21 (1998-99), signaliserte den nye rehabiliteringspolitikken i Noreg. Auka samhandling og koordinering av tenestetilbodet og auka brukarmedverknad vert framheva i denne meldinga. Aktiv aldring, rehabilitering og helsefremming er særleg aktualisert i Noreg med samhandlingsreforma (Meld. St 47 (2008-2009) og ny helse- og omsorgstenestelov (2011).

Kvardagsrehabilitering er eit ledd i arbeidet staten satsar på framover og visjonen er at brukaren skal kunne bruke heimen som arena i rehabiliteringa. Målet er å oppnå betra funksjonsnivå og livskvalitet gjennom funksjonell trening i kjende omgivnadar. Både Sverige og Danmark har gjort seg gode erfaringar med kvardagsrehabilitering og det ser ut til å vere eit tiltak som kan bidra til ei betre utvikling av helse – og omsorgstenestene også i Noreg i åra som kjem (Kjellberg, Kjellberg, & Ibsen, 2011; Kjellberg, Kjellberg, Ibsen, & Christensen, 2012; Månsson, 2007; Gustaffson et. Al, 2010).

Innan sjukepleiefaget er rehabilitering og aktivisering av brukarar grunnleggjande og velintegrrert, som ved omgrepa eigenomsorg og kartlegging av brukarens ressursar.

Sjukepleiaren skal leggje vekt på sjølvråderett, rehabilitering og på menneska sine moglegheiter til å bruke eigne ressursar (Nortvedt, Skaug og Kristoffersen, 2008).

Sjukepleiarar er ei stor faggruppe innan rehabiliteringsfeltet. Det er då naturleg å anta at dei har eit stort ansvar og mange ulike funksjonar i eit tverrfagleg team (Ruud og Heggdal, 2013). Til trass for denne sentrale rolla i rehabiliteringsarbeidet, har sjukepleiaren blitt skildra som den yrkesgruppa som har hatt størst vanskar med å tilpasse seg kvardagsrehabilitering i praksis (Månsson, 2007; Kjellberg, Kjellberg, Ibsen og Christensen, 2012; Kjellberg, Kjellberg og Ibsen, 2011; Ormstrup, 2012).

Eg vil på bakgrunn av dette løfte fram rolla til sjukepleiaren, og fokusere på korleis ho kan ivareta autonomi gjennom rehabiliteringsprosessen hos eldre heimebuande.

1.2 Bakgrunn for val av tema

Noreg står over mange utfordringar i åra som kjem og eg har vore nyfiken på kva tiltak som vert utforma for å møte desse. Dette har vore spesielt retta mot eldreomsorg i heimen. Gjennom å arbeide i heimesjukepleia, og sett kor bra helse- og omsorgstenesta kan vere, har eg og opplevd ei mangelfull og ressursvak teneste. Eg har opplevd kor lett det kan vere å gå inn i ei «hjelpfelle» hos den eldre og ta over handlingar, på dei områda han sjølv kunne ha meistra. Standardpakker og «enkle løysningar» førte til at brukaren ikkje fekk delta aktivt i eige liv. Eg har sett kor lite fokus det kan vere på brukarmedverknad og individuelle tiltak, og opplevd at autonomien til brukaren vert gløymt. Eg ønskte å finne ut kvifor slikt skjer, og kva ein kan gjere for å hindre dette.

Gjennom praksis vart eg introdusert for kvardagsrehabilitering. Omgrepet vart møtt med negativitet om korleis dette skulle gjennomførast. Dette gjorde til at eg lagde meg dei same tankane. Kva tyder det egentleg å gå frå pleie og omsorg – til rehabilitering? Kva tyder det for brukaren? Eg vart interessert i å finne ut av desse spørsmåla. I ei tid med stor vekt på reformer knytt til økonomi, utstyr, personell, organisering og lovgiving er det viktig at ein ikkje gløymer omsorgstenesta sitt grunnlag og innhald. Reel brukarmedverknad, fagleg og etisk styring og praksis er forutsetningar for eit godt helsetenestetilbod i kommunane.

1.3 Problemstilling

«Korleis sikre brukaren sin autonomi gjennom rehabiliteringsprosessen?»

1.3.1 Avgrensing av problemstilling

Denne oppgåva tar sikte på å finne ut korleis sjukepleiaren kan sikre at autonomien til brukaren vert ivaretatt gjennom rehabiliteringsprosessen. Eg har valt å rette merksemda mi mot eldre, over 65 år som mottar kvardagsrehabilitering. Eg vel ikkje å vektlegge ein bestemt sjukdom eller skade, sidan kvardagsrehabilitering rettar seg mot forskjellige målgrupper. Tverrfagleg samarbeid er eit nøkkelord i kvardagsrehabilitering, men i denne oppgåva vil sjukepleiaren si rolle bli vektlagt. Det er ulike modellar for kvardagsrehabilitering, men fokuset mitt vil vere på det grunnleggjande og kva som er felles. Vidare har eg valt å sjå vekk i frå empowerment. Dette har eg gjort fordi empowerment og meistring sidestillast på mange områder og meistring vil her vere meir dekkande for mi problemstilling.

Av praktiske grunnar vil sjukepleiaren bli omtalt i hokjønn og brukar i hankjønn.

2 Metode

Ein vel metode for at den skal gje oss gode data og belyse problemstillinga på ein fagleg og interessant måte. Ein del metode inn i to kategoriar, *kvantitativ* og *kvalitativ metode*. Den kvantitative metoden tar utgangspunkt i å forme informasjon om til statistikk og tall. Den kvalitative metoden brukast for å få fram kjensler, haldningar og verdiar (Dalland, 2012).

2.1 Val av metode

Det er hensiktsmessig å få fram sjukepleiaren, brukaren og pårørande sin erfaringar ved rehabilitering i heimen. For å svare på dette og samle data til oppgåva, har eg nytta *litteraturstudie* som metode. Tre av studiane nyttar kvalitativt design, men ein har både kvalitativt og kvantitativt metode. Den kvantitative metoden gje problemstillinga ei bredde i form av kva effekt rehabilitering i heimen har hos ein større gruppe. Den kvalitative vil gje problemstillinga djupare innsikt og brukarforståing sidan denne løftar fram erfaringar og opplevingar hos den enkelte (Olsson og Sørensen, 2009).

2.2 Litteratursøk

Eg har nytta databasane Pubmed, Svemed + og Cinahl. I følgje Nortvedt et. Al (2007) har Cinahl og Pubmed god dekning av kvalitative studiar. Søkeorda har vore *Home Rehabilitation, Older People, Rehabilitation, Autonomy, Hverdagsrehabilitering, Hemrehabilitering, Nurse, qualitative, Sykepleie og Rehabiliteringsprosess*. For å setje saman søkeorda har eg nytta ulike kombinasjonar (sjå vedlegg 1). Eg har brukt «AND» og «OR» for å kombinere søkeorda og nytta Svemed + til å oversette norske ord til Engelsk. Litteratursøket er avgrensa frå 2004 – 2014. Gyldighet, haldbarheit og relevans for problemstilling er vurdert ved utval av litteratur. Boka «*å arbeide og undervise kunnskapsbasert*» av Nortvedt et. Al (2007) har vore nyttig for å vurdere om artiklane kunne brukast i forhold til problemstillinga. Ved å bruke sjekklister har eg stilt spørsmål retta mot validitet i forhold til framgangsmåte og resultat. Etter gjennomgang av artiklane, fann eg fire som var relevante.

«*Activity and participation in home rehabilitation: older people and family members perspectives*» av Bjørkman, Svedlund, Asplund og Paulsen er ein kvalitativ studie frå 2013.

Målet med denne artikkelen var å finne ut erfaringane eldre og familien hadde i relasjon til rehabilitering i heimen.

