



HØGSKOLEN STORD/HAUGESUND

# EKSAMENSINNLEVERING

---

Emnenavn: **Sjukepleie, forskning og fagutvikling -  
Bacheloroppgave**

Emnekode: **SYKHB3001**

Eksamensform: Prosjektoppgave

Leveringsfrist: 20.02.15 kl 14.00

Kandidatnr.: 51

Antall ord: 7363

## ***Hverdagsrehabilitering som arbeidsmetode***

*Hvordan kan hverdagsrehabilitering bidra til at bruker opplever økt selvhjulpenhet i hverdagen?*

## ***Home-based rehabilitation as a working method***

*How can home-based rehabilitation contribute to increase the patient independency in the daily life?*

## Sammendrag

**Bakgrunn:** I Norge står en foran store helseutfordringer innen helsesektoren. Flere eldre øker betraktelig, og det vil bli økende behov for hjemmesykepleie. Hverdagsrehabilitering har som målsetting at brukerne skal kunne leve et verdig liv i hjemmet, så lenge som mulig. Fokus på brukerens behov, og at brukeren er delaktig er hovedprinsipper i hverdagsrehabilitering. Der en skal unngå passiviserende tjenester.

**Problemstilling:** *Hvordan kan hverdagsrehabilitering bidra til at bruker opplever økt selvhjulpenhet i hverdagen?*

**Hensikt:** Å øke kunnskap om hverdagsrehabilitering som arbeidsmetode, og hvilke faktorer som kan påvirke hvordan bruker kan blir mer selvhjulpen i hverdagen.

**Metode:** I denne oppgaven har jeg valgt litteraturstudie som metode, da dette er kriterium i bacheloroppgaven. Data er samlet inn via pensum litteratur, selvvalgt litteratur og forskning. Artiklene som er valgt er hentet fra databasene Cinahl og PubMed.

**Resultat:** Artiklene kom frem til at det var viktig å søke hjelp på et tidlig tidspunkt og at brukeren måtte være aktiv deltakende og stå i sentrum. Pårørende spilte også en viktig rolle for at rehabiliteringen skulle lykkes, og sist men ikke minst viktigheten med det tverrfaglige samarbeidet.

**Konklusjon:** Det må bli mer fokus på tidlig intervensjon hos brukere, og sette i gang tiltak før hjelpebehovet blir for stort. Brukeren må stå i sentrum, og en må fange opp brukerens primære behov. Pårørende må involveres i ønskelig grad, for å styrke rehabiliteringen. Samtidig må det tverrfaglige teamet være godt koordinert.

## **Abstract**

**Background:** In Norway, we face major challenges in the health sector. The amounts of elders are increasing, therefor the needs of home care services also will increase. Home-based rehabilitation has a goal for the patient, to be able to live a dignifying life in their home as long as possible. Main principles in home- based rehabilitation are the needs of the patient, and that the patient takes a part of it. Therefore they try to avoid using pacifying services.

**Question:** *How can home- based rehabilitation contribute to increase the patient independency in the daily life?*

**Purpose:** To increase knowledge of home-based rehabilitation as a working method, and what factors can affect how a patient can get more independent in the daily life.

**Method:** In this task I have chosen literature study as my method, as this is a criteria in this bachelor. Information is collected via literature, self-chosen literature and research. The chosen articles are from database Cinahl and PubMed.

**Findings:** The articles made a statement that it is important to seek help at an early time, and that the patient has to be an active participant and be in the central. Next of kin also played an important role for the success of the rehabilitation, and last but not least the importance of the cooperation with the interdisciplinary team.

**Conclusion:** We have to make a bigger focus on an early intervention with the patient, and start treating the patient before the need of assistance is to high. The patient must be central in the treatment and one must capture their primary needs. Next of kin must be involved as much as they want, to strengthen the rehabilitation. At the same time the interdisciplinary team has to be well coordinated.

# Innholdsfortegnelse

<b>1.0 INNLEDNING</b> .....	<b>1</b>
1.1 BAKGRUNN FOR VALG AV TEMA .....	1
1.2 HENSIKT: .....	2
1.3 PROBLEMSTILLING.....	2
1.4 AVGRENSNING OG PRESISERING:.....	2
1.5 BEGREPSAVKLARING .....	3
1.5.1 Bruker.....	3
<b>2.0 TEORETISK PERSPEKTIV</b> .....	<b>3</b>
2.1 VALGT SYKEPLEIERTEORI .....	3
2.1.1 Omsorgsteori.....	3
2.1.2 Grunnleggende behov i rehabiliteringsprosessen .....	5
2.2 HVERDAGSREHABILITERING.....	6
2.2.1 Hvorfor hverdagsrehabilitering? .....	8
2.3 HJEMMESYKEPLEIE .....	8
2.4 TVERRFAGLIG SAMARBEID.....	9
2.5 REHABILITERINGSPLAN .....	9
2.6 MOTIVASJON.....	10
2.7 DELTAKELSE.....	10
2.8 SOSIAL STØTTE.....	11
<b>3.0 METODE</b> .....	<b>11</b>
3.1 METODEVALG.....	11
3.2 SØKEHISTORIKK.....	12
3.3 METODE- OG KILDEKRITIKK .....	12
3.4 ETISKE VURDERINGER.....	13
3.5 RESULTATER OG FUNN: .....	14
3.5.1 Oppsummering av funn: .....	15

<b>4.0 DRØFTING .....</b>	<b>16</b>
4.1 TIDLIG HJELP .....	16
4.2 FOKUS PÅ BRUKERENS BEHOV.....	18
4.3 DELTAKELSE.....	19
4.4 INVOLVERING AV PÅRØRENDE.....	20
4.5 TVERRFAGLIG SAMARBEID.....	21
<b>5.0 KONKLUSJON.....</b>	<b>24</b>
<b>LITTERATURLISTE .....</b>	<b>25</b>

## 1.0 Innledning

### 1.1 Bakgrunn for valg av tema

Norge står i dag fremfor store utfordringer innen helsesektoren. I kommende år vil antall eldre, øke betraktelig. Samtidig som antall eldre øker, vil også den høye alderen føre til et større sykdomsbilde og flere eldre med funksjonssvikt (Ness, Laberg, Haneborg, Granbo, Færevaa, Butli, 2012: 7).

Helsefremming, forebygging og rehabilitering har vært en lovpålagt oppgave for kommunene siden innføring av kommunehelsetjenesteloven i 1994. I forbindelse med innføring av samhandlingsreformen, har det oppstått utfordringer med at helse og omsorgstjenestene skal utføres med *rett tjeneste, til rett tid og på rett sted* (St. Meld. 47, 2008-2009). Dette krever et mer tverrfaglig samarbeid, og tidlig innsats (Ness et al., 2012: 7). Selv om rehabilitering har vært lovpålagt, har den ikke blitt oppfylt i helsetjenesten i den grad behovet tilsies.

Utfordringer med økende antall eldre oppstår ikke bare i Norge, men også i store deler av verden. Det har derfor ført til økt fokus på hvilke tiltak som må iverksettes for å møte de kommende utfordringene (Ness et al., 2012: 7). Verdens helseorganisasjon (WHO, 2012) vektlegger begrepet "active aging". Dette innebærer at mennesker skal kunne leve aktivt og godt i høy alder, til tross for eventuelle funksjonsnedsettelse. En skal videre sette søkelys på den enkeltes ønske om å engasjere seg i meningsfulle aktiviteter, og på roller som utfordrer, fremmer og motiverer for aktivitet (Tuntland & Ness, 2014:24). Hverdagsrehabilitering tar utgangspunkt i WHO's tenkning om å lete etter menneskets ressurser i og med at det er en ressursorientert arbeidsform. En vektlegger personens helse og ressurser, fremfor sykdom og begrensninger (Meld. St. 29, 2012-2013). Det som skiller hverdagsrehabilitering fra vanlig kommunal ytelse, er at en fokuserer på aktiviteter som oppleves som viktige i hverdagslivet hos den enkelte person (Tuntland & Ness, 2014: 24).

Selv om fremtiden byr på utfordringer, er ikke dette hovedhensikten til hverdagsrehabiliteringen. Det primære formålet er å fremme hverdagsmestring og deltakelse, og dermed hindre passiviserende tjenester. Samtidig skal en arbeide mot at den eldre kan, om ønskelig, være aktive og bo hjemme så lenge som mulig (Tuntland & Ness, 2014: 29).

Hverdagsrehabilitering har også vist seg å ha positiv innvirkning hos helsepersonell. Flere helsepersonell opplever arbeidet som mer meningsfylt. Hverdagsrehabilitering kan dermed sees som en vinn- vinn situasjon, der alle parter tjener på formålet (Tuntland & Ness, 2014: 29).

