



**Høgskulen
på Vestlandet**

BACHELOROPPGÅVE

Korleis kan ein som vernepleiar vera med å leggja til rette for kvardagsrehabilitering hjå heimebuande eldre?

How can a social educator help to facilitate restorative home support to elderly home residents?

Bachelor i vernepleie

BSV5-300

Avdeling for samfunnsfag

Institutt for barnevern, sosialt arbeid og vernepleie

26 mai 2017

Ord: 9973

Kandidatnummer 133

Thea Granli

Eg stadfestar at arbeidet er sjølvstendig utarbeida, og at referansar/kjeldetilvisingar til alle kjelder som er brukt i arbeidet er oppgitt, *jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 10.*



Høgskulen på Vestlandet

Avtale om elektronisk publisering i Høgskulen på Vestlandet sitt institusjonelle arkiv (Brage)

Eg gir med dette Høgskulen på Vestlandet løyve til å publisere oppgåva (Korleis kan ein som vernepleiar vera med å leggja til rette for kvardagsrehabilitering hjå heimebuande eldre?) i Brage dersom karakteren A eller B er oppnådd.

Eg garanterer at eg har opphav til oppgåva, saman med eventuelle medforfattarar. Opphavsrettsleg beskytta materiale er nytta med skriftleg løyve.

Eg garanterer at oppgåva ikkje inneheld materiale som kan stride mot gjeldande norsk rett.

Ved gruppeinnlevering må alle i gruppa samtykke i avtalen.

Fyll inn kandidatnummer og namn og set kryss:

Thea Granli

JA

NEI

”Hemmeligheten i all hjelpekunst...

Vil jeg virkelig lykkes i å veilede et menneske mot et bestemt mål, må jeg først og fremst passe på å finne ham der hvor han er, og begynne akkurat der. Dette er hemmeligheten i all hjelpekunst. Enhver som ikkje kan det, lurar seg selv når han tror han kan hjelpe den andre”.

- Søren Kirkegaard (1813-1855)

Samandrag

Bakgrunn: Gjennom utdanninga har eg hatt praksis i den kommunale heimetenesta, som introduserte meg for kvardagsrehabilitering som arbeidsmetode. Temaet for oppgåva blir difor kvardagsrehabilitering.

Problemstilling: "Korleis kan ein som vernepleiar vera med å leggja til rette for kvardagsrehabilitering hjå heimebuande eldre?".

Hensikt: Å auka kunnskapen om kvardagsrehabilitering som arbeidsmetode, og korleis me som vernepleiarar kan leggja best mogleg til rette for god kvardagsrehabilitering.

Metode: Oppgåva er eit litteraturstudium. Data er samla inn gjennom litteratur frå pensum, sjølvvalt litteratur, fagartiklar og forskingsartiklar. Forskingsartiklane som er brukte er henta frå databasane Oria, Idunn, Biblioteket.dk, Google Scholar og Helsebiblioteket.

Resultat: Eg har funne fram til tre forskingsartiklar og ei masteroppgåve som skal hjelpe meg med å svara på problemstillinga. Gjennom drøftingsdelen har eg kome fram til tre punkt som kan hjelpe oss som vernepleiarar med å leggja til rette for kvardagsrehabilitering for heimebuande eldre. Det fyste handlar om å skapa ein god relasjon til brukaren. Det andre handlar om å setja brukaren og brukaren sine mål først. Det tredje handlar om at me som helsepersonell kjem til brukarane til avtalte tider.

Summary

Background: Throughout my education I've been a trainee at the municipals home care services, which introduced me to the restorative home support model as a working method. Which is why the theme for my bachelor's thesis is restorative home support.

Topic question: "How can a social educator help to facilitate restorative home support to elderly home residents".

Purpose: Gain more knowledge of restorative home support as a work method, and how social educators can find good methods to facilitate for restorative home support.

Method: The bachelor's thesis is a literature study, in which the data has been collected from the programmes syllabus, self-chosen literature, and academic and research articles. The research articles used are from the databases Oria, Idunn, Bibioteket.dk, Google Schrollar and Helsebiblioteket.

Result: I've found three research articles and one master's thesis, which will help me answer my topic question. Throughout the discussion part of the thesis, I've come up to three points that can help social educators facilitate for restorative home support; the first is to create a good relationship with the user, the second is to put the user and his/hers goals first, and the third being about meeting up at agreed times.

Innholdsliste

1.0 Bakgrunn for val av tema	Side 7
1.1 Problemstilling	Side 8
1.2 Avgrensingar	Side 8
1.3 Omgrepsavklaring	Side 9
1.4 Oppgåvas oppbygging	Side 9
2.0 Metode	Side 10
2.1 Framgangsmåte	Side 11
3.0 Teoretisk grunnlag	Side 12
3.1 Kva er kvardagsrehabilitering?	Side 12
3.2 Formålet med kvardagsrehabilitering	Side 15
3.3 Livskvalitet	Side 15
3.4 Livskvaliteten hjå eldre	Side 16
3.5 Vernepleiaren si faglege rolle	Side 18
4.0 Resultat	Side 20
4.1 Artikkel 1	Side 20
4.2 Artikkel 2	Side 21
4.3 Artikkel 3	Side 22
4.4 Masteroppgåve	Side 23
5.0 Korleis kan ein som vernepleiar fremja livskvaliteten hjå heimebuande eldre gjennom kvardagsrehabilitering?	Side 24
5.1 Relasjon	Side 24
5.2 Kva er viktige aktivitetar i livet ditt nå?	Side 27
6.0 Oppsummering	Side 30
7.0 Litteraturliste	Side 31

1.0 Bakgrunn for val av tema

Tema for denne studien er kvardagsrehabilitering i den kommunale heimetenesta.

Kvardagsrehabilitering er eit tema som er på den politiske dagsordenen og har fått mykje merksemd dei seinare åra (Meld. St. 29, 2012). Kvardagsrehabilitering er eitt av tiltaka innan den kommunale helse- og omsorgstenesta, som skal hjelpa oss med å vera betre førebudde for å takla framtidens utfordringar i helsesektoren (Meld. St. 29, 2012). Oppgåva skal ta føre seg korleis me som vernepleiarar kan leggja til rette for kvardagsrehabilitering i heimesjukepleia.

I åra som kjem vil det skje endringar i aldersfordelinga i befolkninga. Mange snakkar om "eldrebølga" som kjem inn over landet om nokre år. Den visar til at delen eldre kjem til å auka i dei kommande åra, medan delen yrkesaktive i same periode ikkje stig tilsvarende (Meld. St. 29, 2012). Dette fører med seg utfordringar som av at tilgangen på arbeidskraft blir mindre, samtidig som befolkningas behov for helsetenester aukar. Leiaren av utvalet bak Innovasjon i omsorg, Kåre Hagen, uttalte følgjande på Arendalskonferansen i 2011: "Omsorgskrisa skapes ikke av eldrebølgen, men av forestillingen om at omsorg ikke kan gjøres annerledes enn i dag" (Ness, Laberg, Haneborg, Granbo, Færvaag & Butil, 2012, s. 1). Han har eit godt poeng i det han uttalar seg om her, kanskje løysinga er å tenkja nytt? Som eit verktøy for å kunna løysa dei kommande utfordringane, presenterte regjeringa Samhandlingsreforma gjennom Stortingsmelding 47 (2009). Formålet med samhandlingsreforma er å betra folkehelsa og å betra helse- og omsorgstenestene på ein bærekraftig måte (Meld. St. 47, 2009). Måten ein ville oppnå dette på, er å førebygge meir, behandle tidlegare og betre samhandling (Meld. St. 47, 2009).

Nokre år seinare kom Stortingsmelding, Morgondagens Omsorg (Meld. St. 29, 2012). Formålet var å peika på kva som kan gi brukarane av helse- og omsorgstenestene nye moglegheiter til å klara seg betre i kvardagen. Føremålet med kvardagsrehabilitering er å sjå den enkelte person som ein ressurs som både vil og kan delta i sitt eige liv lengst mogleg (Øygarden, 2013, s.13). Ein ringverknad er at den eldre kan bu heime lengre. Når ein veit

dette kan ein forstå at kvardagsrehabilitering er ei god løysing som bidreg til å fremma gode og bærekraftige helse- og omsorgstenester.

Danmark er komme langt med å setja i gang kvardagsrehabilitering, lengre enn det me her i Norge har. Dokumenterte rapportar frå Danmark visar til at kvardagsrehabilitering kan bidra til auka jobbtfredse hjå helsepersonell og førar til meir bærekraftig utvikling for kommunane, sjølv om dette ikkje er hovudmålet (Tuntland & Ness, 2014, s. 29). Når det visar seg at kvardagsrehabilitering bidreg til både kvardagsmeistring og deltaking for brukarane, auka jobbtfredse for helsepersonell og auka innsparing for kommunen, må kvardagsrehabilitering vera ei vinn-vinn-løysing som alle partar tenar på (Tuntland & Ness, 2014, s.29).