«*If they're helping me then how can i be independent? The perceptions and experiences of users of home care re-ablement services*» av Wilde og Glendinning (2012). Dette er ein kvalitativ studie som skildrar oppfatninga og opplevinga brukarar har av re-ablement tenesta i England. Re-ablement er eit liknande omgrep på kvardagsrehabilitering. Tenesta arbeidar førebyggjande i ein avgrensa tidsperiode mot å nå mål som er sett av brukaren.

Rehabiliteringstemaet arbeider mot å oppnå mest mogleg sjølvstende, livskvalitet og redusere vidare behov for hjelp (Department of Health, 2010).

Denne er inkludert då studien løftar fram informasjon som sentralt for ein vellukka rehabiliteringsprosess.

«*Sykepleie- en balansekunst i sykepleieprosessen*» av Ruud og Heggdal (2013). Denne studien nyttar kvalitativ metode og beskriv sjukepleiaren si rolle i rehabiliteringsprosessen. Den er utført på ei rehabiliteringsavdeling på sjukeheim, men eg ser på den som relevant fordi sjukepleiaren sin funksjon er tilnærma lik uavhengig om ein arbeidar i heimen, eller på institusjon.

«*Hemrehabilitering för äldre i olika stora kommunar*» fann eg gjennom litteraturlista til «Rapport om Hverdagsrehabilitering og Hverdagsmestring» utgitt av Ness, Laberg, Haneborg, Granbo, Færvaag og Butli (2012). Dette er ein rapport som brukar både kvalitativt og kvantitativt design frå Sverige. Eg har valt å ta med denne relatert til at det er ein omfattande studie som tar føre seg ulike aspekt ved rehabilitering i heimen.

2.3 Val av teori

Innanfor temaet eldre har vi mykje pensumlitteratur og i den anledning ikkje hatt behov for å søke etter andre bøker som omhandlar eldre. I Bibsys Ask søkte eg etter hverdagsrehabilitering, men fekk ingen treff på bøker. Ved å søke på «Hemrehabilitering» fekk eg eit treff på boka til Månsson (2007) *Hemrehabilitering: vad, hur och för vem?* Denne er relevant å ta med då det er den einaste boka om temaet. Forfattaren er og anerkjend i Sverige for sitt arbeid med kvardagsrehabilitering. Eg har brukt fagartiklar som har hjulpet meg å skape eit bilete av temaet eg skriv om. Eg har vidare nytta stortingsmeldingar, Noregs

offentlege utredningar, publikasjonar frå helsedirektoratet, lovverk og rapportar om kvardagsrehabilitering. Dette har eg gjort for å fram heilskapen og samanhengen rundt temaet. Eg vil og nytte egne praksis- /yrkeserfaringar i drøftinga.

Eg har i tillegg nytta ulike pensum/faglitteratur for å supplere undervegs i oppgåva.

3 Presentasjon av teori og forskning

3.1 Rehabiliteringspolitikken i Noreg

Rehabiliteringsmeldinga (St. Meld. nr 21, (1998-1999) 1998) var eit ledd i regjeringa sitt arbeid for å få ein meir rasjonell drift, betre kvalitet og styrke brukaren i helse og omsorgspolitikken. Utgangspunktet i denne meldinga var eit brukarperspektiv og målet var å fremje sjølvstende og deltaking. Brukaren sitt behov skal vere grunnlaget og individretta tiltak skal vere i fokus. I meldinga er rehabilitering definert som:

«Tidsavgrensa, planlagde prosessar med klare mål og verkemidlar, der fleire aktørar samarbeider om å gi nødvendig assistanse til brukaren sin eigen innsats for å oppnå best mogleg funksjons- og meistringsevne, sjølvstende og deltaking sosialt og i samfunnet» (St. Meld. Nr. 21 (1998 -1999) s. 10). Forskrift om habilitering og rehabilitering (2011) kom som ein oppfølging etter St. Meld 21. Formålet med forskrifta er å sikre tenestetilbodet for brukarar som treng rehabilitering

Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering (2008-2011) er eit viktig fundament for dagens rehabiliteringspolitikk. Sentrale budskap er at det må setjast inn tilstrekkelege ressursar på hab-/rehabiliteringsområdet og brukarmedverknad må styrkast. Tenestene må koordinerast betre, kommunale, statlege og private tenester må sjåast i samanheng slik at tilbodet vert heilskapleg og samanhengande (Meld. St. 16, (2010-2011) 2010, s. 69).

3.2 Kvifor kvardagsrehabilitering?

Kommunane har gjennom St. meld. Nr 47 (2008-2009), St. meld. Nr 25 (2005-2006) og kommunal helse- og omsorgstenestelov (2011) fått eit tydelegare og større ansvar i å styrke innsatsen innan rehabilitering, førebygging og tidleg intervensjon. Den enkelte kommune er pliktig å tilby helsefremjande og førebyggjande tenester samt sosial, psykososial og medisinsk rehabilitering (Helse- og omsorgstenestelova, 2011 § 3-2). For å møte det auka ansvaret må kommunane jobbe mot å samle spesialiserte fagmiljøar som er sterke nok til å ta i mot nye arbeidsoppgåver, samt jobbe systematisk for å betre innbyggjarane sin kunnskap og moglegheit til å ta ansvar for eige liv og helse (St. Meld. Nr 47, 2008-2009).

NOU: 11 (2011) førespeilar ein ny omsorgspolitik. Kultur, latter og leik, hjernetrim, boleg, teknologi og omgivningar skal vere utgangspunktet i ein rehabiliteringsprosess, ikkje brukaren sin helsesituasjon. I utredninga kjem kvardagsrehabilitering fram som ein metode, der desse faktorane er utgangspunktet. Kvardagsrehabilitering blir vidare skildra som ein eigna tverrfagleg arbeidsmetode for å imøtekomme kommunanes lovmessige forpliktingar.

3.4 Kvardagsrehabilitering

Ideen om kvardagsrehabilitering starta i Östersund kommune i Sverige i 1999. Dei seinare åra har Danmark vore viktige bidragsytarar i utviklinga av konseptet. I Noreg er 57 kommunar under innføring og 50 kommunar planlegg oppstart (Hverdagsrehabilitering, udatert). Det er ulikt frå kommune til kommune i organisering og innføring, kommunane utviklar sine eigne modellar. Felles er at kvardagsrehabilitering inkluderar eit fokusskifte som utviklar eit helsefremjande, førebyggjande og rehabiliterande tankesett som krev bevisstgjering på teneste, administrativt og politisk nivå (Ness, et. Al, 2012).

Kvardagsrehabilitering dreiar seg primært om rehabilitering i heimen, tilknytt den hjelpa som yttast av heimetenesta (Birkeland, 2014). I følgje Haar (2013) har kvardagsrehabilitering mange element av ordinær rehabilitering i seg. Konseptet skil seg frå ordinære pleie- og omsorgstenester, ved at pleie og praktisk hjelp og bistand ikkje gis før brukaren har fått vurdering av sitt rehabiliteringspotensiale. Den enkelte sin kvardagsmeistring skal vektleggjast. Kvardagsrehabilitering er vidare tidsavgrensa, men dette varierar frå kommune til kommune (Ness et. Al, 2012). Konseptet medfører i stor grad ei endring frå kompensierende tiltak til aktivisering og eigenmeistring i eige liv. Det er brukaren sine personlege mål, ressursar og ønskjer som skal vere utgangspunktet. Fokuset skal vere på kvardagsaktivitetar som brukaren sjølv tillegg meining (Ness et. Al, 2012; Haarr, 2013; Månsson, 2007). Kvardagsrehabilitering handlar om meir enn å bu lengst mogleg heime, det handlar om vere lengst mogleg i eige liv. Dette medfører i stor grad å ha ein rehabiliterande haldning med vekt på ein støttande innstilling, ikkje ei hjelpande (Birkeland, 2014). Tilnærminga bidrar til involvering og eit større ansvar hos brukarane. Dette kan auke meistring og få fram ressursar og moglegheiter hos den enkelte. Kvardagsrehabilitering er ein metode og fagleg tilnærming som tar utgangspunkt i å avdekke kva moglegheiter brukaren sjølv har til å bidra aktivt med å gjenopprette eller auke tidlegare funksjonsnivå

(NOU: 11, 2011). I staden for å spørje «Kva treng du hjelp til?» ønskjer kvardagsrehabilitering å få fram: «Kva er viktige aktivitetar for deg no? Kva kan trenast og tilretteleggjast for at du kan oppretthalde og betre eigen funksjon?» (Ness et. Al, 2012).