## 1.2 Hensikt:

Hverdagsrehabilitering ble innført som pilotprosjekt under min praksis i hjemmetjenesten. I møte med prosjektet var det fortsatt uvisshet om blant annet prosjektets omfang, rehabilitering som metode og arbeid i det tverrfaglige team. Jeg opplevde at uvissheten gav prosjektet et negativt utgangspunkt hos enkelte helsepersonell, samtidig som det var flere som syntes dette var en positiv og nytenkende agenda. Derfor ble hverdagsrehabilitering et spesielt felt for meg, der jeg skulle ønske at jeg satt inne med mer kunnskap, både om prosjektet og rehabiliteringsmetoder. Ved endt praksis sitter jeg igjen med en følelse av at jeg ønsker å finne ut hvordan en kan arbeide strukturert for at brukere opplever økt selvhjulpenhet i hverdagen. Derfor har jeg valgt nåværende tema.

## 1.3 Problemstilling

Ut ifra dette, har jeg kommet frem til følgende problemstilling:

**Hvordan kan hverdagsrehabilitering bidra til at bruker opplever økt selvhjulpenhet i hverdagen?**

## 1.4 Avgrensning og presisering:

På grunn av oppgavens omfang, velger jeg å avgrense oppgaven ved å fokusere på de eldre med høy alder. Jeg velger å ikke sette noen aldersinndeling, dette på grunn av stor variasjon mellom alder og funksjonsnivå. Hverdagsrehabilitering tar utgangspunkt i brukerens hjem eller nærmiljø, og derfor fokuserer jeg på dette området. Jeg velger å ikke inkludere noen sykdommer, og henviser direkte til eldre med funksjonssvikt.



## 1.5 Begrepsavklaring

### 1.5.1 Bruker

Begrepet bruker, tjenestemottaker og pasient blir i dag brukt mye om hverandre. Begrepene er omdiskuterte, i og med at omfanget til den som har behov for helsehjelp er svært varierende. Pasient betegnelsen vil ofte underbygge at de som mottar helsehjelp er syke, og har behov for hjelp av helsepersonell (Birkeland & Flovik, 2011). Selv om en som mottar helsehjelp juridisk sett omtales som pasient, har jeg valgt å bruke betegnelsen ”bruker” når jeg omtaler pasientene i denne oppgaven. Grunnen til dette er at begrepet ”bruker” er det som blir brukt i praksis.

## 2.0 Teoretisk perspektiv

### 2.1 Valgt sykepleierteori

#### 2.1.1 Omsorgsteori

I denne besvarelsen har jeg valgt å bruke Virginia Hendersons sykepleie teori. Henderson (1897-1996) er en pioner i sykepleierhistorien, og har videreutviklet Florence Nightingales tankegang inn til moderne sykepleie (Mathisen, 2011: 150). Tankegangen til Henderson er fortsatt like aktuell i dag og blir brukt i sykepleierutdanningen verden over.

Henderson ble oppmerksom på hvordan pasienten ofte ble fratatt sin menneskelighet og verdighet, at en satt fokus på sykdommen, og ikke på det syke mennesket. Synet ble endret da hun besøkte et rehabiliteringssenter. Her opplevde hun at det var mulig å omfatte hele mennesket. Rehabiliteringsekspertene fokuserte på hvordan de skulle bygge opp pasientens selvstendighet. Behandlingsopplegget var også individuelt tilpasset, og under kontinuerlig evaluering av pasientens behov, med mål som selvstendig (Mathisen, 2011:151). Dette er særegent i tankegangen til Henderson. Hun var en av de første sykepleieteoretikerne som satte satt brukeren i sentrum. Og som presiserte viktigheten med å legge til rette for individuell sykepleie. Tanken om at pasienten skulle opparbeide selvstendighet, er det som er hovedtyngden fra Hendersons tenkning med tanke på hverdagsrehabilitering.

Henderson var opptatt av at sykepleierfaget skulle ha en felles teoretisk forståelse, for å kunne forbedre sykepleieutøvelsen. Henderson påpekte at det var nødvendig for sykepleiere å være reflekterte i deres arbeid. En måtte være kritisk til arbeidet en utførte, og stille spørsmålstegn til hva arbeidet egentlig går ut på. Om en ikke er reflektert i sitt arbeid, risikerer man at sykepleiefunksjonen blir redusert til et arbeid der en kun utfører tekniske prosedyrer. Å reflektere er viktig for å kunne vurdere og iverksette tiltak. Hun mente at dette var det som skilte sykepleier fra en ufaglært (Mathisen, 2011:151)

Disse tankene ble utgangspunkt i Hendersons definisjon av sykepleie, som skal beskrive sykepleierens enestående funksjon. Denne definisjonen er anerkjent av sykepleiere verden over:

*”Sykepleierens enestående funksjon er å hjelpe mennesket, enten det er sykt eller friskt, til å utføre de handlinger som bidrar til helse eller gjenvinning av helse (eller til en fredfull død) som han ville ha utført uten hjelp hvis han hadde hatt den nødvendige styrke, vilje eller kunnskap til dette. Og det er å gjøre dette på en måte som hjelper ham til å bli selvstendig så raskt som mulig”.*

*(Henderson, 1998:45).*

Henderson mente også at sykepleieren skal arbeide i tverrfaglige team. Alle som arbeider i teamet, skal sette pasienten i sentrum. Pasienten skal selv være aktiv og ansvarlig i deltakelsen. Dersom pasienten ikke deltar, godtar eller har forståelse for opplegget som er planlagt, kan hele opplegget være bortkastet (Henderson, 1988: 45). Dette er også utgangspunkt i hverdagsrehabiliteringen. Der deltakelse er nøkkelordet for at rehabiliteringen skal lykkes. Alle i det tverrfaglige teamet er nødt til å sette brukeren i sentrum, og dermed individualisere rehabiliteringsprosessen. Henderson skriver også at mangel på ressurser/ressurssvikt kan være et resultat av mangel på kunnskap, krefter eller vilje (Kristoffersen, 2008: 36). Hverdagsrehabilitering har som hensikt å styrke brukerens ressurser. Samtidig å bistå brukeren med økt kunnskap, om hvordan en kan styrke ressursene en innehar.

I pasientbegrepet inkluderer hun de som har en aktiv sykdom, de som er kronisk syke, og de som trenger rehabilitering. Med dette inkluderer hun brukergruppene vi møter i dagens hjemmesykepleie. God sykepleie blir fremhevet av Henderson som å hjelpe pasienten med de helseutfordringene vedkommende ikke mestrer på egenhånd. Henderson ser på mennesket i

sin helhet, og mener at en må ta utgangspunkt i menneskets fysiske, psykiske, sosiale og åndelige dimensjon (Mathisen, 2011: 155). Teorien til Henderson er relevant i forhold til hverdagsrehabiliteringen, på grunn av hennes fokus på å gi individuell sykepleie. At pasienten skal være aktivt deltakende, og at en skal ha som mål at bruker skal bli selvstendig så raskt som mulig. Samtidig at en skal styrke de ressursene bruker innehar. Dette er viktige aspekter innenfor hverdagsrehabilitering.

### 2.1.2 Grunnleggende behov i rehabiliteringsprosessen

Henderson mente at helse var mer enn fravær av sykdom. Livet må inneholde atspredelse, produktiv sysselsetting og sosial kontakt. Hun har utarbeidet 14 punkter som hun definerer som menneskets grunnleggende behov, som sykepleieren har i oppgave å ivareta (Henderson, 1988: 46). Alle disse grunnleggende behovene er relevante i sykepleie, men særlig vil jeg trekke frem tre punkter som er mer relevante i rehabiliterings arbeid.