Kvardagsrehabilitering er noko eg tenkjer er interessant, og den grunnleggjande haldningsendringa den fører med seg har eg trua på. Tema for oppgåva blir difor kvardagsrehabilitering, med fokus på korleis me som vernepleiarar kan leggja til rette for kvardagsrehabilitering i heimesjukepleia.

1.1 Problemstilling

På bakgrunn av den informasjonen eg har, har eg valt å formulera problemstillinga slik:

”Korleis kan ein som vernepleiar vera med å leggja til rette for kvardagsrehabilitering hjå heimebuande eldre?”

1.2 Avgrensingar

Kvardagsrehabilitering kan vera aktuelt for alle heimebuande personar som opplever utfordringar i å delta i sine kvardagsaktivitetar (Tuntland & Ness, 2014, s. 30). I denne oppgåva vil det vera fokus på heimebuande eldre, og kva me som helsepersonell kan gjera for å leggja til rette for ei best mogleg kvardagsrehabilitering. Eg vil finna ut kva som har motivert dei eldre under kvardagsrehabiliteringsprosessen. På denne måten kan ein finna ut korleis ein som vernepleiar kan gi eit best mogleg tilbod. Kvardagsrehabilitering er eit kommunalt tilbod som blir gitt av heimesjukepleia. Som vernepleiar vil ein møta

kvardagsrehabilitering gjennom eit tverrfagleg team i den kommunale heimesjukepleia.

Kvardagsrehabilitering er ein arbeidsmetode som omhandlar fleire viktige kjenneteikn, som tverrfagleg samarbeid, meistring og motivasjon hjå brukaren, brukarmedverknad og empowerment. Eg skal ikkje gå inn på alt, men eg skal ha fokus på meistring, motivasjon og livskvalitet.

1.3 Omgrepsavklaring

For å få ei betre forståing av oppgåva ser eg det fornuftig å først definera nokre omgrep eg vil nytta seinare i oppgåva.

Heimetrenarar

Heimetrenarar er som oftast tilsette i den kommunale heimetenesta. Det kan både vera sjukepleiarar, vernepleiarar og helsefagarbeidarar med opplæring. Mål er at heimetrenarar skal gå til faste personar og hjelpa dei med å komma i gong med treninga (Tuntland & Ness, 2014).

Kvardagsmeistring

I rapporten *"Hverdagsmestring og kvardagsrehabilitering"* har dei valt å definera kvardagsmeistring som *"eit førebyggjande og rehabiliterande tankesett som vektlegg den enkeltes mestring i kvardagen uansett funksjonsnivå"* (Ness, Laberg, Haneborg, Granbo, Færvaag & Butil, 2012, s. 16). Kvardagsmeistring er det grunnleggjande tankesettet som styrar kvardagsrehabiliteringa (Ness, Laberg, Haneborg, Granbo, Færvaag & Butil, 2012, s.16).

1.4 Oppgåvas oppbygging

Etter innleiinga kjem ein methodedel, så ein teoridel, resultatdel, drøftingsdel og til slutt kjem avslutninga. Etter kapittelet om bakgrunn for val av tema, kjem methodedelen der eg visar kva metode eg har brukt. I teoridelen kjem eg inn på teori om kvardagsrehabilitering, livskvalitet og vernepleiaren si faglege rolle. I resultatdelen kjem ein presentasjon av dei tre forskingsartiklane og den eine masteroppgåva eg skal bruka for å drøfta problemstillinga i

drøftingsdelen. I drøftingsdelen tek eg også opp relevant teori frå teoridelen og døme frå eigen erfaring, før avslutninga.

2.0 Metode

Ein metode fortel oss korleis ein skal gå fram for å få ny eller etterprøve kunnskap (Dalland, 2012). Dalland visar til sosiologen Vilhelm Aubert som definerer metode slik: *"En metode er en framgangsmåte, et middel til å løse problem og komme fram til ny kunnskap"* (2012, s.111). I denne oppgåva har eg brukt litteraturstudie som metode for å drøfta problemstillinga. Det er fordi det allereie finnest mykje relevant litteratur som kan brukast til å belysa problemstillinga eg har valt.

Litteraturstudie som metode har både fordelar og ulemper. Fordelen er at det er mogleg å samla inn store mengder data på kort tid (Dalland, 2012). Dette gjer at det er forholdsvis enkelt å samla inn den kunnskapen ein treng. Dette er viktig i framtidig yrke, då me som vernepleiarar er pålagte til å halda oss fagleg oppdaterte (Helsepersonellova, 1999). Ei ulempe med litteraturstudie som metode er at ein må stola på forfattarens tolkingar og funn i forskinga (Forsberg & Wengström, 2013). Ei anna ulempe er at det kan vera vanskeleg å finna primærkjelda fordi mange viser vidare til andre kjelder i tekstane sine (Dalland, 2012).

Kjeldekritikk er ein måte å vurdere kjelda på, og om den er relevant for å kunna hjelpa oss i å finna svar på den gitte problemstillinga (Dalland, 2012). For å kunna gjennomføra eit godt litteraturstudie er ein avhengig av at det er forskning av god kvalitet, som er fagfelleurdert, som kan hjelpa oss med å finna svar på dei spørsmåla me har. Eg søkte systematisk og måtte vurdere alle studiane etter kva metode som blei brukt. Etter kvart som eg las meg opp på tema fann eg fleire nye faguttrykk som førte til meir presise søkeord.

Eit klart mål med ein litteraturstudie er at det ein brukar av informasjon, er gyldig og truverdig informasjon. Dalland beskriv oppgåver som har gyldigheit og truverd for å ha god validitet (2012, s.52). Validitet blir difor ein viktig faktor når ein skal velja ut kva for ein forskning ein skal nytta i oppgåva og ikkje. Dalland beskriv også omgrepet Reliabilitet (2012). Reliabilitet tyder påliteleg, og handlar om at målingar må utførast korrekt, og at eventuelle

feilmarginar skal opplysast om (Dalland, 2012, s.52).

2.1 Framgangsmåte

Den første faglitteraturen om emnet eg las var på praksisplassen, det var då interessa for kvardagsrehabilitering starta å veksa. Etter kvart som eg las, fann eg ei problemstilling eg kunne bruka for at eg lettare kunne bruka databasane for meir spesifikke søk. I databasen brukte eg søkeord som eldre, rehabilitering, hverdagsrehabilitering, livskvalitet, helsepersonell, erfaring, selvstendig, heimebuande og kvardagsmeistring. Søkeorda blei brukt i ulike kombinasjonar og eg prøve berre å plukka ut studie av nyare dato. Då eg søkte fekk eg mange treff, for å grovsortera las eg først overskriftene. Vidare såg eg nærare på dei studiane som eg tenkte hadde relevans for problemstillinga, og satt meg betre inn i desse.

Databasen som er brukt for å finna ulik primær- og sekundærlitteraturen heiter Oria, og høyrer til Høgskulen i Sogn og Fjordane. Eg har også brukt Academic Search Elite, Idunn, Google Scholar, Bibliotek.dk og Helsebiblioteket.

Academic Search Elite

Denne brukte eg for å finna ein bestemt artikkel. Då søkte eg på tittelen og fekk opp den artikkelen eg skulle bruka. Forskingsartikkelen heiter "If they're helping me then how can I be independent? The perceptions and experience of users of home-care reablement services" (Wilde & Glendinning, 2012).

Idunn

Eg søkte på "hverdagsrehabilitering" og "erfaring". Då fekk eg fem treff, der eitt av treffa var relevante. Artikkelen eg fann her heiter "Eldres erfaringar med hverdagsrehabilitering" (Jokstad, Landmark, Hauge & Skovdahl, 2016).

Google Scholar

Eg søkte på "hverdagsrehabilitering" og "kunnskap". Då fekk eg opp 131 treff, og fann eit dokument som heiter "En oppsummering av kunnskap, Hverdagsrehabilitering". Denne var relevante i og med at den hadde referert til artiklar som var relevante. Seinare brukte eg

danske søkeord, "ældre" og "hverdagsrehabilitering, då fann eg ein fagartikkel som heiter "Ældres oplevelse af hverdagrehabilitering" (Hansen, Eskelinen, Rahbæk & Helles, 2015).

Eg har gjort mitt beste for at all informasjon presentert i denne oppgåva er truverdig, men eg vil ikkje utelukke at det kan ha skjedd feil, då noko av litteraturen er på dansk og engelsk. Om det skal ha skjedd feil er det min språkforståing som er årsaken. Undervegs i arbeidet måtte eg stilla meg sjølv spørsmålet om dei studia eg har brukt er forskingsartiklar eller om dei berre er fagartiklar. Eg har valt å bruka både fagfelleverderte forskingsartiklar og ei masteroppgåve. Masteroppgåva valte eg å bruka fordi den handlar om eldre sine erfaringar med kvardagsrehabilitering, som er relevant for å svara på problemstillinga.