Rambøll (2012) utførte ei undersøking om rehabilitering i heimen, her kjem det fram at brukarane som mottok dette var nøgde med tilbodet. Gustaffson et al., (2010) viser til at ved å vere i heimen til brukaren ser ein kva kontekst den enkelte lev i. Ein kan dermed bli meir bevisst på kva han treng hjelp til for å meistre sitt daglege liv. Studiane om re-ablement tenesta i England og «hemrehabilitering» i Sverige visar at informasjonen, korleis den er gitt, kor tid den er gitt og innhaldet var sentralt (Wilde og Glendinning, 2012; Gustaffson et. Al, 2010). Brukarens rett til informasjon er og nedfelt i lov. Her kjem det fram at brukaren skal ha den informasjonen som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand og innhaldet i helsehjelpa (Pasient- og brukarrettighetsloven, 1999, §§ 3-2 til 3-5).

3.5 Sentrale omgrep i kvardagsrehabilitering

3.5.1 Brukarmedverknad

Brukarmedverknad er nedfelt i forskrift om habilitering og rehabilitering § 4 (2011) og i pasient- og brukarrettighetsloven § 3-1 (1999). Her står det at kommunen og det regionale helseføretaket skal sørge for at den enkelte brukar kan medverke ved gjennomføringa av eget habilitering og rehabiliteringstilbod. Det er brukaren sjølv, så langt det er mogleg, som skal ha hovudansvaret i rehabiliteringsprosessen og dette skal skje ut frå egne føresetnadar. Mål og tiltak skal utarbeidast individuelt og må ga ut i frå brukaren sine behov, interesser og motivasjon. I følgje Linge, Vik og Bredland (2011) kan ikkje rehabilitering gjennomførast gjennom standardiserte pakkøløysningar, då det enkelte menneske har ulike verdiar, rollar og verdigheit som ikkje kan generaliserast. Dette er sentralt og i kvardagsrehabilitering. Brukarmedverknad er ein følgje av verdigheitsprinsippet og har brukarens autonomi over eige liv som grunnlag. Individualisering tyder at ein ikkje kan akseptere pakkøløysningar i rehabilitering. Det tyder også at livssituasjon framfor diagnose skal vere i fokus (Jensen, Petersen, & Stokholm, 2007).

3.5.2 Kommunikasjon og relasjon

Kommunikasjon er grunnleggjande i alt arbeid med menneske. Kommunikasjon inneber at ein visar, forstår og samarbeidar med andre menneske. Ved å kommunisere får ein fram meldingar og idear. For å kommunisere må det vere ein sendar, mottakar og eit budskap. Ein kan kommunisere på fleire måtar, verbalt ved hjelp av ord både skriftleg og muntleg, eller ein kan kommunisere nonverbalt, utan bruk av ord der kroppspråket er førande (Røkenes og Hanssen, 2006). Omgrepet «relasjon» brukast om forhold, kontakt eller samband mellom menneskjer. Å skape ein god bærande relasjon til brukar og pårørande, er ofte den viktigaste delen av jobben ein har som sjukepleiar og avgjerande for behandlingsresultat. Dette relatert til at evna til å forstå, lytte, skape kontakt og allianse er viktig for å motivere (Røkenes og Hanssen, 2006; Eide og Eide, 2007).

3.5.3 Meistring og motivasjon

Begrepet motivasjon brukes om drivkraften bak en handling og brukes som samlebetegnelse for alle de krefter som setter i gang og gir retning til handlinger (Normann, Sandvin og Thommesen, 2008, s. 64). Motivasjon er sentralt i rehabiliteringsprosessen, og det er ikkje uvanleg at brukarar ikkje er motiverte for rehabilitering (Bredland et al, 2011; Normann et al, 2008). Motivasjon er i følge Ness et al., (2012) eit inklusjonskriterie i kvardagsrehabilitering. Birkeland (2014) skriv at manglande motivasjon kan vere eit argument mot rehabilitering, men det er viktig å tenkje på at rehabilitering ofte er noko ein *må motiverast* til og skal derfor i utgangspunktet ikkje brukast om dette. Studien til Ruud og Heggdal (2013) viser til at sjukepleiarane opplevde at det kunne vere vanskeleg for den eldre å finne motivasjon til rehabilitering. Det vart då viktig at sjukepleiaren bidrog, slik at personen kunne finne dei indre verdiane som var viktige for vedkommande.

I rehabiliteringssamanheng er ofte meistring kopla saman med motivasjon. Brukaren må ha motivasjon for å jobbe mot ei oppleving av meistring. Lazarus og Folkman definerer meistring som: kontinuerlig skriftende kognitive og atferdsmessige bestrebelser på å mestre spesifikke indre/og eller ytre krav, som etter personens oppfatning tærer på eller overstiger hans ressurser (Gjengitt i Kristoffersen et. Al, s.212, 2008). For å oppleve meistring, må det vere ein balanse mellom krav som stillast og kva ressursar brukaren har. Sjukepleiaren må ha tru på brukarens eigen evne til å løyse problem, og unngå å gå inn i rolla som «den som ordnar

og fiksar», fordi dette kan gje ho, ikkje brukaren, ei kjensle av å vere flink eller meistre (Skaug og Andersen, 2008; Bredland et. Al, 2011).

3. 6 Kvardagsrehabilitering, heimesjukepleia og sjukepleiaren

Heimesjukepleia er eit tilbod om pleie og omsorg til heimebuande, når sjukdom, svekka helse eller alderdom førar til at det er behov for hjelp i korte eller lengre periodar.

Heimesjukepleia er ein lovpålagt teneste. Kommunen har ansvar for helse og omsorgstenester, derunder helsetenester i heimen (Helse- og omsorgstenesteloven, 2011). Sjukepleiaren i heimesjukepleia skal ivareta brukaren sitt behov for pleie- og omsorgstenester på ein fagleg forsvarleg og omsorgsfull måte. *Den enkelte skal få hjelp til å meistre kvardagen i eigen heim* er eit overordna mål for heimesjukepleia sitt arbeid. Dette omfattar å ha ei heilskapleg tilnærming til brukar og pårørande (Fjørtoft, 2012). Når sjukepleiaren har brukaren sin heim som arbeidsplass, arbeidar ho i grensa mellom det private og offentlege i samfunnet (Solheim, 2006). Dette kan medføre ufordringar i utøvinga av kvardagsrehabilitering. Det er viktig at sjukepleiaren har kunnskap om heimens tyding for brukaren og kva dette inneber for relasjonen. Det å arbeide i heimen krev respekt og ivaretaking av heimens unike kvalitetar er avgjerande (Fjørtoft, 2012; Solheim; 2006).