*12) "Å arbeide med noe som gir følelse av å ivareta noe (produktiv sysselsetting)*

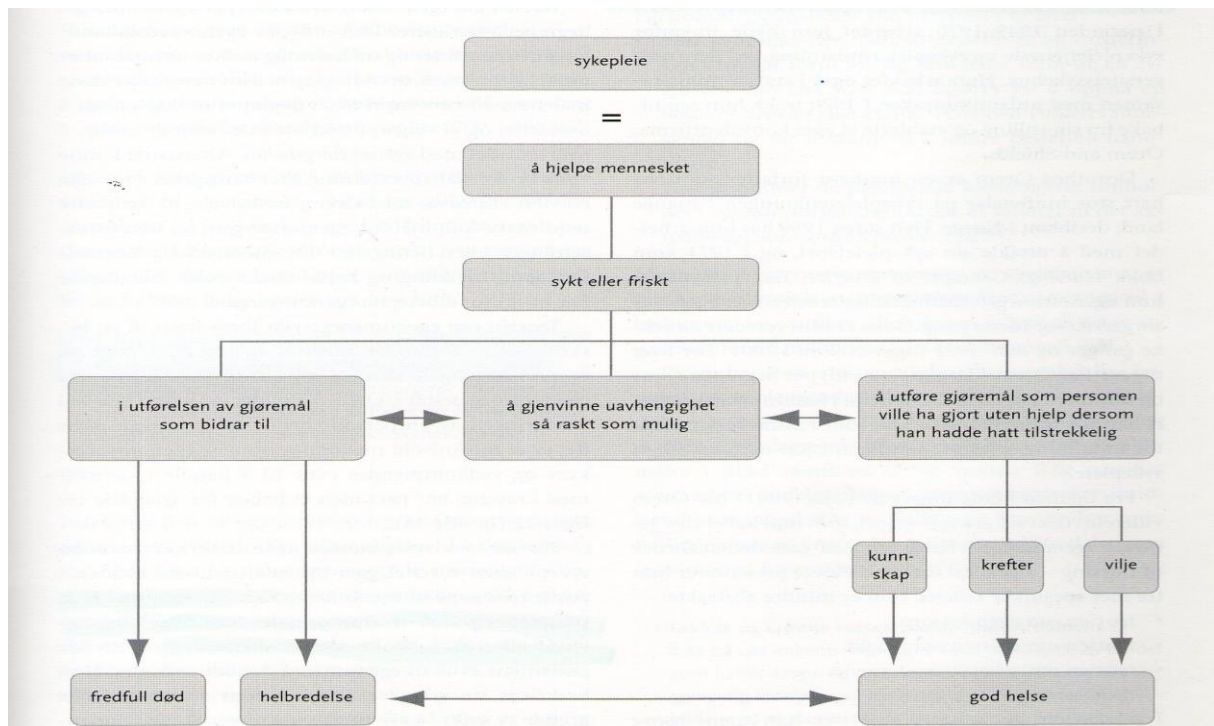
*13) Å finne underholdning og fritidssysler*

*14) Å lære det som er nødvendig for god helse og normal utvikling"*

(Kristoffersen, 2008: 36)

Som nevnt ovenfor var sykepleierens mål og hensikt å hjelpe enkeltmennesker til, om mulig, å gjenvinne selvstendighet. Hvis selvstendighet ikke var oppnåelig, skal sykepleieren hjelpe pasienten til å få dekket sine grunnleggende behov, slik at personen oppnår en optimal pleie (Kristoffersen, 2008:35). Like ens vektla Henderson at hver enkelt person skulle bli ivaretatt på en individuell og selvstendig måte. Samtidig viktigheten ved å ta hensyn til personens kulturelle og sosiale miljø. Dette viser også sammenheng med tankegangen i rehabiliteringsprosessen.

I figur 1.0 kan en se Hendersons modell, som viser hvordan en i hovedtrekk skal hjelpe pasienten til å gjenvinne uavhengighet så raskt som mulig:



Figur 1.0

## 2.2 Hverdagsrehabilitering

Det har ikke lyktes å komme med en kort og presis definisjon til hverdagsrehabilitering. Hverdagsrehabilitering tar utgangspunkt i modeller fra Danmark og Sverige. De ulike modellene varierer fra kommune til kommune, noe som de også gjør i Norge (Ness et al., 2012: 14).

Hverdagsrehabiliteringen i Norge samsvarer med den norske definisjonen av rehabilitering: ”tidsavgrensede, planlagte prosesser med klare mål og virkemidler hvor flere aktører samarbeider”. Videre er det også ”Nødvendig bistand til brukerens egen innsats for å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse sosialt og i samfunnet” (Forskrift om rehabilitering og habilitering 2011).

Tuntland & Ness (2014: 26) har kommet med en samling med kjennetegn av hvordan en kan definere hverdagsrehabilitering (se figur 2.0).

Figur 2.0 Definisjon av hverdagsrehabilitering

- ”at en starter med spørsmålet: ”Hva er viktige aktiviteter i livet ditt nå?”.
- målrettet og intensivt fokus på hverdagsaktiviteter som personene selv tillegger betydning.
- tidlig, tidsavgrenset innsats i personens hjem eller nærmiljø
- styrket involvering og samhandling mellom ergo- og fysioterapeuter 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 tenkesett om at personen selv styrer deltakelse og hverdagsmestring
- mulighet for inkludering av aktuelle nærpå personer, pårørende og frivillige.”

*(Tuntland & Ness, 2014:26).*

Som beskrevet i figur 2.0 er et av hoved kjennetegnene, at en starter med å spørre brukeren ”Hva som er viktige aktiviteter i livet nå?”. Ut i fra dette spørsmålet skal en arbeide seg frem mot en målsetting som oppleves viktig for personene i nåværende tidspunkt. Brukeren og helsepersonell skal planlegge en prosess. Der en fokuserer på brukerens ressurser og helse. Dette er en motsetning til tidligere tenkning, der en var opptatt av hva brukeren hadde behov for hjelp til (Tuntland & Ness, 2014: 26).

Hverdagsrehabilitering tar utgangspunkt i personens hjem og nærmiljø. Dette er et av punktene som skiller hverdagsrehabilitering fra vanlig rehabilitering. Målet med hverdagsrehabilitering er at brukeren skal kunne bo hjemme så lenge som mulig, om ønskelig. Derfor er det nødvendig at brukeren opparbeider seg kunnskap og ferdigheter for hvordan en på best mulig måte kan nå de målene som er ønskelig. Målsettingen har derfor først og fremst hverdagsaktiviteter som mål og tema. I og med at dette foregår på hjemmebane, gir det åpning for samarbeid med sivilsamfunnet. Derfor kan en legge til rette for sosial kontakt, mellom pårørende, interesseorganisasjoner, foreninger med mer (Tuntland & Ness, 2014: 26).

Et annet punkt som skiller hverdagsrehabilitering og vanlig rehabilitering er at det skjer som en integrert del av hjemmetjenesten. Prosessen foregår med et nært samarbeid med et tverrfaglig team, bestående av blant annet ergo- og fysioterapeuter og helsepersonell. Det er viktig at en går inn med tidlig innsats, for å kunne forebygge eventuelt videre funksjonsfall. Et viktig moment i hverdagsrehabiliteringen er at brukeren selv skal være delaktig i planlegging og gjennomføring gjennom hele prosessen. Dette er viktig for å oppnå gode resultater (Tuntland & Ness, 2014: 26-27).

### 2.2.1 Hvorfor hverdagsrehabilitering?

Hverdagsrehabilitering bygger på en grunnleggende antagelse av at mennesket har behov for meningsfylte aktiviteter. Meningsfulle aktiviteter har en potensiell terapeutisk verdi, og påvirker blant annet trivsel og helse og gir livet mening og struktur. Hva som oppleves meningsfullt varierer fra person til person. Derfor er det viktig at brukeren er med på å identifisere aktiviteter som oppleves som viktige å mestre. Det skal være en effektiv utviklings trenings- og læringsprosess (Tuntland & Ness, 2014: 23).

## 2.3 Hjemmesykepleie

I følge Birkeland & Flovik (2011: 39-40) kan hjemmesykepleie defineres som:

*”(...)helsehjelp, herunder pleie og omsorg, som utføres av profesjonelle til en pasient og dennes pårørende i deres eget hjem, der fokus primært er rettet mot å ivareta pasientens grunnleggende behov. Videre er fokus på trivsel, velvære, funksjonsnivå, helsetilstand og pasientens opplevelse av sin situasjon sentralt. En viktig funksjon for hjemmesykepleien er å være et alternativ til institusjonsomsorg. Hjemmesykepleie dekker ellers en vid skala av oppgaver, fra besøk som har en ren forebyggende og helsefremmende funksjon, til rehabilitering og terminal pleie”.*

*(Birkeland & Flovik, 2011:39-40).*

Denne definisjonen viser hjemmesykepleiens vide spekter, og hva som særpreger hjemmesykepleiens fagområde.

Hjemmesykepleien er en offentlig tjeneste som er styrt av en rekke lover og forskrifter. Disse skal regulere pliktene og rettighetene til helsepersonell og brukerne/pasientene (Fjørtoft, 2006: 172). I følge helse- og omsorgstjenesteloven (2011) er kommunene pålagt å tilby befolkningen nødvendig helsehjelp i den kommunen han/hun bor eller oppholder seg i.