Denne oppgåva presenterer ikkje noko ny forskning, det betyr at all teori som kjem fram i oppgåva berre er basert på andre si forskning. Dette inneber at ein opptrer kritisk til dei etiske vala forskarane har gjort i samband med personvern, taushetsplikt og anonymisering.

3.0 Teoretisk grunnlag

I dette kapittelet vil det bli presentert teori som er relevant for å gi svar på problemstillinga. Teorien som presenterast har til hensikt å gjera greie for korleis ein som vernepleiar kan leggja til rette for ein god kvardagsrehabilitering. Eg vil også gå inn på livskvalitet då dette underbyggjer kor viktig det er å ha eit tilbod som kvardagsrehabilitering.

3.1 Kva er kvardagsrehabilitering?

I boka *Rehabilitering* blir rehabilitering definert som "Tidsavgrensa, planlagde prosessar med klare mål og verkemiddel, der fleire aktørar samarbeider om å gi nødvendig assistanse til brukaren sin eigen innsats for å oppnå best mogleg funksjons- og mestringsevne, sjølvstende og deltakingssosialt og i samfunnet" (Solvang & Slettebø, 2012, s. 16). Rehabilitering handlar altså om å arbeida for å få tilbake funksjonar ein tidlegare hadde. Kjellberg, Hauge-Helgestad, Madsen og Rassmussen har i sin rapport, "Kortlægning af kommunernes erfaringer med rehabilitering på ældreområdet" (2013), definert kvardagsrehabilitering slik:

"Hverdagsrehabilitering er den fællesbetegnelse, som kommunerne bruger til beskrivelse af de tilbud om rehabilitering, der er målrettet borgere i hjemmeplejen, og som gennemføres i borgerens hjem eller nærmiljø med henblik på at forbedre borgernes funktionsevne og gøre dem mere selvhjulpne i dagligdagen". (s.26)

Tuntland og Ness gir utrykk for skepsis til den danske definisjonen (Tuntland & Ness, 2014). Dei meiner definisjonen er noko vid og upresis, fordi den ikkje skil seg frå den tradisjonelle heimerehabiliteringa. Tuntland og Ness har saman prøvd å formulera ein betre definisjon i si bok, *Hverdagsrehabilitering* (figur 1).

Definisjon av hverdagsrehabilitering

Hverdagsrehabilitering innebærer

- At en starter med spørsmålet: "Hva er viktige aktiviteter i livet ditt nå?".
- Målrettet og intensivt fokus på hverdagsaktiviteter som personen selv tilegger betydning.
- Tidlig, tidsavgrenset innsats i personens hjem eller nærmiljø.
- Styrket involvering og samhandling mellom ergo- og fysioterapauter og personell i hjemmetjenestene.
- Økt selvhjulpenhet i daglige gjøremål, slik at personen fortsatt kan bo hjemme, være aktiv i eget liv og delta sosialt og i samfunnet.
- Et tankesett om at personen selv styrer deltakelse og hverdagsmestring.
- Mulighet for inkludering av aktuelle nærpå personer, pårørende og frivillige.

Figur 1 (Tuntland & Ness, 2014, s.26).

Denne definisjonen inneheld alt det kvardagsrehabilitering handlar om. I motsetning til den danske definisjonen tar denne definisjonen føre seg viktigheita av å ha brukaren i sentrum.

Meistring

I kvardagsrehabilitering er meistring eit nøkkelord, og der kvardagsmeistring er det styrande tankesettet (Ness, Laberg, Haneborg, Granbo, Færvaag & Butil, 2012, s. 16). Om ein skal kunne leve eit sjølvstendig liv og bu heime så lenge som mogleg, er det avgjerande at ein meistrar dette (Øygarden, 2013). I boka *Helsepedagogikk: samhandling om læring og mestring* er meistring definert slik:

”Mestring dreier seg i stor grad om opplevelsen av å ha krefter til å møte utfordringer og følelsen av å ha kontroll over eget liv. Aktiv og god mestring hjelper deg til å tilpasse deg den nye virkligheten, og setter deg i stand til å se forskjellen på det du kan leve med og det du selv kan være med på å endre” (Vifladt & Hopen, 2004, s.61).

Ein ser at det er ein samanheng mellom fysiske, sosiale og kognitive dimensjonar som kan påverke ein persons oppleving av meistring og sjølvkjensle (Øygarden, 2013, s.17). Ein naturleg del, som følgje av at kroppen blir eldre, er at ein opplever å mista funksjonar ein hadde før (Krikevold, Brodtkorb & Hysten, 2010). Eldre opplever ofte at sjukdomar og funksjonsnedsettingar reduserer moglegheita for sosial deltaking på bestemte arenaer, noko som igjen har innverknad på brukarens sjølvkjensle (Øygarden, 2013, s.17). Det er difor det er så viktig at ein jobbar saman med brukaren mot eit mål som har ein spesiell verdi for brukaren sjølv.

Motivasjon

For at kvardagsrehabilitering skal gi resultat må brukaren ha motivasjon til å få til ei endring, og dermed vera villig til å gjera det som må til for at ei endring skal skje. Alle handlingar me gjer har ein bakgrunn eller ei årsak (Håkonsen, 2010). Håkonsen definerer i si bok, *Innføring i psykologi*, motivasjon som *”eit samlebegrep for de krefter som igangsetter og vedlikeholder atferd og gir atferden retning”* (2010). Håkonsen skil mellom den indre og den ytre styrte motivasjonen. Når ei handling er ytre motivert er grunnlaget for handlinga at personen gjer noko som er forventet, eller oppnår noko som han eller ho ser på som ein gevinst, som til dømes eit styrka sjølvbilde eller ros frå andre (Håkonsen, 2010, s.94). Når ein handling er indre motivert blir atferda utført for eigen del, og der personen ikkje har til hensikt å oppnå noko anna enn at handlinga skal utførast (Håkonsen, 2010, s.94). Den indre motivasjonen har større kraft enn den ytre og at den indre motivasjonen ofte blir snakka om som den naturlege motivasjonen (Renolen, 2015, s.67). Indre motiverte personar er engasjerte i aktivitetar som dei er interesserte i, opplever som tilfredstillande, utfordrande eller morosame, og gjer desse aktivitetane av eigen fri vilje (Renolen, 2015, s.68). Ein må ha som mål at brukarane i ein kvardagsrehabiliteringsprosess har indre motivasjon for å nå målet.

Det er difor det er så viktig at brukaren sjølv er med å bestemma kva målet skal vera.

3.2 Formålet med kvardagsrehabilitering

Kvardagsrehabiliteringens primære føremål er å fremma kvardagsmeistring og deltaking for den enkelte. Tuntland og Ness skriv i si bok, *Hverdagsrehabilitering*, at deltaking i kvardagslivet gir helsegevinst ved at det bidreg til å bevare fysiske, kognitive, emosjonelle og sosiale funksjonar (2014). Den enkeltes oppleving av nytteverdi, engasjement og meining for aktiviteten skal leggja grunnlaget, og dette dannar utgangspunktet for kva ein skal jobbe vidare med (Tuntland & Ness, 2014, s.74).

Føremålet med kvardagsrehabilitering er ikkje berre det å kunna bu lengst mogleg heime, det er snarare ein ringverknad. Det handlar i størst grad om å sjå den enkelte person som ein ressurs som både vil og kan delta i sitt eige liv lengst mogleg (Øygarden, 2013, s.13).

Kvardagsrehabilitering er ein ny måte å tenkje på (Øygarden, 2013). Tradisjonelt har ein utført passiv pleie, og gjennom kvardagsrehabilitering vil ein snu trenden til ein meir aktiv innsats (Øygarden, 2013). Målet er at brukaren mest mogleg skal bli sjølvhjelpet i sin eigen kvardag (Øygarden, 2013).

3.3 Livskvalitet

Det er vanleg å tenkja at livskvalitet er korleis kvar og ein opplever sitt eige liv, og då gjerne med fokus på kva som er positivt. Livskvalitet er også eit samleomgrep for velferdas ikkje-økonomiske sider, som til dømes sosiale relasjonar, personleg tryggleik og tilfredse med livet (Barstad, 2016). Barstad skriv at det ikkje kan setjast like-teikn mellom livskvalitet og materiell levestandard (2016). Det er vanleg å måla livskvalitet ut frå kor stort brutto nasjonalprodukt landet har. Dette har fått mykje kritikk, fordi det seier ikkje noko om korleis menneska i landet har det på andre område enn akkurat på det økonomiske området (Barstad, 2016). Den økonomiske velstanden er ein viktig faktor, men det er ikkje ein avgjerande faktor for at ein skal oppleva å ha eit godt liv. I boka til Næss, Moum og Eriksen legg dei vekt på korleis ein opplever å ha det psykisk og legg ikkje vekt på det økonomiske, dei definerer då livskvalitet som : "*(...) psykiske velvære, som en opplevelse av å ha det godt* (2011, s. 15).