I følgje Ness et. Al (2012) skal sjukepleiaren i kvardagsrehabilitering assistere brukaren til meistring av eige liv og ivareta grunnleggande behov. Ho har ei rolle i det somatisk ved å handtere komplekse medisinske tilfell, samtidig som ho skal oppretthalde best mogleg helse og velvære. Ho skal bidra til innsikt og meistring av eigen situasjon hos brukar og pårørande og bidra til tryggleik, velvære og tillit. Studien til Ruud og Heggdal (2013) beskriv rolla til sjukepleiaren i fire hovudfunksjonar. Ho har ein ivaretakar – funksjon med ansvar for heilskapen, relasjonell funksjon i møtet med brukaren, tilretteleggjar funksjon i brukarmedverknad og knutepunkt funksjon i det tverrfaglege samarbeidet. Ein balansert utøving av sjukepleie funksjonane er nødvendig for å sikre eit godt resultat av rehabiliteringa som heilskap. Vidare beskriv Ness et. Al (2012) at ho i samarbeid med fysioterapeut og ergoterapeut skal utarbeide mål og plan saman med brukaren. Teamet skal samarbeide om å kartlegge brukaren sine fysiske, psykiske og sosiale ressursar. Samt er oppfølging, effektmåling og justering av mål og tiltak en viktig oppgåve. Samarbeidet inneber også at dei

leiar og koordinerer rehabiliteringsforløpet, dokumenterar og beskriv evaluering av brukarforløp.

3.7 Eldre og rehabilitering.

Det er tett samanheng mellom aldring og sjukdom, men det er viktig ikkje å sjå på aldring i seg sjølv som ein sjukdom. Vanlege sjukdommar hos eldre er ikkje aldersforandringar. Det er derfor viktig for sjukepleiaren å kjenne til dei biologiske aldersforandringane (Mensen, 2008; Laake, 2003). Rehabilitering hos eldre er komplisert. Aldringsprosessen kan gjere det tungt og i ein del tilfelle umogleg. Det er mange faktorar som spelar inn. Rehabiliteringa kompliserast og av at mange eldre er ramma av fleire sjukdommar på same tid, komorbiditet. Denne kombinasjonen førar til at rehabiliteringa tar lenger tid hos eldre enn yngre (Romøren, 2008; Laake, 2003; Krohne og Bergland, 2012). Studien til Bjørkman et. Al (2013) beskriv at eldre ofte, relatert til eit komplisert sjukdomsbilete, hadde utfordringar med å utføre aktivitetar i dagleglivet og dette kompliserte rehabiliteringa.

3.8 Etikk

Det enkelte menneske har ein kompetanse til å ta eigne val. Autonomi er retten til å bestemme over seg sjølv og er ein rettighet brukaren har (Pasrl., 1999). Autonomi og råderett i si reine form tyder at individet har innverknad på eigne livsvilkår på bakgrunn av eigne behov (Lingås, 2011; Slettebø, 2005). Medråderett over eige liv og medverknad vil sei at mottakarar av ulike tenester får innsyn og innverknad på tenestetilbodet gjennom samarbeid med dei som yter hjelp. Medverknad og medråderett er ein metode for å kvalitetssikre tenester og avgjersler. Sjølvstendigheit og autonomi kan med andre ord vere ei overordna målsetting, ein verdi for menneskas liv, der tenesta skal understøtte og om nødvendig utvikle (NOU: 18, 2004). Paternalisme brukast ofte i samanheng med brukarens autonomi. Paternalisme tyder formynderi, der sjukepleiar med sin profesjon tar avgjersler og overstyrar brukarens eigne val. I nokon tilfellar kan sjukepleiaren vete kva som er brukaren sitt beste, men målet er å unngå å krenke brukaren sin integritet (Brinchmann, 2008).

Grunnlaget for all sjukepleie skal vere respekten for det enkelte menneskes liv og ibuande verdigheit. Sjukepleie skal baserast på barmhjertigheit, omsorg og respekt for grunnleggjande menneskerettigheit. Sjukepleiaren har eit personleg ansvar at eigen

praksis er fagleg og etisk forsvarleg og fremjar brukarens moglegheiter til å ta egne val (Norsk Sjukepleiarforbund, 2011).

4 Drøfting

4.1 Tilrettelegging for autonomi og sjølvråderett i rehabiliteringsprosessen

Alle brukarar eg har møtt gjennom praksis eller yrkeserfaring, har sine egne preferansar og individuelle ønskjer for kva som er eit godt og meningsfullt liv. Alle individ er ulike, med forskjellige behov og vanar ein tek med seg gjennom heile livet. Sjukepleiaren har eit ansvar å ivareta desse. Samhandlingsreforma (2008-2009), St. Meld. Nr 25 (2005-2006) og helse- og omsorgstenestelov (2011) utfordrar kommunane til å ta eit større ansvar i å styrke rehabilitering og førebygging. Rehabilitering skal vere individualisert og fremje brukaren sine rettigheter og kvaliteten på tenesta skal styrkast. Det sentrale er eit brukarperspektiv og rehabilitering må vere ein naturleg del av all innsats og pleie. Det utfordrande blir, - korleis få det til i praksis?

Når rehabilitering føregår i heimen til brukaren er dette ein faktor i seg sjølv som bevarer autonomi og integritet. Det kjem samstundes fram at det kan føre til det motsette når dei fysiske og psykiske grensene i heimen vart fjerna, og det vart ein arbeidsplass (Bjørkman et al., 2013). Det er eit stort potensial når rehabiliteringa føregår i heimen. Ein ser kva kontekst brukaren lev i og han kan nytte sine egne kvardagsaktivitetar i rehabiliteringsprosessen. Dette kan føre til ei forbetring av helse, samt auke aktivitet-/funksjonsnivå og han kan deretter bevare si sjølvstende (Gustaffson et al., 2010). Eldre som deltok i studien til Bjørkman et al., (2013) skildra at eit ønskje om å vere heime, var både ein motivasjonsfaktor og eit mål. Eg tenkjer då at sjukepleiaren har ei viktig rolle i å nytte heimen som ein positiv ressurs. Hjelpa skjer på brukaren sin arena og sjukepleiaren må bruke dette på ein slik måte at det kan auke tryggleik og bidra til at autonomien vert ivaretatt. Det er essensielt at ho viser respekt for brukaren og pårørande når det blir utfordrande å arbeide i grensa mellom det private og offentlege. Sjukepleiaren må ha kunnskap om kva tyding heimen har, der ho må balansere at det er ein arbeidsplass, men og brukaren sin heim (Fjørtoft, 2012; Solheim, 2006).

Kva har informasjonen å sei for autonomien til brukaren? Eg tenkjer at informasjon om vilkår som omhandlar ein sjølv, er sentralt for å kunne ivareta autonomi. Det er naudsynt at sjukepleiaren gir brukaren riktig og tilpassa informasjon for at han skal forstå innhaldet i kvardagsrehabilitering. Dette kan og avgjere utfallet av rehabiliteringsprosessen. Spesielt med tanke på at dette er ei omstilling frå ordinære pleie- og omsorgstenester (Gustaffson et al., 2010; Wilde og Glendinning, 2012; Bjørkman et al., (2013).

Eldre som deltok i studien til Bjørkman et al., (2013) skildra eit stort behov for informasjon om trening eller bruk av hjelpemidlar, når helsepersonell ikkje var der. Om informasjonen var mangelfull, resulterte dette at brukaren følte at det vart lagt for mykje ansvar på han. Samstundes inneber rehabilitering at brukaren tar ansvar. Kva skjer om brukaren får for mykje ansvar? Eg tenkjer at dette kan føre til at han ikkje er motivert. Utan motivasjon vil ein ikkje oppleve meistring og ein følgje av dette er at brukaren kan gje opp. Eg møter ofte på utsegn som «*Du er eksperten, du får bestemme*». Mitt synspunkt her er at, av og til, må kanskje sjukepleiaren eller andre samarbeidspartnarar overta. Dette tydar ikkje på alle områdar, men det kan vere i ein situasjon eller ein periode. I tillegg kan for stor grad av ansvar og autonomi føre til ansvarsfråskrivning hos sjukepleiaren og andre involverte. Det ligger ein balansegang i å fremje autonomi og medverknad, og sikre at ansvaret for behandlinga ikkje leggst på brukaren. Sjukepleiaren må kontinuerleg vege opp brukarens sjølvråderett og autonomi, med sikkerheit og tryggleik basert på fagleg kunnskap. Deltakarane i studien til Bjørkman et al., (2013) reflekterte over om det då hadde vore meir effektivt å vore på ein institusjon med meir kontinuerleg overvaking av helsepersonell. Der ville dei hatt lettare tilgang på informasjon når dei hadde behov for det. Mi oppfatning er om informasjonen hadde vore meir grundig og gjennomgåande, kunne ein unngått dette?