Hjemmetjeneste er en organisasjon bestående av ledere og ansatte. Oppbygningen varierer fra kommune til kommune. De fleste kommuner har innført bestiller – utfører modellen. Dette innebærer et skille mellom bestillerens (forvalteren) ansvar og oppgaver, og utførerens (drifterens) ansvar og oppgaver. Forvalteren er den som fatter et vedtak over de aktuelle tjenestene. Hjemmesykepleien blir da enheten som utfører dette vedtaket (Fjørtoft, 2006: 175-176).

## **2.4 Tverrfaglig samarbeid**

Tverrprofesjonell praksis innebærer at oppgaven(e) blir løst gjennom felles innsats, der deltakerne bruker hverandres bidrag. Tverrprofesjonell praksis er en viktig forutsetning for å sikre god rehabilitering. Et tverrfaglig team kan bestå av mange ulike profesjoner, der hver profesjon bidrar med sin viten. Slik at resultatene blir sammenkoblet fra kunnskapsdeler av flere profesjoner. Ved å ha en tverrfaglig spisskompetanse, sikrer man en god kjernekompetanse. Og et helhetlig arbeid i forhold til brukerens situasjon (Hagland & Solvang, 2012:253). I hverdagsrehabilitering er det i hovedsak sykepleier, ergoterapeut, fysioterapeut, helsefagarbeider og eventuelt representant fra bestillerkontoret og vernepleier som er deltakende i det tverrfaglige rehabiliteringsteamet.

## **2.5 Rehabiliteringsplan**

Rehabiliteringsplanen skal utarbeides konkret for brukeren og teamet. Planen skal vise konkret hva brukeren skal trene på, hvordan og hvor mye/lite støtte som skal gis. Slik at alle parter vet hvordan de skal utføre rehabiliteringen. Planen skal være tilgjengelig hos hver enkelt bruker, og jevnlig oppdateres ved endringer. Dersom en oppnår endring i funksjon eller om en når et delmål skal planen også oppdateres. Rehabiliteringsplan er noe likt en individuell plan, men den det er enkelte skiller. Individuellplan er en rettighet for de som har

behov for langvarige, koordinerte tjenester, mens det i hverdagsrehabilitering er mer kortvarige intensive tiltak, som må oppdateres jevnlig (Ness, 2014: 131).

Hensikten med rehabiliteringsplan er at bruker skal få et helhetlig og sammenhengende tilbud. Planen skal være så detaljert som mulig. Slik at lik hjelp blir gitt av all helsepersonell. Planen tar utgangspunkt i brukerens mål, ressurser, behov og tiltak. Og samarbeid er en viktig del av prosessen. Der roller og ansvar skal være tydeliggjort. (Slettebø & Madsen, 2012:268)

## 2.6 Motivasjon

Renolen beskriver motivasjon som en drivkraft i menneskers handling. Kaufmann definerer motivasjon som en *”prosess som setter i gang, gir retning til, opprettholder og bestemmer intensitet i atferd”* (sitert fra Renolen, 2008: 41).

Renolen (2008:42) skiller mellom indre og ytre motivasjon. Indre motivasjon kan ses på å gjøre en aktivitet som fører til en indre tilfredsstillelse. Ytre motivasjon vil derimot være mer styrt utenfra, hvor det er krefter utenfor oss som igangsetter handlingen. Indre motivasjon ses på som sterkere enn den ytre motivasjonen. Indre motiverte personer er engasjerte i aktiviteter de er interesserte i og gjør disse av fri vilje. De engasjerer seg i aktiviteten for aktivitetens skyld, og ikke for å oppnå noe uavhengig av aktiviteten. En ytre motivasjon kan for eksempel være at en føler at en må trene på grunn av at alle vennene trener. Der vi utfører handlingen ut fra dårlig samvittighet.

## 2.7 Deltakelse

Deltakelse har flere perspektiver. Bredland, Linge & Vik(2011:39) viser til tre ulike perspektiver, som tar utgangspunkt i både samfunns- og individs-perspektiv. Det ene innebærer sosial deltakelse. Sosial deltakelse er en menneskerett, alle skal ha lik mulighet til å delta, og ikke hindres av omgivelser. Det andre perspektivet tar utgangspunkt i den enkeltes engasjement i sin livssituasjon. Og det tredje perspektivet knytter seg til deltakelse som oppleves av å delta eller føle seg inkludert, i tillegg til å ha mulighet for medbestemmelse og autonomi Dette innebærer for eksempel at en person kan delta i å bestemme og kontrollere sin livssituasjon, selv om vedkommende ikke kan utføre en handling selv.



FN har som politisk målsetting: *full deltakelse og likestilling for funksjonshemmede i samfunnet*. Funksjonshemmede skal ha samme muligheter, rettigheter og plikter som andre (Bredland, Linge & Vik, 2011: 40).

## 2.8 Sosial støtte

I følge Renolen (2008:154) er sosial støtte en viktig kilde til mestring av ulike livshendelser. Gjennom hele livet er det nødvendig å ha noen å støtte seg til. Sosial støtte blir ofte mer tydelig når helsen svikter. Renolen beskriver to ulike innfallsvinkler på sosial støtte. Den ene er objektiv: Den tilgjengelige støtten, familie, venner og andre. Den andre er personens opplevelse av støtte. I en vanskelig livssituasjon kan den opplevde sosiale støtten oppleves viktigst.

## 3.0 Metode

*”En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. (...)”* (Dalland, 2010: 83).

Gjennom valgt metode vil en ha en beskrivelse av hvordan en skal arbeide, for å oppnå kunnskap. Den valgte metoden skal hjelpe en i riktig retning, for å innarbeide gode data og belyse spørsmålet vårt, på en faglig interessant måte (Dalland, 2010: 83).

### 3.1 Metodevalg

I denne oppgavebesvarelsen har jeg valgt litteraturstudie som metode. Litteraturstudiet har som hensikt å finne kunnskap som bidrar til kompetanseheving. En styrke med litteraturstudie er at en kan fordype seg i valgt tema, der en drøfter selvvalgt litteratur og egne erfaringer opp mot problemstillingen. Litteraturstudie krever at en er kritisk ved gjennomgang av kilder. Det er viktig å finne pålitelig og relevant litteratur, artikler og materiale, slik at oppgaven fremstilles med troverdighet og faglighet. En svakhet med litteraturstudie er derimot at en har begrenset tilgang til forskning som kan være aktuell, og at det alltid kan være en mulighet for en viss feiltolkning, ved oversetting av litteraturen (Dalland, 2010: 66).

Litteraturstudie går under kvalitativ metode. Gjennom kvalitativ metode søker en dybdekunnskap i litteratur og forskning, som ikke kan tallfestes eller måles (Olsson & Sørensen, 2009: 83).

### 3.2 Søkehistorikk

Det er begrenset tilgang til forskning rundt hverdagsrehabilitering. Hverdagsrehabilitering er relativt nytt i Skandinavia, og særlig i Norge. I starten søkte jeg i flere databaser (Pubmed, Cinahl, SveMed+ og ProQuest) for å lese meg opp på valgt emne. Søkeord jeg brukte var: hverdagsrehabilitering, hjemmerehabilitering, hjemmesykepleie OG rehabilitering, Home care, home rehabilitation, participation, Jeg fant flere forskning- og fagartikler, men ikke alle var like relevante. Dermed begynte jeg å lese bak i referanselister på rapporter som jeg fant, samt pensumlitteratur om hverdagsrehabilitering. Her fant jeg flere gode forskningsartikler, med kjente forskere rundt konseptet hverdagsrehabilitering. Deretter lette jeg disse opp i databaser, for å finne ulike artikler de hadde bidratt med. Artikkene jeg fant søkte jeg opp i Pubmed og Cinahl. I Pubmed ble jeg vider henvist til Informa Healthcare, JAMA (The Journal of the American Medical Association) og Oxford Journals for full tekst artikler.

Rapportene jeg har valgt å bruke er velkjente rapporter fra ergoterapiforbundet: *Hverdagsmestring og hverdagsrehabilitering* og *Fra pleie og omsorg til rehabilitering* – som er en rapport fra Fredericia kommune, i Danmark. Ut fra disse fikk jeg mye relevant informasjon om selve prosjektet, og hvilke erfaringer de har hatt med prosjektet.

### 3.3 Metode- og Kildekritikk

Kildekritikk er en måte å vurdere kilden og karakterisere de kildene som blir benyttet. Hensikten er å vise leseren at du har gjort refleksjoner og vurderinger ut ifra kildene en har funnet, og samtidig la leseren ta del i de refleksjonene som har oppstått. Leseren skal få rede på tilgangen til litteratur, og hvorvidt temaet er opplyst. Kildekritikken skal bidra til å finne relevant litteratur som belyser valgt problemstilling (Dalland, 2010: 66).