Det er viktig for alle å kjenna på ei psykisk velvære, og det å oppleva å ha det godt i og med seg sjølv. Kanskje handlar dette om å akseptera ein fysisk sjukdom, og å kunna leva med sjukdommen slik at den ikkje styrar for mykje av kvardagen. Det er brukarens eigne vurderingar og kjensler knytt til eige liv som vil vera i fokus. Spørsmålet blir då korleis me som vernepleiarar kan vera med på ein prosess der målet er å auka livskvaliteten hjå den enkelte, og om kvardagsrehabilitering kan vera eit godt verktøy på vegen i ein slik prosess?

Kva er formålet med høg livskvalitet?

Ein ser at personar med høg livskvalitet har betre fysisk helse og færre psykiske plagar enn personar med lågare livskvalitet (Livskvalitet og trivsel i Norge, 2016). Høg livskvalitet kan sjåast som ein viktig beskyttande faktor mot psykiske sjukdommar (Livskvalitet og trivsel i Norge, 2016). Folkehelseinstituttet skriv at: *”Livskvalitet og trivsel synes også å ha positive konsekvenser for den fysiske helsetilstanden, muligens på grunn av positive effekter på sosiale relasjoner, livsstil og helseatferd, stress, ulykkeforekomst og generell mestring, men potensielt også direkte på immunforsvaret”* (Livskvalitet og trivsel i Norge, 2016). Føremålet med å ha ein høg livskvalitet er at ein er betre rusta for belastningar som ein kan møta i framtida, i tillegg til at ein har det betre med seg sjølv.

3.4 Livskvaliteten hjå eldre

Når ein blir eldre opplever ein før eller seinare store endringar i eigen livssituasjon. Ein går frå å vera yrkesaktiv til ein meir passiv rolle som pensjonist. Ein opplever også at kroppen ikkje er som før, og dei fleste får helseproblem som fører til redusert funksjonsnivå (Kvaal, 2009). Det er ikkje uvanleg å mista ektefellen sin, noko som ifølgje Håkonsen er rangert som det mest belastande eit menneske kan oppleva (2014, s.237). Ein kan oppleva at nære venner og familie dør, og som ein følgje av dette kan mange kjenna på einsemd, og ein kan ha lett for å isolera seg. Dei fleste opplever også etter kvart å vera avhengige av hjelp for å klara seg i kvardagen (Kvaal, 2009).

Fysiske innverknadar på livskvaliteten

Krikevold, Brodtkorb og Hysten presenterer i si bok ein oversikt over hjelpebehova til dei

eldre som tek imot kommunale helse- og omsorgstenester (2010, s.31). Utifrå denne oversikta kan ein sjå at det er 65 prosent som tek imot kommunale helse- og omsorgstenester grunna ein somatisk sjukdom (Krikevold, Brodtkorb & Hysten, 2010)

At eldre opplever fysiske plagar er heilt naturleg. Biologisk aldring er eit fenomen som er felles for alle levande organismar (Krikevold, Brodtkorb & Hysten, 2010, s.31). Den biologiske aldringa er innebygd i kroppens celler og påverkar difor alle kroppens organ (Krikevold, Brodtkorb & Hysten, 2010, s.31). Difor er det heilt naturleg og forståeleg at fleirtalet av dei eldre som tek imot helse- og omsorgstenester av kommunen mottar desse på grunnlag av ein fysisk plage. Utfordringar knytte til det å ha ei fysisk plage er nettopp den forandringa i kvardagen som plaga fører med seg. Om forandringane blir store, kan det fort gå utover livskvaliteten til den enkelte.

Forsking viser at det å ha ein livsstil der ein sit mykje i ro, gir ein høgare risiko for ulike kroppslege plagar (Bahr, 2015). Det viser seg heilt klart at regelmessig fysisk aktivitet og trening både kan førebygge og redusera forskjellige aldersrelaterte fysiske og psykiske forandringar (Bahr, 2015, s. 62). Sjølv om kroppen blir eldre gjennom den biologiske aldringa, er kroppen framleis i stand til å betra både kondisjon, balanse, styrke og rørsle (Bahr, 2015, s.62). Om ein driv kondisjonstrening kan dette påverka risikofaktorane for hjarte- og karsjukdommar (Bahr, 2015, s.62). Styrketrening gir auka muskelmasse, noko som fører til ein betre funksjonsevne (Bahr, 2015, s.62). Fysisk aktivitet og trening påverkar også beinmassen og balansen, koordinasjonen og rørslene, og reduserer dermed risikoen for fallulukker og brot (Bahr, 2015, s.62). Ein veit at førebygging er meir effektivt enn behandling, så det å passa på å vera i regelmessig fysisk aktivitet er eit godt førebyggjande tiltak for å utsetja sjukdommar hjå eldre.

Psykiske innverknadar på livskvaliteten

Det er ikkje berre fysiske lidningar som kan påverke kvardagen til dei eldre (Engedal, 2014). Psykiske plagar kan også vera vel så utfordrande. Statistisk sentralbyrå har undersøkt menneske i alderen 67-79 år, om dei var plaga av såkalla nervøse lidningar. Undersøkinga bestod av ei liste med 25 spørsmål om ulike symptom på psykiske plager (Eldre i Norge, 1999). Dei ti første spørsmåla var utforma for å fanga opp angst, medan dei 15 neste skulle avdekka depresjon (Eldre i Norge, 1999, s.46). Resultatet av undersøkinga viste at 65 prosent

av dei som blei spurte hadde minst eitt symptom på lista (Eldre i Norge, 1999). Det er ikkje dermed sagt at 65 prosent av dei eldre har ein psykisk sjukdom, men denne undersøkinga visar snarare at det er stor førekomst av enkelte symptom på at ein ikkje har det heilt greitt psykisk.

I England og Wales har dei gjennomført ei interessant undersøking. Der ser ein at førekomsten av depressive lidingar for eldre som bur på sjukeheim var 27 prosent. Samanlikna var førekomsten av depressive lidingar berre 9,3 prosent for heimebuande eldre (Kvaal, 2009). Denne undersøkinga visar at det å kunna få bu heima så lenge som mogleg har stor innverknad på den psykiske helsa vår. Dette kan ein knyta opp til livskvalitet. Om ein tek utgangspunkt i denne undersøkinga kan det sjå ut som at eldre som bur heime har høgare livskvalitet enn dei som bur på sjukeheim. Denne undersøkinga er inga fasit, snarare ein peikepinn.

Kjersti Vik viser i sin studie til forskning som ser på kva verknad aktivitet har på eldre menneske (2012). Ho viser til forskning som seier at aktivitet og deltaking i eige liv er viktig for eldre, og forskning som seier at om eldre har ei aktiv rolle i sin eigen kvardag vil dei få ein betre livskvalitet (Vik, 2012). Forsking viser at eldre som er aktive lever også lenger, har betre fysisk og psykisk funksjon, og dei som held på med fritidsaktivitetar er mindre deprimerte (Vik, 2012).

3.5 Vernepleiaren si faglege rolle

Som vernepleiar har ein gjennom utdanninga tileigna seg kunnskap om det å auka menneske sin livskvalitet gjennom miljøarbeid, habiliterings- og rehabiliteringsarbeid (Utdanning.no, 2017). For ein vernepleiar er det viktig å jobba for at menneske med ulike behov får hjelp til å styrka kvardagen sin (Utdanning.no, 2017). Med denne kompetansen kan ein vernepleiar vera eit godt tilskot som ein del av eit tverrfagleg team som arbeidar med kvardagsrehabilitering.

Relasjonskompetanse

Relasjonskompetanse er ein viktig del vernepleiarfaget. Det å få til ein endringsprosess er ein

stor del av jobben vår og det er her relasjonskompetansen kjem inn. Om brukaren har vanskelege relasjonar rundt seg, vil dette i stor grad påverke negativt på moglegheitene for endring hjå vedkommande (Håkonsen, 1999, s.146). Om ein derimot har gode relasjonar rundt seg kan detta bidra til å fremma moglegheitene for positiv endring (Håkonsen, 1999, s.146). Når ein som vernepleiar veit dette kan ein prøva å oppnå god relasjon med den ein skal hjelpa, som kan føra til at brukaren blir meir aktiv i sin eigen endringsprosess (Håkonsen, 1999, s.146). Ein slik relasjon krev at vernepleiaren har gjensidig respekt til brukaren, og at vernepleiaren har kunnskapar om korleis ein skal forholde seg til brukaren på ein hensiktsmessig måte (Håkonsen, 1999, s.146).

Korleis leggja til rette for kvardagsrehabilitering?

Første bod om ein ønskjer å lukkast med eit tiltak ein set i gang, er å leggja godt til rette for at tiltaket skal fungera. Altså, om ein ønskjer at kvardagsrehabilitering skal fungera, er det viktig at alt ligg til rette for at resultatet skal bli best mogleg. Spørsmålet blir difor, korleis kan ein vernepleiar leggja til rette for å oppnå eit best mogleg resultat hjå brukaren?