Vidare skriv Wilde og Glendinning (2012) at for å oppnå effekt av re-ablement må informasjonen vere klar frå byrjing til slutt og påminningar undervegs. Dette var i hovudsak viktig for at brukaren og pårørande ikkje skulle ha urealistiske forventingar om kva re-ablement kunne føre til. Dette tenkjer eg vert viktig å ta med seg i kvardagsrehabilitering og. Når det er så nytt og det er mykje gode resultat av kva det *kan* føre til, er det essensielt at ein ikkje trur at alle kan oppnå same resultat. Sjukepleiaren må hugse at, uansett kor mykje ho veit, er det ikkje sikkert brukaren har den same kunnskapen. Gustaffson et al., (2010) visar og til mykje av det same, dei framhev på lik linje som studien til Ruud og Heggdal (2013)

og Wilde og Glendinning (2012) at informasjon til pårørende var viktige å tenkje på i tillegg til informasjonsbehovet til brukaren. Dei opplevde at det hadde vore verdifullt med meir informasjon om kva kvardagsrehabilitering var og kva det kunne føre til. Dette kunne bidra til pårørende var med å motivere brukaren når helsepersonell ikkje var tilstade og dermed styrke motivasjonen og vidare bidra til meistring hos brukaren. I tillegg var involvering av pårørende med på å skape ein meir heilskapleg tilnærming til brukaren. Det heilskaplege synet er viktig både når ein arbeidar i heimesjukepleia og med kvardagsrehabilitering (Fjortøft, 2012; Solheim, 2006).

Informasjon er ein rett brukaren har (Pasrl., § 3-5, 1999). Sjukepleiaren skal fremje brukarens moglegheit til å ta egne val (NSF, 2011). Ein kan trekkje parallellar mot fleire forhold. God kunnskap om noko kjem ofte av at sjukepleiaren gir riktig og tilpassa informasjon og er, slik som studiane visar, viktig både for forståing og effekt av rehabilitering i heimen. Eg har erfart at når brukaren har høgt kunnskapsnivå om eigen situasjon og forhold rundt han, vil han kunne ha meir motivasjon til å delta og dermed lettare nå mål og oppleve meistring. Desto meir forståing og kunnskap ein har om noko, jo meir kan ein forstå viktigheita og dermed oppnå ei kjensle av eigenmeistring.

Motivasjon er ein viktig faktor i rehabiliteringsprosessen (Bredland et al., 2011; Thommesen et al., 2008). Eg tenkjer sjølv om motivasjon er eit inkluderingskriterie i kvardagsrehabilitering, vil ein kunne møte brukarar som ikkje er motiverte undervegs. Dette er kanskje noko kvardagsrehabilitering kan kritisera for. Birkeland (2013) skriv at det ofte er eit motargument mot rehabilitering, men skal ikkje brukast som det – då rehabilitering ofte er noko ein må *motiverast til*. I tillegg visar studien til Ruud og Heggdal (2013) at eldre ofte manglar motivasjon til rehabilitering, relatert til eit komplisert sjukdomsbilete. Sjukepleiarane som deltok i studien, erfarte at målet var å byggje opp motivasjonen for å få ei endring gjennom deltaking og etter kvart også styring i rehabiliteringsprosessen. Dermed vert det viktig at sjukepleiaren hjelp brukaren å finne dei indre verdiane som driv han. Informasjonen vil og påverke kor stor medverknad brukaren har på situasjonen og kan dermed ha innverknad på kor stor grad han kan ta autonome val. Dermed vil tilrettelegging for god informasjon påverke brukarmedverknaden og. Brukarmedverknad er ikkje noko ein kan sjå vekk i frå, den er lovfesta og kanskje den viktigaste delen av rehabiliteringsprosessen. I følgje Jensen et al., (2007) er autonomi grunnlaget i brukarmedverknad, så dei gjenspeilar

kvarandre. Eg tenkjer at autonomi og brukarmedverknad kan bli ein motivasjonsfaktor. Når brukaren opplev autonomi, kan det føre til at han har mot til å delta i eigen livssituasjon, slik som rehabiliteringspolitikken og siktar mot.

Ved å føle seg mindre avhengig av andre, kan autonomien hos den enkelte auke. Men kva meiner eg med dette? Erfaringsmessig, opplev eg at eldre med ulike funksjonsnedsettingar, har eit ønskje om å vere sjølvhjulpen så langt det er mogleg. Når ein meistrar kvardagen sjølv, på dei områda ein ønskjer, kan dette føre til ei auka fridom. Ved å bli mindre avhengig av eit tenesteapparat, vil han kunne ha større moglegheit til å ta eigne avgjersler, dermed ha råderett over eige liv. Denne tankegangen, trur eg kan føre til at individet får auka sjølvkjensle, som igjen kan føre til auka sjølvtrillit og dermed mot til å ta kontroll over eigen livssituasjon. Om sjukepleiaren arbeidar slik at brukaren kan meistre kvardagen sjølv, vil ein kunne ivareta autonomien og fremje meistring, både i rehabiliteringsprosessen og i etterkant. Bjørkman et. Al (2013) beskriv at målet for den eldre var å gå tilbake til daglege rutinar og utføre meiningsfylte aktivitetar utan å føle seg avhengig av andre. Det er samstundes viktig å poengtere at å vere avhengig av andre, vil ein vere gjennom heile livet. Vi lev alle i eit avhengigheitsforhold til kvarandre. Kvardagsrehabilitering bidrar til at vi kan føle oss uavhengig av andre, på dei områda ein ønskjer. Fokuset skal vere på kvardags aktivitetar som brukaren sjølv tilleggar meining og ønskjer å vere uavhengig på (Ness et al., 2012).

Det kan vere lett å falle inn i ei rolle som eldre, der samfunnet, pårørande eller helsepersonell lagar seg oppfatningar av kva det inneber å vere gamal. Dette kjem og fram i studien til Ruud og Heggdal (2013). Det var utfordrande for sjukepleiaren, som ofte har eit meir tradisjonelt syn på omsorg og stell å arbeide i ein kontekst der målet er å oppnå best mogleg sjølvstende. Av erfaring møter eg ofte på utsegn som «*Du er gamal og dermed treng du hjelp*» eller «*Han har jo jobba heile livet, eg kan no berre laga frukosten din, vaske deg og sette på ei maskin med kle*». Mine tankar om dette er at sjukepleiaren alltid må vere var på kven ho trekk desse preferansane for. Mensen (2008) og Laake (2003) underbygger dette, ved å framheve at aldri i seg sjølv ikkje er ein sjukdom. I tillegg beskriv Bjørkman et. Al (2013) i sine resultat at den eldre uttrykte bevissthet om det og vere skrøpeleg, kunne det bli noko positivt. Fordi dette var ein tilstand som hjelp dei å tenkje igjennom mål for så å nå tidlegare fysisk funksjon eller tilpasse kvardagen etter nye forhold. Eg tenkjer at det er slike

tankar som ofte førar til at ein fell inn i ei «hjelpfelle». Om sjukepleiaren handlar ut i frå egne normar om kva alderdom og sjukdom kan føre til og handlar ut i frå dette, kan ein sei at ho har ein paternalistisk haldning. Om sjukepleiaren ikkje har kunnskap om kva brukaren kan klare sjølv, eller kva han ønskjer, kan ho heller ikkje ivareta autonomi og brukarmedverknad. Sjukepleiaren kan handle i beste vilje, velgjørenhet, og la brukaren få hjelp til oppgåver han sjølv kunne meistra. Men for kven er det ho gjere godt for? Tankegangen blir at ho går inn i rolla som «den som fiksar alt» for å sjølv oppnå meistringsskjensle eller «å vere god og flink». Personens moglegheit til å ta egne val og ha styring over eigen rehabiliteringsprosess er i seg sjølv ein motiverande faktor. Det er derimot ikkje lett å bli motivert når ein opplev at andre har tatt styring over eigen situasjon. Brukaren er ekspert på eige liv og ein må samarbeide om å delta og finne hensiktsmessige løysningar. (Skaug og Andersen, 2008; Bredland et al., 2011).