I oppgaven har jeg brukt relevant pensumlitteratur. Hovedvekten har jeg lagt på boken *Hverdagsrehabilitering* av Tuntland og Ness og boken *Rehabilitering* av Solvang og Slettebø, som er selvvalgt litteratur. I oppgaven har jeg forsøkt å brukt mest primære kilder,

men har også måtte brukt sekundærkilder enkelte steder, for å få bredere kunnskapsforståelse. Blant annet har jeg brukt Kristoffersen og Mathisen for å få større kunnskapsforståelse rundt sykepleieteorien til Virginia Henderson, i tillegg til at jeg har brukt hovedboken til Virginia Henderson – *Sykepleierens natur*. I metodedelen har jeg brukt Metode og oppgaveskriving for studenter av Dalland og Forskningsprosessen av Olsson og Sørensen.

På grunn av begrenset forskning fra Norge er to av artiklene jeg har valgt fra USA og New Zealand. Valget falt på disse på grunn av at de har et tilnærmet likt konsept som samsvarer med hverdagsrehabilitering (restorative care). Disse var brukt i flere av rapportene jeg leste, samt pensum om hverdagsrehabilitering. Derfor ser jeg dem som relevante i hverdagsrehabilitering, selv om det kan være små forskjeller i hvordan hjemmesykepleien utøves i de ulike landene. En svakhet ved studien til Tinetti et al. er at studien er foretatt i 2002. Allikevel falt valget på denne, på grunn av relevansen på oppgaven. Og fordi funnene fortsatt anses som like relevante, selv om studien er litt for gammel. De andre studiene er derimot fra 2011-2013. Artiklene jeg har valgt er bygd opp etter IMRAD prinsippet som er forkortelse for: introduksjon, metode, resultat (AND), drøfting.

### **3.4 Etske vurderinger**

Etske vurderinger er foretatt i henhold til valg av forskningsartikler. Forskningsetikk bygger på at en ikke skal la forskning gå på bekostning av enkeltpersoners verdighet og integritet. Forskningene skal være basert på forskningsetiske retningslinjer (Olsson & Sørensen, 2009: 81). De valgte forskningsartiklene er alle godkjent av etske komiteer.

I oppgaven har jeg anonymisert praksisstedet jeg henviser meg til. Samtidig har jeg prøvd å være så nøyaktig som mulig i kildehenvisningen. Kildebruk og litteraturliste er i henhold til Høgskolen Stord/Haugesund sine retningslinjer.

### 3.5 Resultater og funn:

#### **”Older adults who receive home-based services, on the verge of passivity: the perspective of service providers”**

Studiens hensikt var å utforske helsepersonellens oppfatning og forståelse, for deltakelsen til de eldre som mottar hjemmebaserte tjenester. Relevansen for denne oppgaven er funnene som forekommer i oppgaven. Det er fire faktorer som viser seg å være viktige for å hindre at brukeren blir passiv i behandlingen. Disse faktorene er: At en må søke hjelp på et tidlig tidspunkt, brukeren og familiens forventninger til hjelpen, boligforhold og hjelpemidler og at hjelpen må individualiseres etter brukerens behov (Vik & Eide, 2013)

#### **”Goal setting as a feature of homecare services for older people: Does it make a difference?”**

Målet med denne studien var å finne ut om å ha målsetting som en funksjon i hjemmetjenesten hadde effekt. Hvordan kunne målsetting påvirke livskvaliteten, sosial støtte og psykisk funksjon hos eldre som mottar hjemmebaserte tjenester. Resultatene viste at individualiserte aktiviteter som arbeides oppimot et mål, kan bidra til forbedring i livskvaliteten. Studien er relevant for den bevarer om målsetting er et viktig hjelpemiddel i hjemmesykepleien. Og om det har noen effekt (Parsons, Rouse, Robinson, Sheridan & Connolly, 2012).

#### **”Evaluation of restorative care vs usual care for Older Adults Receiving an Acute Episode of Home Care”**

Målet med denne studien var å sammenligne den funksjonelle statusen, og sannsynligheten for at personer som mottar hjemme rehabilitering opp mot vanlig hjemmesykepleie kan forbli i hjemmet. Resultatene i studien viser at hjemme rehabilitering økte sannsynligheten for å forbli i hjemmet fra 71% - 82%. Og reduserte sannsynligheten for sykehusinnleggelse fra 10% til 20%. Pasienter med hjemme rehabilitering, hadde bedre score enn pasientene som

mottok vanlig hjemmehjelp i egenomsorg, mobilitet og hvordan de klarte seg i hjemmet (Tinetti, Baker, Gallo, Nanda, Charpentier & O'Leary, 2002).

**“Development of a model for organisation of and cooperation on home-based rehabilitation - an action research project.”**

Målet med studien var å utvikle en modell for organisering og samarbeid i hverdagsrehabilitering. Studien resulterte i en utvikling av en modell for organisering av og samarbeid om rehabilitering, inkludert en koordinerende enhet som har det overordnede ansvaret. Studien har belyst utfordrende rammebetingelser for rehabiliteringsarbeidet, i to norske kommuner. Denne studien tar for seg mye nyttig kunnskap om hvordan en bør organisere hverdagsrehabilitering i praksis (Steihaug, Lippestad, Isaksen & Werner, 2014).

**3.5.1 Oppsummering av funn:**

Vik og Eide (2013) tok for seg flere faktorer som kan svare på problemstillingen min. Denne har derfor hatt en stor betydning for oppgavens oppsett. Artikkelen til Parsons et al. (2012) og Tinetti et al. (2002) har flere aspekter innenfor om målsetting er en effektiv metode, for at brukere skal ha større sannsynlighet til å bli mere selvhjulpne i hverdagen. Studien til Steihaug et al. (2014) har derimot flere perspektiver på hvordan hverdagsrehabilitering skal organiseres for å oppnå best mulig resultat i praksis.

## 4.0 Drøfting

*”Hvordan kan hverdagsrehabilitering bidra til at bruker opplever økt selvhjulpenhet i hverdagen?”.*

For å finne svar på problemstillingen skal jeg drøfte funn fra forskning og faglitteratur. Samtidig vil jeg trekke inn egne erfaringer. Temaer som skal drøftes er:

- Tidlig hjelp
- Fokus på brukerens behov
- Deltakelse
- Involvering av pårørende
- Tverrfaglig samarbeid

### 4.1 Tidlig hjelp

De fleste eldre vil bo hjemme og klare seg lengst mulig selv, og vil derfor ikke søke hjelp før det er høyst nødvendig. I studien til Vik og Eide (2013) viste det seg at det var viktig at brukeren søkte hjelp i en tidlig startfase, for å unngå for høyt funksjonsfall. Dette viste seg å være en viktig faktor for å lykkes i rehabiliteringen, slik at hjelpebehovet ikke ble for utfordrende. Dette er derimot ulikt tankegangen i vanlig hjemmesykepleie, der en ikke tilbyr brukeren hjelp, før brukeren har et stort hjelpebehov. I tillegg kan vi se at hjemmesykepleien har et stort pasient forløp. Dermed vil det tilsi at det er manglende kapasitet til å ta inn nye pasienter, og det at det kan være problematisk om en skal iverksette mange tiltak for å forhindre videre funksjonsfall. Studier viser at det er viktig å starte med mange tiltak i starten, og heller regulere tiltakene ettersom behovet tilsier med tiden (Steihaug et al., (2014)., Tinetti et al., (2002), Parsons et. al., (2012), Vik & Eide (2013). Samhandlingsreformen som også sier at en skal gi rett behandling, til rett sted og til rett tid samsvarer også med at det vil være optimalt å gå inn med mest mulig behandling, og etterpå regulere for å oppnå best mulig resultat (St. Meld. 47, 2008-2009).