Først av alt er det viktig med kartlegging. Kartlegging innanfor kvardagsrehabilitering har tre føremål, å identifisera mål, å beskriva nåverande funksjonsnivå hjå brukar og å måla endring over tid (Tuntland & Ness 2014, s.89). Dette gjer ein for å kunna sjå om det har skjedd endring, anten til det betre eller til det verre. Kvardagsrehabilitering er ein tidsavgrensa prosess, så det å veta om det skjer ei endring hjå brukaren gir oss eit bilde på om dei tiltaka som er sett i gang har hatt positiv verknad (Tuntland & Ness 2014). Om endringa hjå brukaren har hatt positiv verknad, er det eit resultat av gode tiltak, som igjen vitnar om at me som helsepersonell har gjort ein god jobb. Kartlegginga vert gjort som eit ledd i det å gi fagleg forsvarleg og kunnskapsbaserte tenester (Tuntland & Ness 2014).

For at ein skal kunna leggja best mogleg til rette for kvardagsrehabilitering, er det fleire forhold som må vera til stades. Fleire av desse er administrative, slik som økonomi og prioriteringar, ressursar i form av tverrfagleg personale og ein leiar som er positiv til arbeidsforma (Tuntland & Ness 2014). Om ein er uheldig kan dette vera forhold som kan hindre god kvardagsrehabilitering. Ei løysing kan vera meir informasjon og kunnskap både til leiaren og personalet (Tuntland & Ness 2014). Kunnskap bidreg ofte til ei forståing, som igjen

kan føra med seg motivasjon og ei positiv innstilling. At både leiaren og personalet har ei positiv haldning til kvardagsrehabilitering, er viktig for at det skal fungera. Om personalet er positive kan den positive innstillinga smitte over på brukaren.

4.0 Resultat

Her kjem ei framstilling av dei forskingsartiklane eg vil bruka for å belysa problemstillinga. Eg har valt ut desse artiklane fordi eg synest dei får godt fram kva erfaringar dei eldre har gjort seg med kvardagsrehabilitering. Metoden i dei fira artiklane verkar til å vera truverdig. Tre av artiklane er fagfelleverderte forskingsartiklar. Den siste er ei masteroppgåve.

4.1 Artikkel 1

Dette er ein dansk studie utført av Eigil Boll Hansen, Leena Eskelinen, Marie Ørts Rahbær og Julie Nolsøe Helles, som blei publisert i 2015. Artikkelen heiter "Ældres oplevelse af hverdagsrehabilitering".

Føremålet med studien: Kunne få ein djupare forståing av korleis eldre, med forskjellig bakgrunn, opplever kvardagsrehabilitering. Resultata frå studien kan vera til hjelp for korleis ein praktiserer kvardagsrehabilitering i framtida.

Metode: Studien er kvalitativ der forfattarane har gjennomført intervju med 35 eldre menneske som har erfaring med kvardagsrehabilitering. Studien blei gjennomført i tre forskjellige danske kommunar.

Hovudfunn: I studien er det fleire forhold som går igjen hjå dei som blei intervjuet. Til dømes det å oppnå same funksjonsnivå som det dei hadde før, og det å bli sjølvhjulpen med mobilitet og personleg stell, viste seg å vera mål og ønske som går igjen hjå dei fleste. Studien peikar også på at den hjelpen som dei eldre fekk gjennom kvardagsrehabilitering gjorde kvardagen og den kritiske situasjonen enklare å handtera (Hansen, Eskelinen, Rahbær & Helles, 2015, s.66). På vegen mot å bli sjølvhjulpen i kvardagen nemner brukarane kva betyding heimetrenerane har hatt for dei. Fleire av dei eldre seier i intervjuet at heimetrenerane har vore ein god støtte og at utan dei hadde dei ikkje klart å nå måla sine.

Sonja på 90 år seier at heimetrenarane har vore i godt humør og klart å oppmuntra ho til å komma ovanpå igjen. Ros frå heimetrenarane blir løfta fram som positivt for motivasjonen undervegs. Den fagleg kompetansen til heimetrenarane spelar også ei rolle. I intervju kjem det fram at dei eldre har lært nye ting om eigen kropp som dei ikkje visst frå før, gjennom samtale med heimetrenarane. Til slutt kan dei eldre peika på at besøk av heimetrenarane gjev trygghet, gjennom at dei kjem til faste tider. Heimetrenarane gjev også sosial kontakt. Fleire av dei som blei intervjuja fortalte at dei hadde eit lite sosialt nettverk og hadde stor glede av at heimetrenarane kom innom.

4.2 Artikkel 2

Denne forskingsartikkelen er ein norsk studie av Kari Jokstad, Bjørg Th. Landmark, Solveig Hauge og Kirsti-Iren Skovdahl. Artikkelen blei publisert i 2016 i tidskriftet for omsorgsforskning. Artikkelen heiter "Eldres erfaringer med kvardagsrehabilitering. Meistring og muligheter –krav og støtte i et dynamisk samspill".

Føremålet med studien: Beskrive og utforske eldre personars erfaringar med kvardagsrehabilitering.

Metode: Studien er kvalitativ der forfattarane har gjennomført individuelle semistrukturerte intervju med fem personar mellom 74 og 85 år som har erfaring med kvardagsrehabilitering. Alle fem hadde hatt eit plutselig funksjonsfall og hadde eit samansett sjukdomsbilde (Jokstad, Landmark, Hauge & Skovdahl, 2016).

Hovudfunn: Sjølv om ein ikkje har trua på egne moglegheiter og ressursar i startfasen er det framleis mogleg å gjennomføra ein vellukka rehabiliteringsprosess. Det kjem fram at brukarens tru på egne moglegheiter og ressursar blir styrkt gjennom at helsepersonell stiller krav samtidig som dei gjev støtte. Studien peikar også på kor viktig det er med ein god relasjon mellom heimetrenarane og brukaren. Ein ser ein samanheng mellom relasjon og motivasjon. Er relasjonen god, er også ofte motivasjonen stor. Til slutt trekker studien fram at det er viktig med oppfølging etter at kvardagsrehabiliteringa er over. Studien visar ikkje til

kva denne oppfølginga i så fall skal innebera.

4.3 Artikkel 3

Dette er ein studie frå England. Studien heiter "'If they're helping me then how can I be independent?' The perceptions and experience of users of home-care re-ablement services", og er skriven av Alison Wilde og Caroline Glendinning (2012).

Føremålet med studien: Undersøke kva brukarar og dei som arbeidar med å utføra kvardagsrehabilitering synest om tilbodet, både positivt og negativt. Resultata vil bidra til meir informasjon gjennom eit brukarperspektiv som gjer det enklare å seinare gjennomføra god kvardagsrehabilitering.

Metode: I studien blei det gjennomført kvalitative intervju med 34 brukarar av kvardagsrehabiliteringstenesta frå fem forskjellige kommunar i England. Det blei også gjennomført kvalitative intervju med ti tilsette som arbeidde med å gi kvardagsrehabilitering. Intervjua blei gjennomført i 2010.

Hovudfunn: Gjennom intervjua kom ein fram til fem element som gjekk igjen i det dei eldre formidla. Det første er viktigheita av å få klar informasjon, gjerne skrifteleg og munnleg, om kva kvardagsrehabilitering er før ein startar. Dette var noko som gjekk igjen, og berre eit fåtal av dei som blei intervjua kunne hugsa å ha blitt informerte om tilbodet. Dette resulterte i stor frustrasjon og forvirring då dei eldre hadde ei forventning om tradisjonell heimesjukepleie. Det andre som gjekk igjen var at fleire ikkje følte dei fekk vera med å bestemma måla sine sjølv. Dei nemnte at dei tilsette prioriterte sine mål, som til dømes personleg hygiene. Brukarane meinte at det å vera uavhengig er subjektivt, og mål skal bli bestemt utifrå den enkelte sine ønske. Om ikkje, meinte dei at kvardagsrehabilitering mista si mening. Det tredje handla om tid. Det at heimetrenarane hadde nok tid til brukaren, spelte ei stor rolle for brukarens motivasjon. Då handla det ofte om tida på døgnet heimetrenarane kom på. For dei eldre som likte å sova lenge, var det viktig at heimetrenarane kom om føremiddagen i staden for tidleg på morgonen. Også det sosiale var noko av det dei eldre verdsette. Kommenterar frå dei eldre viste til det gode selskapet dei

fekk då heimetrenarane var der. Det siste som gjekk igjen var det å inkludera familien og ektefellen. Dette var til hjelp både for forståinga av kvardagsrehabiliteringa og på motivasjonen med det at ein hadde kjente folk rundt seg som støtta ein.

4.4 Masteroppgåve

Denne studien er skriven av Berit Haukås i 2015. Tittelen er "Eldres erfaringer med hverdagsrehabilitering, forhold som fremmer og hemmer deltagelse i betydningsfulle hverdagsaktivitetar". Dette er ikkje ein forskingsartikkel, men eg vel å ta denne med fordi undersøkinga Haukås har gjort kjem med innspel som er nyttige for meg i arbeidet med å svara på problemstillinga.