4.2 Sjukepleiaren og kvardagsrehabilitering

Sjukepleiaren har ofte, etter mi erfaring, vanskeleg for å finn sin plass i rehabiliteringsarbeidet. Ormstrup (2012) skriv at dette er tilfelle og i kvardagsrehabilitering, då det ofte vert framstilt som eit terapeutarbeid. Kanskje det er vanskeleg å identifisere dette med eigen yrkesrolle, når sjukepleiaren ofte har eit tradisjonelt syn på pleie og omsorg? Samstundes framhev sjukepleiarane i studien til Ruud og Heggdal (2013) at dei ofte fungerte som knutepunktet i eit tverrfagleg team. Rehabilitering er i grunnfunksjonen til sjukepleiaren. Det som er viktig å poengtere er at sjukepleiaren sine funksjonar generelt, skiljar seg ikkje frå kva ho gjere i kvardagsrehabilitering. Dette inneber blant anna eit ansvar i å styrke brukaren sine ressursar, eigenmeistring og ivareta grunnleggjande behov. Ho skal bidra til tryggleik, velvære og tillit (NSF, 2011; Ness et al., 2012; Nortvedt et al., 2008).

Personleg opplev eg ofte kor utfordrande det kan vere ikkje å ta over, i enkelte situasjonar, spesielt kanskje når ein arbeidar med eldre. Eldre treng ofte meir tid til å utføre handlingar, og det er naudsynt at sjukepleiaren tar omsyn til aldringsprosessen dei er i. Sjukepleiaren skal vere vegleiaren, assistenten og rådgevareren. Sjukepleiarane som deltok i eine studien skildrar at det er ein balansegang å ivareta eldres behov utan å ta over for mykje. Dette inneber å sjå den einskilde sine ressursar og støtte der det var behov, ofte «Å jobbe med

henda på ryggen». Sjukepleiaren må setje seg inn i ein posisjon der ho kontinuerleg vurderar relevansen av sitt bidrag i relasjon til personen ho jobbar med (Ruud og Heggdal, 2013).

Dermed er det viktig at brukaren tek sjukepleiaren sitt bidrag i bruk i eigen utvikling. Dette kan bidra til å gje brukaren reel innverknad og kontroll over eigen situasjon og etter kvart ei kjensle av meistring. Eg tenkjer det er viktig at sjukepleiaren forstår kva som ligg i omgrepa autonomi, brukarperspektiv og medverknad og kva dei har å sei for rehabiliteringsarbeidet. Ho må skape ein likeverdige dialog og ein bærande relasjon, deretter kan ho sjå potensialet av det å vere autonom etterkvart som tillitsforholdet utviklar seg. Ho må vere opptatt av å løyse problem saman med brukaren, slik at autonomien vert løfta fram.

Ein anna utfordring for sjukepleiaren kan vere tidsaspektet. Eksempelvis kan dette vere om at brukaren og teamet har avtalt at han skal opne døra sjølv når dei kjem. Om heimesjukepleia er innom seinare på dagen, har dei tid til å vente eller skal brukaren gjere det sjølv? Dette kan verke lite i større samanheng, men for brukaren kan det vere viktig i forhold til å føle seg sett og ivaretatt av alle som er involvert i hans prosess.

Samhandlingsreforma utfordrar kommunane til å setje inn *rett tiltak, på rett stad og til rett tid*. Min erfaring er at tidsaspektet ofte vert nytta som eit motargument når noko nytt skal innførast. Sjukepleiaren og andre kolleager stillar seg kritisk til gjennomføring, i ein elles så hektisk kvardag. I følgje Gustaffson et al., (2010) og Ness et al., (2012) krev kvardagsrehabilitering mykje tid i byrjinga, men det frigjere tid på sikt. Dermed er det viktig å ikkje nytte tid som eit argument mot kvardagsrehabilitering. Sjukepleiaren må sjå gevinsten i det. I tillegg erfarar eg ofte at når ein arbeidar med eldre, er god prioritering av tida viktig. Rehabilitering hos eldre krev lenger tid og ein vellukka rehabiliteringsprosess, krev at ein tar omsyn til aldringsprosessen (Romøren, 2008; Laake, 2003; Krohne og Bergland, 2003 og Ruud og Heggdal, 2013). Dilemmaet her blir, - har vi tid til dette?

Avisa Nordland (NA) skriv ein artikkel om Magny (82) som før ho fekk kvardagsrehabilitering, hadde 11,5 timar heimesjukepleie i veka. No har ho 10 minuttar i månaden. Denne artikkelen visar at kvardagsrehabilitering kan vere utruleg bra. Dette førar til at Magny har ein ny rådrett over eige liv. Ho er ikkje lenger avhengig av å vente på heimesjukepleia om morgonen før ho kan stå opp. Det er ikkje lenger ulike personar som er inn og ut av huset, og dei fysiske og psykiske grensene er ikkje lenger i fare for å avgrensa. Ho har fått innfridd meir tid til å kunne gjere aktivitetar som er viktige i livet sitt og har fridom til å ta egne val og

dermed eit betre utgangspunkt for ha råderett over eige liv. Eg har lest fleire slike historier, men og andre med ulikt utfall. I Danmark (Danske Fysioterapeutar, 2013) kjem historia om ein mann på 77 år, med store funksjonsnedsettingar og ei kone som var erklært invalid. Han søkte om heimehjelp, men fekk avslag. Han fekk då tilbod om kvardagsrehabilitering – der han sjølv skulle lære å svinge kosten utan å belaste kroppen. Han tok i mot tilbodet, men følte seg støyta av kommunen. Han uttrykte at det var kommunen som meinte at dette skulle gjere han lukkeleg, han fekk jo «ansvar for eige liv». Om ikkje desse kan få litt praktisk hjelp til å vere «lengst mogleg i eige liv», kven kan?

Det skal vurderast om brukaren har eit rehabiliteringspotensial, før pleie og praktisk bistand gis (Gustaffson et al., 2010; Haar, 2013). Mine tankar er at vi må forhindre at dette tilbodet og blir ein «standardpakke» utan individuell tilpassing. Dette er i følge Wilde og Glendinning (2012) ein utfordring rundt re-ablement og. Det er ein risiko at det vert for lite fokus på individuelle prosessar som skal fremje sjølvstende og deltaking. Sjukepleiaren og andre samarbeidspartnarar har eit ansvar her. Ein må bruke kvardagsrehabilitering sine unike kvalitetar, som kan ivareta autonomi, integritet og brukarmedverknad. Konseptet skal individuelt tilpassast den enkelte sine behov. Det som fungerer hos ein brukar, kan verke motsett hos andre.

5 Veikskap og styrke

Det er fleire styrker ved oppgåva mi. Eg har med mykje litteratur og nytta primærkjelder. Temaet mitt aktuelt i dagens samfunn og eg er personleg veldig engasjert i det eg skriv om. I Noreg er det både oppstart og planlegging av fleire større forskingsprosjekt og utgiving av bok om kvardagsrehabilitering. Dette gir oppgåva mi ei styrke, fordi det aktualiserer problemstillinga, men og ein veikskap då eg ikkje har hatt tilgang på kunnskap som kunne gitt oppgåva eit anna utfall.