I praksis har jeg erfart at bestiller kontoret stod for utdeling av vedtak for pasienten, gav minimalt med tid til å utøve de enkelte vedtakene som var gitt. Dermed er det nødvendig å

stille spørsmål ved tidsaspektet som blir gitt til hver enkelt bruker. Studien til Steihaug et al., (2014) viser seg også kritisk til det utdelte tidsaspektet ved de ulike tiltakene. Vedtakene som blir gitt tilsier forbruket en har hos hver enkelt bruker, og pleieren er nødt til å forholde seg til dette. De mener også at dette kan være problematisk i en rehabiliteringssituasjon, der en stadig vil ha forandringer i pasient forløpet. Noe som dermed gjøre det vanskelig å sette tid på de ulike øvelsene man skal tildele brukeren. Samtidig kan vi også se at brukeren på gitt tidspunkt ønsker å få hjelp til å utføre andre ting, enn akkurat det som er satt av der og da. Dermed kan det vise seg at det er viktig at en kan ha litt slingring i tidsskjemaet, for å kunne tilpasse det etter brukerens behov. Samtidig ser vi at dette kan være problematisk, ettersom man må følge hjemmesykepleiens mønster, der de setter av hvor mye tid en omtrent bruker hos hver enkelt bruker, noe som er nødvendig for å kunne planlegge dagen. Derimot kan vi se at modeller for hverdagsrehabilitering øker tidsaspektet til brukerne i rehabiliteringen, slik at en har mer mulighet til å følge brukerens aktuelle behov (Tinetti et al., (2002), Parsons et al., (2012) , Steihaug et al., (2014), Vik & Eide (2013)). Det er tenkelig at rehabiliteringen da vil fungere mer optimalt, ettersom en kan tilrettelegge etter brukerens behov og ønsker.

I følge studien til Vik og Eide (2013) var det et problem at de eldre søkte hjelp for sent. Dette medførte at brukerne hadde et veldig stort hjelpebehov allerede da de søkte hjelpen. Tidligere har en fokusert på å hjelpe brukerne til å utføre daglige aktiviteter. Studien viser at sykepleiere har en tendens til å overta brukerens oppgaver, og at brukeren dermed overlater ansvaret til sykepleieren. Dette medfører at brukeren får en passiv rolle i deltakelsen. Hverdagsrehabilitering har som mål å sette fokus på at brukeren skal selv være aktiv, at en skal opparbeide tidligere funksjon om mulig og dermed kunne få et verdig liv hjemme. En utfordring kan derfor være å endre tankegangen til hjemmesykepleiens ansatte, der en heller skal aktivisere brukere til å selv være aktive i hverdagen. I rapport fra Dansk sunnhetsinstitutt har de brukt tittelen: *fra pleie og omsorg til rehabilitering* (Kjellberg, Ibsen & Kjellberg, 2011). Denne overskriften har vært oppsiktsvekkende. Og det kan diskutere om det blir å sette det litt på spissen. Men en kan tenke seg at de ønsker å poengtere at det er nødvendig med en paradgime skifte i omsorgssektoren, der en fokuserer på at brukeren skal bli selvstendig, og ikke gjør brukeren avhengig av hjelp resten av livet, dersom det er mulig å gjenvinne funksjon. Henderson poengterer også viktigheten med dette. At sykepleier skal arbeide aktivt for å hjelpe pasienten til å bli selvstendig. Men hun sier også hjelpen skal gis på en omsorgsfull måte (Henderson, 1998:35).

## 4.2 Fokus på brukerens behov

Henderson var opptatt av at brukeren skulle stå i sentrum, og at en skulle arbeide utifra brukerens behov (Henderson, 1998: 43). Dette har dermed vært noe problematisk å utføre i en hektisk hverdag i hjemmesykepleien. Modellen for hverdagsrehabilitering går ut på at en skal ta utgangspunkt i hva som er brukernes behov. Ved å stille spørsmål om hva som er viktige aktiviteter for brukeren nå. I Norge bruker en verktøyet COPM for å kartlegge brukerens behov. TARGET (New Zealand) og OASIS (USA) er verktøy som er tilnærmet likt COPM, som er brukt i studien til Parsons et al. (2012) og Tinetti et al. (2002). COPM er utviklet for at bruker skal være aktivt deltakende i hele rehabiliteringsprosessen. Det viser seg at om brukeren er delaktig i målsettingen, har rehabiliteringen økt sannsynlighet for å lykkes (Tinetti et al., 2002, Vik & Eide, 2013).

Utarbeiding av rehabiliteringsplan er en stor del av prosessen. I de norske modellene varierer det hvem som er med i utarbeidelse av denne planen. I enkelte kommuner er det bestiller kontoret som avgjør om brukeren er relevant for hverdagsrehabiliteringen, mens i andre kommuner er det et rehabiliteringsteam som avgjør dette. En kan stille spørsmål ved om de som arbeider i bestiller kontoret har nok kompetanse til å kunne ta en slik avgjørelse. Og om dette egentlig ikke bør avgjøres av en kvalifisert fysioterapeut, eller i alle fall en som er i kontakt med brukeren. Andre modeller innebærer at rehabiliteringsteamet går i møte med brukeren, for å sammen kartlegge behovet til brukeren. Dette vil medføre at brukeren får en tverrfaglig og kvalifisert utredning (Ness et. al., 2012:9)

I hverdagsrehabilitering tar en sikte på å forbedre de aktivitetene som gjør at brukeren er mer selvhjulpent, der en optimaliserer helse og funksjonsnivå. Det som viser seg å være viktigst for de fleste brukere er å klare seg selv med personlig hygiene og mobilisering. Det som viste seg å være mindre viktig, og samtidig vanskeligere å oppnå var husarbeid og sosiale aktiviteter utenfor hjemmet (Tinetti et al., 2002).



### 4.3 Deltakelse

Deltakelse eller brukermedvirkning er hovedtyngden i hverdagsrehabilitering. I hverdagsrehabiliteringen legger en mer vekt på begrepet deltakelse enn brukermedvirkning. Brukermedvirkning er selvsagt en del av deltakelsen. Men deltakelse vil på sin side fokusere mer på at brukeren er aktivt deltakende fra start til slutt. Å inkludere brukeren fra starten vil føre til at brukeren føler seg ivaretatt og at rehabiliteringen tar utgangspunkt i brukerens ønsker og behov (Bredland, Linge & Vik, 2011: 33).

Aktivitetene som ligger til grunn i rehabiliteringen skal fokuseres mot aktiviteter en utfører i hverdagen. Et dilemma som kan oppstå kan være at brukeren ønsker å fokusere på andre aktiviteter, enn de som er tilrettelagt for opptrening i hverdagen. Hva om brukeren heller vil trene seg opp for å kunne gå på kafe med familien? Vil da dette bli like akseptert? I og med at dette ikke har en positiv gevinst i retning for hjemmesykepleien, men samtidig som dette kan oppleves som et viktig område for brukeren. De fleste brukerne satte som mål å være selvstendig i utøvelsen av personlig hygiene og mobilisering. Derimot var det enkelte brukere som klarte å utføre personlig hygiene og nødvendige aktiviteter uten hjelp, men som allikevel ønsket hjelp til å utøve dette. Et typisk eksempel var at brukeren hadde gjort det hele livet, og ønsket at hjemmesykepleien nå skulle ta over (Vik & Eide, 2013). Dette er noe som en også erfarer i praksis. Flere eldre ønsker at hjemmesykepleien skal overta ansvaret, og ønsker ikke å klare seg selv. Dette kalles en "hjelpfelle" i hverdagsrehabilitering. Og det kan være vanskelig å snu dette kravet fra brukeren. I tillegg ser vi ofte at enkelte pleiere skal være ekstra "gode" med brukerne, og gjør litt ekstra for dem, mens de andre pleierne da blir oppfattet som uhjelpsomme hos brukerne (Vik & Eide, 2013).

Brukerne som er valgt ut til hverdagsrehabilitering er ofte syke eldre, med kroniske sykdommer og funksjonsfall. Derfor kan ofte rehabiliteringsprosessen stå stille en stund, og til om med virke reverserende. Det er derfor viktig at brukeren er informert om dette på forhånd, og ikke gir opp med en gang en merker tilbakefall. I rehabiliteringsprosessen oppfører en et langsiktig mål/hovedmål som en skal arbeide strategisk for å oppnå. For at brukerne skal merke progresjon, er det viktig at det også oppføres flere kortsiktige mål/delmål som er rettet mot det langsiktige målet (Bredland, Linge & Vik, 2011: 48). Studien til Parsons et al. (2012) og Tinetti et al. (2002) støtter effekten med å arbeide målrettet for å oppnå bedre helseutfall. Sykepleieren har derfor en viktig rolle som motivator. Motivasjon er betydelig for

at brukeren skal oppnå gode resultater. Og den indre motivasjonen må styrkes for at brukeren skal kunne arbeide med en indre glød. I og med at hverdagsrehabilitering er så nytenkende. Er det viktig at brukeren får god informasjon om de godene de kan oppnå gjennom prosessen. Og hvordan livet kan forbedres om en ikke er så avhengig av all hjelp.