Føremålet med studien: Bidra til meir innsikt i brukarerfaringar knytt til kvardagsrehabilitering (Haukås, 2015).

Metode: Studien er kvalitativ, og det blei samla inn data gjennom intervju med seks eldre personar som har vore tenestemottakarar av kvardagsrehabilitering (Haukås, 2015). Alle dei seks som blei intervjuet var over 60 år og hadde gjennomført kvardagsrehabilitering i 3-4 veker.

Hovudfunn: Studien visar til kva indre og ytre forhold som har hatt betydning for deltaking i kvardagsrehabiliteringa (Haukås, 2015). Dei som blei intervjuet løfte fram trygghet som ein viktig indre faktor. Fire av dei seks hadde opplevd fall som hadde ført til brot. For desse sette frykta for nye fall ein stoppar for det å kunna utføra aktivitetar som dei fysisk sett var i stand til å meistra. Gjennom dei 3-4 vekene med kvardagsrehabilitering kunne alle informantane visa til større opplevd trygghet i kvardagen. Dei fortalte at støtta dei hadde fått gjennom kvardagsrehabiliteringa var med på å fremma trygghet, som igjen gav eigenmeistring. Betydinga av motivasjon er også ein del av dei indre forholda som gjekk igjen hjå informantane. Gjennom intervjuet kjem det fram at ros og oppmuntring frå heimetrenarane gav motivasjon for å fortsetta med treninga. Ein av informantane sa også at ho trena meir enn det som blei forventa, då med stor tru på seg sjølv om å oppnå målet sitt. Av ytre forhold kjem det fram at både det sosial kontakt, støtte og oppfølging av helsepersonell har

hatt mykje å seia for ei vellukka kvardagsrehabilitering.

5.0 Korleis kan ein som vernepleiar vera med å leggja til rette for kvardagsrehabilitering hjå heimebuande eldre?

I denne delen vil eg bruke funna frå dei ulike artiklane og teorien eg har presentert til å drøfta problemstillinga. Som tidlegare nemnt vil eg ta føre meg kva som har motivert dei eldre i kvardagsrehabiliteringsprosessen. Slik vil eg gi eit forslag på korleis me som vernepleiarar kan leggja til rette for kvardagsrehabilitering. Eg vil ta opp viktigheita av relasjonen mellom helsepersonell og brukar, og korleis ein skal følgja prinsippa for kvardagsrehabilitering på ein best mogleg måte.

5.1 Relasjon

Gjennom kvardagsrehabilitering ønskjer ein å setja i gong ein endringsprosess med mål som er viktig for brukaren sjølv (Tuntland & Ness, 2014). Ifølgje Håkonsen er relasjon ei viktig brikke i det å få i gang ein endringsprosess av positiv art (1999). Om me som helsepersonell klarar å skapa ein god relasjon med brukaren, trur eg dette vil gjera kartlegginga enklare. God relasjon vil då gjera det enklare å identifisera mål, å beskriva nåverande funksjonsnivå og å måle endring over tid (Tuntland & Ness, 2014). Både hjå Hansen, Eskelinen, Rahbæk og Helles (2015), Jokstad, Landmark, Hauge og Skovdahl (2016), Haukås (2015) og Wilde og Glendinning (2012) går dette med relasjonar igjen. Kort summert blir støtta, godt humør, oppfølging, trygghet og tru på brukaren løfta fram som døme på gode relasjonar.

I studien til Hansen, Eskelinen, Rahbæk og Helles spurte dei informantane om kva relasjonen mellom dei og heimetrenarane hadde hatt å seia for deira motivasjon mot det å bli sjølvhjulpen i daglegdagse aktivitetar (2015, s.62). Det eine som blei løfta fram var at heimetrenarane har vore positive og har hatt godt humør. *"(...) De har alle sammen været i godt humør og været glade og. Og selv opmuntret en til at komme overpå igjen. Det har de været gode til"* seier Sonja på 90 år (Hansen, Eskelinen, Rahbæk & Helles, 2015, s.62). Den faglege kompetansen har også vore ein motiverande faktor. Slik at den hjelpen som blir gitt er truverdig. Solveig 74 år seier: *"(...) Og de har været gode til at lære mig nogle ting, som jeg*

ligesom ikke kunne. Det har jeg været rigtig glad ved” (Hansen, Eskelinen, Rahbæk & Helles, 2015, s.63). For fleire i undersøkinga ser ein også at besøk av heimetrenarane også gjev trygghet. *”Det har jeg tænkt mig, jeg vil beholde så længe jeg kan. Der er ikke noget der. For når jeg ikke har børn og så videre rundt omkring mig, så er der ikke så mange til at holde øje med mig”* seier Svend på 86 år (Hansen, Eskelinen, Rahbæk & Helles, 2015, s.64).

I studien til Wilde og Glendinning ser ein døme på at relasjonen kan ha vore dårleg heilt frå starten av. Fleire av informantane peikar på at dei ikkje blei fortalt godt nok kva tilbodet om kvardagsrehabilitering gjekk ut på. I undersøkinga kjem det fram at skrifteleg informasjon heller ikkje var bra for alle, då tre personar ikkje kunne lesa grunna synsvanskar. Korleis kan ein vernepleiar då gå fram for å sikra seg at alle kan forstå den informasjonen som blir gitt? Som ein ser gode døme på i studien til Wilde og Glendinning har ikkje alle same føresetnad for å forstå. Difor meiner eg det er viktig med tilrettelegging i måten ein gir informasjon på. Det er fleire måtar ein kan gi informasjon om kvardagsrehabilitering på. Ein kan gi det munnleg, skriftleg, visuelt gjennom å visa film og bilete, eller gjennom å sjølv visa døme på øvingar. Det visar seg at det å informera familien, slik at dei kan hjelpa med å forklara, også er til stor hjelp for at brukaren skal forstå (Wilde & Glendinning, 2012). Det kan uansett vera lurt å informera dei næraste pårørande, slik at dei veit kva som skjer. For dei aller fleste som går gjennom kvardagsrehabilitering vil pårørande spela ei rolle. Eg kan tenka meg at pårørande som ikkje kjenner til kvardagsrehabilitering muligens kan vera skeptisk, og dette kan igjen smitte over på personen som tek i mot tilbodet. Som igjen vil gå ut over resultatet.

Med dårleg informasjon kan ein lesa at fleire av dei eldre hadde ein forventning om tradisjonell heimesjukepleie, som stod i strid med det tilbodet dei fekk. Ein av informantane fortalte følgjande: *”I didn’t understand all of it... I was just told I’d get a carer coming in, in the morning, to come and help me get washed and dressed”* (Wilde & Glendinning, 2012, s.586). Ein kan stilla seg spørsmål om brukaren ikkje har skjønt kva som skal føregå. Han seier sjølv at han ikkje skjønte alt. Det kan verka som om han heller ikkje har hatt noko innflytelse på det som skjer. Kan ein då kalle dette for kvardagsrehabilitering? Slik eg ser det, står denne situasjonen i strid med prinsippa for kvardagsrehabilitering. Tuntland og Ness skriv at ein alltid skal starte med å spørja brukaren om kva som er viktige aktivitetar i livet nå

(2014, s.26). Eg tenkjer at føremålet med å stilla eit slikt spørsmål er for at brukaren skal kjenna eigarforhold til det tilbodet han får. Om brukaren gjer det, trur eg sjansen er større for at brukaren får ein indre motivasjon til å gjennomføra kvardagsrehabiliteringa. Den indre motivasjonen har større kraft enn den ytre, og blir ofte snakka om som den naturlege motivasjonen (Renolen, 2015, s.67). Eg tenkjer at dette understrekar berre kor viktig det er at me som helsepersonell følgjar prinsippet om å spørja brukaren om kva som er viktige aktivitetar i livet nå. Slik som det er gjort i døme over, der brukaren berre blei fortalt at det skulle komme ein omsorgsperson inn på morgonen og hjelpa han med morgonstellet, ser eg ikkje føre meg at han kjenner noko særleg eigarforhold eller motivasjon knytt til tilbodet. Me veit ikkje noko om kor mykje informasjon han har fått på førehand, men ein kan tenkje seg at han i alle fall ikkje har hatt ein stor forståing knytt til informasjonen han fekk. Om han hadde forstått kva kvardagsrehabilitering var, hadde han kanskje visst at han hadde hatt stor innflytelse på det tilbodet han skulle få. Dette visar kor viktig det er for oss som helsepersonell at me tek oss tid til å informera godt, og forsikra oss om at den informasjonen som blir gitt også blir forstått. For å skapa ein god relasjon, trur eg det er viktig å ta seg god tid til brukaren. Det å setja seg ned å lytta til kva brukaren har å seie trur eg er nøkkelen. Prøva å forstå situasjonen brukaren er i, og å møta brukaren akkurat der.