Eine studien er frå England, noko som kan vere negativt grunna at Norsk helsevesen er bygd opp ulikt. Eg kan ha gått glipp av noko undervegs eller mistolka resultat. Sidan eg ikkje har arbeida med kvardagsrehabilitering, kan dette føre til at forståinga mi ikkje er brei nok. Hadde eg skrivet oppgåva på nytt, ville tverrfagleg samarbeid og pårørande blitt meir vektlagt.

Rettleiar har gitt meg god hjelp undervegs og eg er nøgd med oppgåva sitt innhald og avgrensing, der eg følar problemstillinga er drøfta opp mot litteraturen. Eg har fått ei auke i forståing for kva kvardagsrehabilitering er og kva utfordringar som kan føreligge ved å ivareta autonomien, når rehabiliteringa føregår i heimen.

6 Konklusjon

I denne oppgåva har eg tatt for meg korleis sjukepleiaren kan sikre autonomien til brukaren gjennom rehabiliteringsprosessen i kvardagsrehabilitering. For at dette skal la seg gjere, er det naudsynt at sjukepleiaren gir brukaren og pårørande tilpassa og god informasjon frå byrjing til slutt. Ho har eit ansvar med å ivareta det individuelle og styrke brukarens eigenmeistring. For å oppnå dette er det essensielt at ho styrkar motivasjonen til brukaren, ved å finne indre krefter som driv han. Kvardagsrehabilitering er ein arbeidsmetode som kan ivareta autonomien hos brukaren. Dette førespeilar at sjukepleiaren tar vare på den unike tydinga heimen har og visar respekt, når heimen og er ein arbeidsplass. Rehabiliteringsdelen set fokus på kva den enkelte ønskjer, der brukaren får ein aktiv rolle i eige liv. Dette kan bidra til ein auke i fridom og dermed eit betre utgangspunkt for å ta avgjersler som er autonome. Metoden og målet bidreg til at brukaren kan aktivt delta i eige liv og kva moglegheiter han har sjølv til å delta. Dette førar til at sjukepleiaren må balansere sitt faglege ansvar, og samstundes fremje at brukarens innverknad på eigen situasjon skal vere førande gjennom rehabiliteringsprosessen. Ho må skape ein god relasjon gjennom ein likeverdig dialog og ivareta heilskapen.

Lover og forskrifter seier lite om korleis ein direkte skal sikre brukarmedverknad og autonomi. Forsking kan gje oss ny eller auka kunnskap om eit område, dermed er det mykje avhengig sjukepleiarens utøving i praksis. Dette fordi den einskilde sin rehabiliteringsprosess er individuell og må sjåast i eit samspel med den eldre sin aldringsprosess, motivasjon og ressursar. Både sjukepleiaren og brukaren står over nye og store utfordringar, blant anna tidsaspektet og holdningsendring. Sjukepleiaren må bistå brukaren til å utnytte sine eigne ressursar best mogleg, og ikkje gjere han til ein passiv tenestemottakar. Ofte ligg den største omsorgsressursen hos brukaren sjølv.

Litteraturliste

- Birkeland, A. (2014). Aktiv mestring i hjemmesykepleien. *Sykepleien*, 102(03) 44-47.
- Bjørkman, R. K., Asplund, K., Svedlund, M & Paulsen, M. (2013). Activity and Participation in Home Rehabilitation: Older People and Family members Perspectives. *Journal of Rehabilitation Medicine*. 45(2), 211–216 doi: 10.2340/16501977-1085.
- Bredland, E. L., Linge, O. A., & Vik, K. (2011). *Det handler om verdighet og deltakelse - verdigrunnlag og praksis i rehabiliteringsarbeid* (3. utg.). Oslo: Gyldendal Akademiske.
- Brinchmann, S. B. (2008). De fire prinsippers etikk – velgjørenhet, ikke skade, autonomi og rettferdighet. B. S. Brinchmann (Red.). *Etikk i sykepleien*. (2. utg.). (s. 81-96). Oslo: Gyldendal Akademiske.
- Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving* (5 . utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Danske Fysioterapeuter. (2013). Hverdagsrehabilitering - tegn på manglende respekt for de eldre? Hentet 27. April 2014 frå <http://fysio.dk/fafo/Fagbloggen/Hverdagsrehabilitering--tegn-pa-manglende-respekt/>
- Department of Health. (2010). *Reablement: a guide for frontline staff*. Henta frå <http://www.opm.co.uk/wp-content/uploads/2014/01/NEIEP-reablement-guide.pdf>
- Eide, H & Eide, E. (2007) *Kommunikasjon i relasjoner; samhandling, konfliktløsning og etikk*. Oslo: Gyldendal Akademiske.
- Fjørtoft, K. A. (2012). *Hjemmsykepleie - ansvar , utfordringer og muligheter* (2. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Forskrift om habilitering og rehabilitering. (2011). *Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator*. Hentet frå <http://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2011-12-16-1256>

Gustafsson, U., Gunnarsson, B., Sjøstrand B. Å & Grahn, B.(2010). *Hemrehabilitering för äldre i olika stora kommuner – upplevd kvalitet, funktionsförändring, organisationsförutsättningar, resursförbrukning och statliga stimulansmedels betydelse för utvecklingen*. (FOU – rapport nr. 11/2010). Kronoberg: Socialstyrelsen).

Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering. (2008-2011). Helse og omsorgsdepartementet (Særtrykk av St.prp. nr. 1 (2007-2008), kapittel 9). Henta frå <http://www.regjeringen.no/upload/HOD/SHA/Særtrykk%20av%20St.prp.nr.1%20kapittel%209.pdf>

Helse og omsorgstenesteloven. (2011). *Lov om kommunale helse – og omsorgstjenester m.m.* Henta frå <http://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>

Hverdagsrehabilitering. (udatert). I *Facebook* (Deling av kunnskap og erfaringer om hverdagsrehabilitering). Henta 9. april 2014 frå <https://www.facebook.com/#!/groups/441685639191444/>

Haar, H. K. (2013) Etiske dilemmaer ved hverdagsrehabilitering. *Ergoterapeuten nummer 2*.

Jensen, L., Petersen, L., & Stokholm, G. (2007). *Rehabilitering. Teori og praksis*. København: Fagl's Forlag .

Kjellberg, K. P., Kjellberg, J., & Ibsen, R. (2011). *Fra pleje og omsorg til rehabilitering – erfaringer fra Fredericia Kommune*. (Publikasjon frå Dansk Sundhetsinstitut: København, DSI projekt). Henta frå http://www.etf.dk/sites/default/files/uploads/public/documents/Hverdagsrehabilitering/dsi_evaluering_fredericia_projekt_september_2011.pdf

Kjellberg, P. K., Kjellberg, J., Ibsen, R., & Christensen, T. L. (2012). Hverdagsrehabilitering i praksis: Erfaringer fra Fredericia 2008-2010. *Ergoterapeuten* (55), s. 24-8.