Å ha følelse av å mestre noe er viktig på veien mot selvstendighet. I rapporten til Ness et. al. (2012:16) bruker de begrepet hverdagsmestring. Hverdagsmestring er et forebyggende og rehabiliterende tankesett. Det vektlegger den enkeltes mestring i hverdagen, uansett funksjonsnivå. De mener at tankesettet ikke bare er sentralt i hverdagsrehabiliteringen, men også rehabilitering generelt. Men at en utfordring vil være å integrere denne tankegangen i kommunale og private tjenester. Renolen (2008:154) beskriver sosial støtte som en viktig kilde til mestring. Hun skriver at betydningen sosial støtte ofte blir mer tydelig når helsen svikter. Det som er viktigst formen for sosial støtte er brukerens opplevelse av den sosiale støtten, og ikke den tilgjengelige støtten som er objektiv.

#### **4.4 Involvering av pårørende**

Funn i studien til Vik og Eide (2013) viste at familiens og brukers forventning til hjelpen som skulle gis, hadde mye innvirkning i prosessen. Å involvere pårørende og familie kan spille stor rolle for hvor motivert brukeren er. Tinetti et al. (2002) og Parsons et al. (2012) nevner også at det å involvere pårørende i samarbeidet kan være en viktig faktor. Den sosiale statusen varierer mye fra bruker til bruker. Gjennom praksis har jeg erfart store individuelle forskjeller hos brukerne. Enkelte har pårørende og familie rundt seg nesten hele døgnet, mens andre har mindre eller tilnærmet ingen kontakt. Dermed må en ta utgangspunkt i brukers ønskede involvering av familien. I studien til Vik og Eide (2013) viste det seg at brukere som har sterke pårørende som er involverende og motiverende får mest utbytte av behandlingen. Dermed kan det ses på som en sterk ressurs å bruke tid på involvering av pårørende, for å øke sannsynligheten for å oppnå gode resultater i rehabiliteringen. Samtidig viser også studien at pårørende kan være en barriere, og at pårørende også kan dra brukeren i en negativ retning. Pårørende kunne ha en tendens til å overstyre brukeren, og være svært overveldende. Dermed kan vi stille spørsmål til hvor mye en skal involvere pårørende. Og at det kanskje bør brukes tid på å motivere pårørende. Henderson stilte også spørsmål til hvilke behov den syke og hans

pårørende hadde. Hun nevnte også det at mennesket blir påvirket av sine sosiale omgivelser (Mathisen, 2008:151)

Det å ha kontakt med andre mennesker er et grunnleggende behov (Birkeland & Flovik, 2011:67). Det er hjemmesykepleiens oppgave å sikre at brukere får tilfredsstilt sine sosiale behov, og legge opp til mulighet for samvær og sosial kontakt. Henderson legger også vekt på at brukeren skal ha mulighet til å kommunisere med andre og kunne delta i ulike former for rekreasjoner. Bredland, Linge og Vik (2011:122) mener at familie, venner og sosialt nettverk er viktige for deltakelse generelt og for at rehabiliteringsprosessen skal lykkes. De mener også at familie og nettverk kan være en av de viktigste helsefaktorene for å holde seg friske eller komme seg etter skade eller sykdom. Det viser seg at eldre med funksjonsnedsettelse fokuserte mer på at de ville ha noen å gjøre ting sammen med, noen de kan reise med, eller gå tur sammen med, enn kun fysiske tilrettelegginger.

#### **4.5 Tverrfaglig samarbeid**

Det tverrfaglige samarbeidet er det som gjør hverdagsrehabiliteringen spesiell. Gjennom dette samarbeidet er det en unik mulighet til kompetanse utvikling hos alle parter. Alle har sin kompetanse og erfaring, og en kan dermed se ting fra ulike synspunkt (Barr & Reeves, 2012: 170).

I studien til Steihaug et al., (2014) hvor de skulle utarbeide en modell for hverdagsrehabiliteringen, ble det dannet et rehabiliterings team som skulle ha hovedansvaret for hverdagsrehabiliteringen i praksis. Rehabiliteringsteamet viste seg å ha svært positiv effekt, og var ønskelig og nødvendig for de ansatte som skulle arbeide med rehabiliteringen. Rehabiliteringsteamet var med på å kartlegge brukeren, lage rehabiliteringsplan, finne en ansvarlig koordinator, og starte rehabiliteringsprosessen. Dette viser seg å være en modell som har hatt god suksess både i New Zealand og USA (Tinetti et al., 2002 & Parsons et al., 2012)

Dannelsen av et rehabiliteringsteam viste seg å være en effektiv metode for å få maksimalt kunnskap inn i programmet og dermed øke kunnskapsnivået. Dette viste seg også i studien til Steihaug et al., (2014). Kunnskapsheving er et viktig moment i hverdagsrehabiliteringen.

Birkeland (2014) stiller seg kritisk til om sykepleieren har rehabilitering som fagområde i det hele tatt. Sykepleiere er den yrkesgruppen som har hatt størst vansker med å tilpasse seg hverdagsrehabiliteringen i praksis. I Fredericia kommune i Danmark var det så store holdningsmessige barrierer, at de utviklet en egen enhet som drev utelukkende med rehabilitering. For å styrke kunnskapen til teamet som var i prosjektet (Kjellberg, Ibsen & Kjellberg, 2011: 14) Månsson (2009:116) som skriver om den svenske modellen av hverdagsrehabilitering, hevder at det også der var helsepersonellet som var mest usikre på hvordan de skulle utføre rehabiliteringsarbeidet. Derimot klarte de å styrke pleierne, med å utarbeide rutiner og retningslinjer, slik at pleierne følte de hadde en tilnærmet ”oppskrift” og arbeide etter. Dette var en trygg linje, som tydeliggjorde hvordan arbeidet skulle utføres.

I Norge er det to modeller som er mest brukt i hverdagsrehabilitering. Den ene modellen har et rehabiliteringsteam med fullt ansvar. Her har teamet ansvar for utredning, planlegging og gjennomføring (Ness, 2014:162). Den andre modellen er lik som i Studien til Steihaug et al., (2014) og har rehabiliteringsteamet som en ”motor” for hverdagsrehabiliteringen. Teamet er ansvarlig for utredning, planlegging og oppfølging av rehabiliteringsprosessen, men de ansatte i hjemmesykepleien er de som har det primære arbeidet med brukeren (Ness, 2014:162).

Kontinuitet er viktig for at samarbeid mellom de ulike profesjonene skal være optimalt. Gjennom arbeidet er det viktig at det er god kommunikasjon og tydelig arbeidsinndeling og ansvar mellom de ulike gruppene (Barr & Reeves, 2012: 171). Det viste seg derimot at kommunikasjon mellom de ulike faggruppene har vært komplisert. For at samarbeidet skal fungere optimalt er det viktig at de ulike profesjonene har tydelige arbeidsinndelinger og ansvarsforhold som skal overholdes. Samtidig viste det seg under utarbeidelse av modellen at forholdet mellom de ulike profesjonene ble styrket, ved økt integrering av arbeidet. Og at oppsett av møter for å utarbeide videre arbeid, var med på å styrke samarbeidet. Det ble utarbeidet møter hver måned for å evaluere hvordan arbeidet gikk (Steihaug et al., 2014). Dette opplevde jeg også da jeg var med i oppstartsfasen til prosjektet i praksis. Der hadde de innkalt alle de faste ansatte som arbeidet i hjemmesykepleien, for å informere om hverdagsrehabilitering, hvordan rutinene ville bli og informasjon om arbeidsområder. Her var helsepersonell, ergoterapeuter, fysioterapeuter og representanter fra bestiller kontoret inkludert. Dette viste seg å være en effektiv måte for å bli kjent med hverandres

arbeidsområde og utarbeide en kontaktsone. Hvem, hva og når vi skulle kontakte de ulike gruppene.

Fysioterapeuten er en betydelig rollespiller i rehabiliteringsprosessen. Fysioterapeutens oppgave er å lage øvelser som er tilpasset for å øke funksjonsnivået til brukeren. Det har vist seg at det er på dette området pleiere opplever at de ikke har nok kompetanse. Pleiere har liten innføring i rehabiliteringsarbeid, og er derfor usikker på hvordan de skal utøve rehabilitering. Dermed har fysioterapeuten en viktig rolle for å utarbeide gode rehabiliteringsplaner, med detaljerte opplysninger til helsepersonellet. Den økte kunnskapen vil være med på å styrke pleierens følelse av å kunne mestre rehabiliterings delen. Noe som også vil ha utfall på brukerens opplevelse av at pleieren har nok kunnskap til å drive med rehabilitering. I studien til Vik og Eide (2013) var en av faktorene som innvirket på hverdagsrehabiliteringen, miljøet og omgivelsene rundt brukeren. Ergoterapeuten har ved sitt ansvarsområde å tilrettelegge for brukerens omgivelser. Videre viste studien at huslige faktorer spilte inn, og tilrettelegging av hjelpemidler og lignende var en viktig del i rehabiliteringen. Hjelpemidler viste seg å ha stor rolle for måloppnåelsen. Den huslige faktoren, var om det var tilrettelagt for brukere til å sosialisere seg utenfor eller i hjemmet. Om det var lett å komme seg ut viste seg å ha en signifikant effekt for om brukeren var delaktig utenfor hjemmet. Dersom brukeren bodde i et bofelleskap som var tilrettelagt, var det betydelig lettere å sosialisere brukeren (Vik & Eide, 2013).