Ei mindre gruppe kunne melda om at dei hadde forstått kvardagsrehabilitering, og at dei hadde hatt bra utbytte. Ein kan fort forstå at frustrasjon og forvirring er ein naturleg reaksjon når ein ikkje har fått nok informasjon. Difor er det så viktig å gi god informasjon, slik at brukaren forstår kva som skjer. Dette vil eg seie er første bod om ein skal lukkast med å skapa ein god relasjon med brukaren.

I intervju som Haukås gjennomførte kjem det fram at verken framgang eller meistring av kvardagsaktivitetar hadde kome så fort hadde det ikkje vore for støtta og oppfølginga dei fekk av heimetrenarane (2015). Ein fortalte følgjande: *"det at det kom noen som dro med ut, så jeg slapp liksom gjøre ting alene betydde mye. Det er ikke så enkelt etter å ha vært så syk som jeg var"* (Haukås, 2015, s. 37). Haukås skriv at heimetrenarane blei omtalte som hyggelege og greie, og gjorde ein god jobb for å motivera dei eldre (2015, s. 49). Under intervju hadde slike kommentarar frå informantane kome uoppfordra, noko som Haukås

meiner forsterkar inntrykket av at informantane verkeleg sette pris på heimetrenarane (Haukås, 2015, s. 49).

I Haukås sine intervju ser ein at fire av seks hadde opplevd fall som førte til brot (2015). Frykta for nye fall gjorde difor at dei unngjekk aktivitetar med fallrisiko, og dei valde heller ein meir passiv kvardag (Haukås, 2015). Ein av informantane fortalde *"Jeg er veldig nervøs for å dette igjen, så jeg er veldig forsiktig med alt. (...) Jeg klarer meg jo sånn sett, men er ikke noe aktiv"* (Haukås, 2015, s.38). Slik eg ser det er dette ein typisk kandidat for kvardagsrehabilitering. Gjennom kvardagsrehabilitering får han hjelp til å bli tryggare, som igjen kan føra til at han opplever meistring. Vifladt og Hopen skriv at meistring handlar om å møta utfordringa og å kjenna at ein har kontroll over eige liv (2004, s.61). Eg tenkjer at om personen i dømet hadde fått hjelp med å kjenna seg trygg, hadde han ikkje trengt å vore så forsiktig med alt lengre og dermed blitt meir aktiv igjen. Når det gjeld livskvaliteten, ser ein at det er ein samanheng mellom fysisk aktivitet og høg livskvalitet (Livskvalitet og trivsel i Norge, 2016). Noko av svaret på dette er at regelmessig fysisk aktivitet kan førebygge og redusera forskjellige aldersrelaterte fysiske og psykiske forandringar (Bahr, 2015, s.62). Eg tenkjer då at personen i døme har mykje igjen for å bli med på kvardagsrehabilitering.

Informantane til Jokstad, Landmark, Hauge og Skovdahl peikar på at dei kjente på ein trygghet då heimetrenarane var tilstade i utfrodrande situasjonar (2016, s.217). Dei opplevde at teamet hadde tru på dei, og at dei blei akseptert sjølv med sine funksjonshemmingar (Jokstad, Landmark, Hauge & Skovdahl, 2016). Dette hadde mykje å seia for motivasjonen til å gjera noko med eigen livssituasjon (Jokstad, Landmark, Hauge & Skovdahl, 2016). Ein av brukarane sa: *"(...) At noen ville hjelpe til og få til noe er for meg den største biten av den terapien; at det var et team som jobbet for at jeg skulle bli bedre enn jeg var"* (Jokstad, Landmark, Hauge & Skovdahl, 2016, s.218). Dette visar at det å ha tru på brukaren, og ønskje å hjelpa brukaren i den situasjonen han eller ho er i, kan vera ei kjelde til motivasjon.

5.2 Kva er viktige aktivitetar i livet ditt nå?

Når ein skal starta opp med kvardagsrehabilitering rundt ein brukar er det viktig for oss som

vernepleiarar å følgja prinsippa innanfor kvardagsrehabilitering. Når ein ser på Tuntland og Ness sin definisjon av kvardagsrehabilitering, ser ein at ein alltid skal starta med å stilla spørsmålet *”-kva er viktige aktivitetar i livet ditt nå?”* (2014, s.26). Fokuset skal altså vera på aktivitetar som personen sjølv meiner har ein betydning (Tuntland, Ness, 2014). Dette kan vera det aller meste, som til dømes personleg hygiene, matlaging eller å komma seg ut av huset.

I studien til Wilde og Glendinning var det nokre av informantane som ikkje følte dei blei høyrd (2012). Ei dame fortalte at ho fekk hjelp med personleg hygiene, medan ho sjølv hadde eit ønske om å komma seg ut av huset: *”Oh, we’ll look into that’ is their favourite. I want to do something. I’m not dead. I’m only deaf”* (Wilde & Glendinning, 2012, s.588). Her ser ein at helsepersonellet har satt sine egne ønskje framføre brukaren sine, noko som står i strid med prinsippa til Tuntland og Ness for kvardagsrehabilitering (2014, s.26). Tuntland og Ness skriv at det er brukarens sjølvforståing av sitt eige liv som skal danna utgangspunktet, i tillegg til dei aktivitetane personen sjølv synest er viktig å delta i (2014, s.32). Om ein tek utgangspunkt i dette, handlar helsepersonellet feil i denne situasjonen. Situasjonen i dømet over er nok ikkje unik. Og om ein ser situasjonen gjennom helsepersonellet og for så vidt kommunen sine auge, ville nok dei helst sett at ho ville blitt sjølvhjulpen i aktivitetar som å kunna kle på seg sjølv, vaska seg sjølv, laga mat og utføra husarbeid sjølv. Dette hadde kanskje minska presset på heimetenesta. Etter eigen erfaring veit eg at det er fleire som likar at heimetenesta kjem å hjelper dei med å få dusja, og dei ser på det som ein luksus. Eg trur ikkje motivasjonen for å bli sjølvhjulpen i dusjen hadde vore stor hjå desse, sidan dei er så nøgd med slik dei har det no. Spørsmålet blir då om dei som ønskjer å få hjelp med å komma seg ut av huset får tildelt tid og ressursar til dette? Det å få hjelp til å komma seg ut av huset er jo lika mykje kvardagsrehabilitering som det å få hjelp til å bli sjølvstendig med personleg hygiene. Forskjellen er berre at om ein treng hjelp til begge deler, vil det nok vera meir økonomisk lurt av kommunen at brukarane får hjelp til å bli sjølvstendig med personleg hygiene, då dette kan letta presset på heimetenesta.

Om ein skal tenkja økonomi, trur eg det med å komma seg ut av huset også kan vera gunstig i lengda. Eg har eit døme frå eigen praksis, der brukaren hadde eit ønske om å starta å symja,

sidan dette var noko ho brukte å gjera før og hadde stor glede av. Brukaren budde langt unna bassenget og var avhengig av bil for å komma seg til dit. Bilen ho brukte var ganske høg, og i den siste tida hadde brukaren ikkje klart å komma seg inn i bilen, og dermed blei det ingen symjing. Det blei sett inn eit tverrfagleg team rundt brukaren der dei brukte kvardagsrehabilitering som metode for å løysa utfordringa. Brukaren hadde sjølv bestemt at det var dette ho ville ha hjelp med å klara. Etter nokre veker med fast treningsopplegg, kom brukar seg inn i bilen og var tilbake i symjehallen. For meg såg det ut som at prosessen med å komma seg tilbake i symjehallen førte til mykje positivt, som eg vil tru var med på å fremja livskvaliteten hjå brukaren. Blant anna fekk ho auka sosial kontakt, ho gjorde noko ho likte og fekk litt variasjon i kvardagen. Alt dette trur eg var med på å skape ein kjensle av meistring og auka livskvalitet. I tillegg fekk ho trim, noko som kanskje bidreg til at ho held seg friskare lenger og kan bu heime, i så fall vil dette vera økonomisk bra for kommunen.

Ei grunnleggjande tanke er at brukaren som er med på kvardagsrehabilitering sjølv skal styra deltakinga (Tuntland & Ness, 2014, s.26). For oss som skal yta tenesta om kvardagsrehabilitering er det viktig å spela på lag med brukaren. Dette krev at me ikkje har ein firkanta tankegang, men at me kan leggja til rette slik at brukaren ønskjer å vera med på kvardagsrehabiliteringa. Fleire av informantane i studien til Wilde og Glendinning fortalte at tidspunktet heimetrenarane kom på ikkje tok hensyn til deira vanar (2012). Informantane peikar på at heimetrenarane kjem på tidspunkt som passar dei best, til dømes tidleg på morgonen før dei har fått stått opp (Wilde & Glendinning, 2012). Wilde og Glendinning ser med fordel på at heimetrenarane avtalar faste tider saman med brukarane, slik at tida kan passe best mogleg for begge partar (2016). Den same problematikken kjem også fram i den danske studien, der seier ein av informantane: *"(...) Så kom de klokken 7, så kom de klokken 10-11. Altså, det var ikke til at holde ud. Enten var jeg ikke hjemme, eller også sad jeg her og ventede i lang tid (...)"* (Hansen, Eskelinen, Rahbæk & Helles, 2015, s.58). Eg tenkjer dette har noko med respekt for den andre si tid å gjera. Om ein ikkje veit når heimetrenarane kjem, brukar ein mykje tid på å venta, tid ein heller kunne brukt på noko anna.