Kristoffersen N.J, Nortvedt, F og Skaug, E. A (2008). Om sykepleie. I N. J., Kristoffersen, F. Nortvedt og E. A., Skaug (red.) *Grunnleggende Sykepleie - bind 1* (s. 13-27). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

- Krohne, K & Bergland, A. (2012). Rehabilitering for god alderdom. I P. K. Solvang & Å. Slettebø (Red.), *Rehabilitering* (s. 232-244). Oslo: Gyldendal Akademiske.
- Landstad, T. (2013) Før hadde hun 11,5 timer hjemmesykepleie i uka. Nå har hun ti minutter i måneden. *Avisa Nordland*. Henta frå <http://www.an.no/nyheter/article6300732.ece>
- Lingås, G.L. (2005). *Over andres dørstokk- yrkesetikk i arbeid hjemme hos klienter og pasienter*. Oslo: Kommuneforlaget.
- Laake, K. (2003) *Geriatrici i praksis*. (4.utg.), Oslo: Gyldendal Akademiske.
- Meld. St. 16 (2010-2011). (2011). *Nasjonal helse- og omsorgsplan: 2011-2015*. Henta frå <http://www.regjeringen.no/pages/16251882/PDFS/STM201020110016000DDDPDFS.pdf>
- Meld. St. 29 (2012-2013), (2012). *Morgondagens omsorg*. Henta frå <http://www.regjeringen.no/pages/38301003/PDFS/STM201220130029000DDDPDFS.pdf>
- Mensen, L. (2008). Biologisk aldring. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb, & H. A. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie - god omsorg til den gamle pasienten* (ss. 51-56). Oslo: Gyldendal Akademiske .
- Månsson, M. (2007). *Hemrehabilitering: vad, hur och för vem?* Stockholm: Fortbildning AB/Tidningen Äldreomsorg.
- Ness, E. N., Laberg, T., Haneborg, M., Granbo, R., Færevaa, L & Butli, H. (2012). *Rapport om hverdagsrehabilitering og hverdagsmestring*. Norsk Ergoterapeut Forbund, Norsk Sykepleier Forbung og Norsk Fysioterapeut Forbund. Henta frå <http://ergoterapeutene.org/Ergoterapeutene/aktuelt/Nyhetsarkiv/Rapporten-Hverdagsmestring-og-hverdagsrehabilitering-overlevert-departementet>
- NOU 2011: 11. (2011). *Innovasjon i omsorg*. Henta frå <http://www.regjeringen.no/pages/16597652/PDFS/NOU201120110011000DDDPDFS.pdf>

- NOU 2004:18. (2004). *Helhet og plan i sosial- og helsetjenestene: Samordning og samhandling i kommunale sosial- og helsetjenester*. Henta frå <http://www.regjeringen.no/Rpub/NOU/20042004/018/PDFS/NOU200420040018000DDDPDFS.pdf>
- Normann, T., Sandvin, T. J & Thommesen, H. (2008). *Om rehabilitering – mot en helhetlig og felles forståelse?* (2.utg.). Oslo: Kommuneforlaget.
- Norsk sykepleierforbund. (2011). *Yrkesetiske retningslinjer i sykepleiere*. Henta frå https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf
- Nortvedt, W. M. Jamtvedt, G. Graverholt, B & Reinart, M. L. (2008). *Å arbeide og undervise kunnskapsbasert*. Oslo: Norsk Sykepleierforbund.
- Olsson, H og Sørensen, S. (2009). *Forskningsprosessen – Kvalitative og kvantitative perspektiver*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Ormstrup, S. (2012). *Hverdagsrehabilitering - Alene et terapeut-projekt?* Henta frå http://www.type2dialog.dk/Files/Billeder/PDF/Artikler/Hverdagsrehabilitering_alene_et_terapeutprojekt.pdf
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter*. Henta frå <http://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Rambøll. (2012). *På oppdrag for helsedirektoratet – undersøkelse om rehabilitering i kommunene: erfaringer med tilbud gitt i pasientens hjem/vante miljø* (Rapport IS-0365). Oslo: Helsedirektoratet. Henta frå http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/undersokelse-om-rehabilitering-i-kommunene-erfaringer-med-tilbud-gitt-i-pasientens-hjemvante-miljo/Publikasjoner/Unders%C3%B8kelse%20om%20rehabilitering%20i%20kommunene_erfaringer%20med%20tilbud%20gitt%20i%20pasientens%20hjemvante%20milj%C3%B8.pdf
- Romøren, I. T. (2008). Eldre, helse og hjelpebehov. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb, & H. A. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie - god omsorg til den gamle pasienten* (ss. 29-37). Oslo: Gyldendal Akademiske.

- Ruud, B. M & Heggdal., K (2013). Sykepleie – en balansekunst i rehabiliteringsprosessen. Klinisk sygepleje. 27(3), 31-41.
- Røkenes, H. O., & Hanssen, H. P. (2006). *Bære eller bryte - kommunikasjon og relasjon i arbeid med mennesker* (2. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Skaug, A. E & Andersen D. I. (2008). Beslutningsprosesser i sykepleie. I N. J., Kristoffersen, f. Nortvedt og E. A., Skaug (red.) *Grunnleggende Sykepleie - bind 1* (s. 184.214). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Slettebø, Å & Giske, T. (2005). Etikk i relasjon til hjemmesykepleie. Å. Slettebø (Red.). *Etiske utfordringer og kvalifikasjonskrav i helsetjenesten*. (s. 23-43). Kristiansand: Høyskoleforlaget.
- Solheim, M. (2006). Min heim er mi borg – og hjelparen er på pasienten sin arena. M. Solheim & K.A. Aarheim (Red.), *Kan eg komme inn? Verdjar og val i heimesjukepleie*. (s. 88-109) (2.utg.). Oslo: Gyldendal Akademiske.
- Statistisk sentralbyrå (2012) *Befolkningsframskrivninger 2012-2100: Resultater*. Henta frå <http://www.uio.no/studier/emner/sv/oekonomi/ECON1730/h13/pensumliste/brunborg3.pdf>
- St.meld. nr. 21 (1998/1999). (1998). *Ansvar og meistring: mot ein heilskapleg rehabiliteringspolitikk*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- St. Meld. nr. 25 (2005/2006), (2005). *Meistring, moglegheiter og meining - framtidens omsorgsutfordringar*. Henta frå <http://www.regjeringen.no/Rpub/STM/20052006/025/PDFS/STM200520060025000DDPDFS.pdf>
- St. Meld. Nr. 47 (2008/2009), (2008). *Samhandlingsreformen - rett behandling på rett sted til rett tid*. Henta frå <http://www.regjeringen.no/pages/2206374/PDFS/STM200820090047000DDPDFS.pdf>

Wilde, A & Glendinning, C (2012). If they're helping me then how can I be independent?' The perceptions and experience of users of home-care re-ablement services. *Health & Social Care in the Community*, 20(6), 583-590. doi:10.1111/j.1365-2524.2012.01072.x

Aakre (2007). *Prioriteringer i kommunehelsetjenesten – utvalgte tema*. (Rapport frå helsedirektoratet, kapittel 4) Henta frå

<http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/rapport-om-prioritering-i-kommunehelsetjenesten-utvalgte-tema/Publikasjoner/rapport-om-prioritering-i-kommunehelsetjenesten-utvalgte-tema.pdf>

Vedlegg 1

Database	Søkeord	Avgrensing	Treff	Brukt	Studie design
PubMed	«Home rehabilitation» AND «autonomy» AND «Older People» AND «Qualitative»	Siste 10 år	6	« <i>Activity and participation in home rehabilitation: older people and family members perspectives</i> » av Randstrøm, Asplund, Svedlund og Paulson, 2013.	Kvalitativ
Cinahl	«Re-ablement»	Siste 10 år	15	« <i>If they're helping me then how can i be independent? The perceptions and experiences of users of home care re-ablement services</i> » av Wilde og Glendinning, 2012	Kvalitativ
Svemed +	«Sykepleie» og «Rehabiliteringsprosess».	Siste 10 år	1	« <i>Sykepleie – en balansekunst i rehabiliteringsprosessen</i> ». Av Ruud og Heggdal frå 2013.	Kvalitativ
Svemed +	«Hverdagsrehabilitering»	Siste 10 år	4	Ingen forskning	
Svemed +	«Hemrehabilitering»	Siste 10 år	2	Ingen relevante	
Cinhal	«Nurse» AND «Role» AND «Rehabilitation» OR «Home Rehabilitation» AND «Older People».	Siste 10 år	9	Ingen relevante	