Gjennom prosessen kan det være viktig at brukeren ikke har for mange pleiere å forholde seg til. Det er viktig at brukeren oppretter tillitt og et godt relasjonsbånd. På den ene siden kan det være positivt å ha flere pleiere involvert for å skape økt kunnskap i rehabilitering, og samtidig få inn nye perspektiver. Men på en annen side kan det påvirke negativt om det er dårlig kommunikasjon mellom arbeidere. Det viste seg i studien til Steihaug et al., (2014) at de savnet en primær kontakt de kunne ta kontakt med eller forholde seg til når de hadde spørsmål. Jeg erfarte også i praksis at brukere ofte hadde ønske om å ha få pleiere involvert, for å sikre god pleie.

## 5.0 Konklusjon

Hensikten med oppgaven var å finne ut hvordan hverdagsrehabilitering kan bidra til at brukeren blir mer selvhjulpen i hverdagen. Gjennom relevant litteratur og forskning innen valgt emne, har jeg kommet frem til ulike faktorer som kan ha innvirkning på hvordan hverdagsrehabilitering, kan bidra til økt selvstendighet i hverdagen. Tidlig hjelp fra hjemmesykepleien viste seg å være en avgjørende faktor for et godt rehabiliteringsutfall. Samtidig viser resultatene at fokuset må rettes mot brukerens primære behov, for at bruker skal motiveres og lykkes med resultatet. Deltakelse som er nøkkelordet i hverdagsrehabilitering er som påpekt en stor del av hverdagsrehabiliteringsarbeidet, der brukeren skal inkluderes så langt som mulig. Pårørende viser seg også å ha en betydelig innvirkning i rehabiliteringsarbeidet, og kan være en stor motivasjonsfaktor for brukeren. Til slutt ser vi hvor avgjørende det tverrfaglige samarbeidet er for å oppnå et godt rehabiliteringsarbeid. Det tverrfaglige samarbeidet vil også gi positiv gevinst i form av økt kunnskap blant helsepersonellet.

## Litteraturliste

- Baar, H. & Reeves, S. (2012). I E. Willumsen (red.) *Tverrprofesjonelt samarbeid – i praksis og utdanning*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Birkeland, A. (2014). Aktiv mestring i hjemmesykepleien. Hentet den 04.01.15:  
<https://sykepleien.no/forskning/2014/03/aktiv-mestring-i-hjemmesykepleien>
- Birkeland, A. & Flovik A. M. (2011). *Sykepleie i hjemmet*. Oslo: Akribe.
- Bredland, E. L., Linge, O. A & Vik, K. (2011). *Det handler om verdighet og deltakelse – verdigrunnlag og praksis i rehabiliteringsarbeid*. Oslo: Gyldendal Norsk forlag.
- Dalland, O. (2010). *Metode og oppgaveskriving for studenter* (4.utg.) Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Figur 1.0. Kristoffersen, N. J. (2008) Teoretiske perspektiver på sykepleie. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt & E-A. Skaug (red.) *Grunnleggende sykepleie – bind 4* (1. Utg). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Figur 2.0. Tuntland & Ness (2014). Hva er hverdagsrehabilitering? I H. Tuntland & N. E. Ness (red.) *Hverdagsrehabilitering* (1.utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Fjørtoft A.K. (2006). *Hjemmesykepleie-ansvar, utfordringer og muligheter*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad og Bjørke AS.
- Forskrift om habilitering og rehabilitering (2012). *Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator*. Hentet den 07.01.15 fra:  
<https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2011-12-16-1256>
- Hagland, H. & Solvang, P. K. (2012). Tverrprofesjonelle praksisfellesskap. I P. K. Solvang & Å. Slettebø (red.) *Rehabilitering*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Helse- og omsorgstjenesteloven (2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.*  
Hentet den 07.01.15 fra: [https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30 - KAPITTEL\\_1](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30 - KAPITTEL_1)

Hendersson, V. A. (1998). *Sykepleiens natur – refleksjoner etter 25 år*. Oslo: Universitetsforlaget.

Kjellberg, P. K., Ibsen, R. & Kjellberg, J. (2011). Fra pleie og omsorg til rehabilitering – erfaringer fra Fredericia Kommune. *Dansk sundhetsinstitut*. Hentet den 04.01.15 fra: [http://projekt.dsi.dk/uploads/upload\\_4ed35da4822b3.pdf](http://projekt.dsi.dk/uploads/upload_4ed35da4822b3.pdf)

Kristoffersen, N. J. (2008) Teoretiske perspektiver på sykepleie. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt & E-A. Skaug (red.) *Grunnleggende sykepleie – bind 4* (1. Utg). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Mathisen, J. (2011). Hva er sykepleie? – Virginia Hendersons svar. I I. M. Holter & T. E. Mekki (red.) *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie – sykepleieboken 1* (4.utg.). Oslo: Akribe.

Meld. St. 29 (2012-2013). *Morgendagens omsorg*. Oslo: Helse og omsorgsdepartementet.

Månsson, M. (2009). *Hemrehabilitering: vad, hur och för vem?*. Stockholm.

Ness, N. E. (2014). Hvordan samarbeide om viktighetsområder?. I H. Tuntland & N. E. Ness (red.) *Hverdagsrehabilitering*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Ness, N. E., Laberg, T., Haneborg, M., Granbo, R., Færevaa, L. & Butli, H. (2012). *Hverdagsmestring og hverdagsrehabilitering*. Hentet den 10.01.14 fra: <http://ergoterapeutene.org/Ergoterapeutene/aktuelt/Nyhetsarkiv/Rapporten-Hverdagsmestring-og-hverdagsrehabilitering-overlevert-departementet>

Olsson, H. & Sorensen, S. (2009). *Forskningsprosessen – Kvalitative og kvantitative perspektiver* (1.utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.



- Parsons, J., Rouse, P., Robinson, E. M., Sheridan, N., & Connolly, M. J. (2012). Goal setting as a feature of homecare services for older people: does it make a difference?. *Age & Ageing*, 41(1), 24-29. Hentet den 07.01.15 fra:  
<http://ageing.oxfordjournals.org/content/41/1/24.long#cited-by>
- Renolen, Å (2008). *Forståelse av mennesker – innføring i psykologi for helsefag*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Slettebø Å. & Madsen, V. H. (2012). Individuell plan som arbeidsmetode i rehabiliteringsprosesser. I P. K. Solvang & Å. Slettebø (red.) *Rehabilitering*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Steihaug, S., Lippestad, J., Isaksen, H., & Werner, A. (2014). Development of a model for organisation of and cooperation on home-based rehabilitation - an action research project. *Disability & Rehabilitation*, 36(7), 608-616.  
doi:10.3109/09638288.2013.800595. Hentet den 07.01.15 fra:  
<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=2012526531&site=ehost-live>
- St. meld. 47. (2008-2009) *Samhandlingsreformen- rett behandling – på rett sted – til rett tid*. Oslo: Helse og Omsorgsdepartement.
- Tinetti ME, Baker D, Gallo WT, Nanda A, Charpentier P, O'Leary J. Evaluation of Restorative Care vs Usual Care for Older Adults Receiving an Acute Episode of Home Care. *JAMA*. 2002;287(16):2098-2105. doi:10.1001/jama.287.16.2098. Hentet den 07.01.14 fra: <http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=194857>
- Tuntland, H. & Ness, N. E. (2014). Hva er hverdagsrehabilitering? I H. Tuntland & N. E. Ness (red.) *Hverdagsrehabilitering* (1.utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Vik, K. & Eide, A. (2013). Older adults who receive home-based services, on the verge of passivity: the perspective of service providers. *International Journal Of Older People Nursing*, 8(2), 123-130. doi:10.1111/j.1748-3743.2011.00305.xHentet den 12.01.14 fra:

<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=2012074341&site=ehost-live>

WHO (2012): "What is active aging?"