Ein kritisk innfallsvinkel er om kvardagsrehabilitering er det rette å gjera. Er det verkeleg eit mål i seg sjølv at alle individ i samfunnet skal dreia mot det sjølvstendige? Biologisk aldring

er noko heilt naturleg, og dette fører med seg naturlege endringar i kvardagen for den det gjeld (Krikevold, Brodtkorb & Hysten, 2010, s.31). Er det slik at det er meir akseptabelt å kunne dusja sjølvstendig, enn det er å måtta ha hjelp med dette? For menneskjer som har levd eit lang liv kan slike endringar i kvardagen vera heilt greitt, kanskje endringane også er velkomne? Det er ein tid for alt, også for slike endringa. Blir det då feil av oss som helsepersonell å komma inn med vår norm om at det å klare seg sjølv bør vera noko ein skal leva opp til?

6.0 Oppsummering

Under arbeid med denne bacheloroppgåva har eg fordjupa meg i korleis ein som vernepleiar kan vera med å leggja til rette for kvardagsrehabilitering hjå heimebuande eldre. Gjennom arbeidet har eg sett på kva kvardagsrehabilitering er og kva som er føremålet. Eg har også tatt opp omgrepet livskvalitet fordi, slik eg ser det, går kvardagsrehabilitering hand i hand med livskvalitet. Eg har funne fram til tre forskingsartiklar og ein masteroppgåve som eg har brukt saman med teorien, for å drøfta problemstillinga.

Gjennom drøftinga har eg kome fram til tre punkt som kan hjelpa oss som vernepleiarar med å leggja til rette for kvardagsrehabilitering for heimebuande eldre. Det fyste punktet handlar om å skapa ein god relasjon. Drøftingsdelen kjem med fleire døme på korleis ein kan skape ein god relasjon til brukaren. Å ha tru på at brukaren har evne til å meistra, ha ei positiv innstilling, aksepter brukaren og jobb saman som eit team mot eit felles mål. Det kjem også fram at det å skapa tryggleik i utrygge situasjonar, ha fagleg kunnskap ein kan læra vekk og å gi informasjon på ein slik måte at brukaren forstår er viktig i det å skapa ein god relasjon. Det andre punktet handlar om å setja brukaren og brukaren sine mål i fokus. Dette gjer ein for at brukaren skal kjenne eigarskap til tilbodet han eller ho får, som igjen fører til at brukaren blir motivert. Det tredje punktet handlar om det at me som helsepersonell kjem til brukarane til avtalte tider. Drøftingsdelen kjem med døme der dette tydeleg er noko brukarane bryr seg om, og det er ikkje vanskeleg å forstå. Det handlar om å ha respekt for andre si tid. Desse tre punkta er ikkje meint som ein fasit, men snarare eit forslag til korleis ein kan velja å gå fram i ein kvardagsrehabiliteringsprosess.

7.0 Litteraturliste

Barstad, A. (1/2016). Kan det gode liv måles? *Tidsskrift for levekår og livsstil; Samfunnspeilet*.

Henta frå: <https://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/ssp/attachment/260283?ts=153847b3f58>

Bahr, R. (2015). *Aktivitetshåndboken, fysisk aktivitet i forebygging og behandling*.

Helsedirektoratet Bergen: Fagbokforlaget.

Bredland, B. L., Linge, O. A., Vik, K. (2011). *Det handler om verdighet og deltakelse*. Oslo:

Gyldendal Akademisk.

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

Eldre i Norge. (1999). *Statistisk Sentralbyrå*. Henta frå:

<http://www.ssb.no/a/publikasjoner/pdf/sa32/sa32.pdf>

Engedal, K. (2014). *Alderdomssykdommer*. Store Norske leksikon. Henta frå:

<https://sml.snl.no/alderdomssykdommer>

Forsberg, C., Wengström, Y. (2013). *Att göra systematiska litteraturstudier*. Stockholm: Natur och Kultur.

Hansen, E., B. (2015). *Ældres deltagelse i hverdagsrehabilitering –muligheder og udfordringer*. KORA: København.

Hansen, E., B., Eskelinen, L., Rahbæk, M., Ø., Helles, J., N. (2015). *Ældres oplevelse af hverdagshabilitering*. KORA: København.

Haukås, B. (2015). *Eldres erfaring med hverdagsrehabilitering*. (Mastergradavhandling, Universitetet i Stavanger), B. Haukås, Stavanger.

Helsepersonellova. (1999). *Lov om helsepersonell*. Henta frå:

https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64/KAPITTEL_4#KAPITTEL_4

Hustoft, M. (2013). *Selvstendig, trygg og aktiv*. Stavanger kommune, avdeling for oppvekst og levekår.

- Håkonssen, K.M. (1999) *Mestring og relasjon, psykologi med eksempler frå sykepleie*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Håkonssen, K. M. (2010) *Innføring i psykologi*. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Håkonssen, K.M. (2014) *Psykologi og psykiske lidelser*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Jokstad, K., Landmark, B., T., Hauge, S., Skovdahl, K., I. (2016). "Eldres erfaringer med hverdagsrehabilitering. Mestring og muligheter –krav og støtte i et dynamisk samspill". *Tidsskrift for omsorgsforskning, årgang 2, nummer 3*.
- Kirkevold, M., Brodtkorb, K., Hysten, A. (2010). *Geriatrisk sykepleie, god omsorg til den gamle pasienten*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kjellberg, K. P., Hauge-Helgestad A., Madsen, M. H., og Rasmussen, S. R. (2013). *Kortlægning af kommunernes erfaringer med rehabilitering på ældreområdet*. Henta frå <https://sundhedsstyrelsen.dk/da/udgivelser/2013/~media/68CD1891EDC24AA29EDD0A4B7065E7F.ashx>
- Kvaal, K. (1/2009). Depresjon hos eldre. *Geriatrisk sykepleie; tidsskrift for sykepleie i geriatri og demens*. Henta frå: https://www.nsf.no/Content/759616/Geriatrisk%20Sykepleie%201_2009.pdf
- Lerdal, A., Fagermoen, M. S. (2011). *Læring og mestring –et helsefremmende perspektiv i praksis og forskning*. Oslo: Gyldendal Akademiske.
- Livskvalitet og trivsel i Norge. (2016). *Folkehelseinstituttet*. Henta frå: <https://www.fhi.no/fp/psykiskhelse/psykiskhelse/livskvalitet-og-trivsel-i-norge/>
- Meld. St. 29 (2012-2013). (2013). *Morgendagens omsorg*. Henta frå <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-29-20122013/id723252/sec2>
- Meld. St. 47 (2008-2009). (2009). *Samhandlingsreformen –rett behandling –på rett sted –til rett tid*. Henta frå <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-47-2008-2009-/id567201/sec2>

- Ness, N. E., Laberg, T., Haneborg, M., Granbo, R., Færvaag, L., Butil, H. (2012)
Hverdagsmestring og hverdagsrehabilitering. Rapport ved prosjektgruppe
”Hverdagsrehabilitering i Norge.
- Næss, S., Moum, T., Eriksen, J. (2011). *Livskvalitet, forskning om det gode liv*. Bergen:
Fagbokforlaget.
- Renolen, Å. (2015). *Forståelse av mennesker –innføring i psykologi for helsefag*. Bergen:
Fagbokforlaget
- Samuelsen, M. (2015). *Eldres opplevelser med hverdagsrehabilitering – en kvalitativ
intervjustudie*. (Mastergradavhandling, Høgskolen i Buskerud og Vestfold), M.
Samuelsen, Drammen.
- Solvang, P. K., Slettebø, Å. (2012). *Rehabilitering*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Tuntland, H., Ness, N. E. (2014). *Hverdagsrehabilitering*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Tønnessen, M. Demografi. *Store norske leksikon*. Henta frå <https://snl.no/demografi>
- Utdanning.no. (2017). Kunnskapsdepartementet. Henta frå:
<https://utdanning.no/yrker/beskrivelse/vernepleier>
- Vifladt, E. H. & Hopen, L. (2004). *Helsepedagogikk: samhandling om læring og mestring*.
Oslo: Nasjonalt Kompetansesenter for læring og mestring ved kronisk sjukdom.
- Vik, K. (1/2012). Aktivitet og deltakinelse for eldre –et middel for å nå helsepolitiske mål om
aktiv aldring. *Ergoterapauten*.
- 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 serices*". Heslington:
University of York.
- Øygarden, R. B. (2013). *Innføring av hverdagsrehabilitering i norske kommuner*.
(Mastergradavhandling, Universitetet i Nordland), R. B. Øygarden, Nordland.