



HØGSKOLEN STORD/HAUGESUND

EKSAMENSINNLEVERING

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

Emnekode: **SYKHB3001**

Eksamensform: Prosjektoppgave

Leveringsfrist: 26.02.16 kl 14.00

Kandidatnr.: 1019

Antall ord: 8991

REHABILITERENDE SYKEPLEIE I SYKEHJEM

Hvordan bidra til at pasienter får tilfredsstillende rehabilitering etter funksjonsnedsettelse og er innlagt på en korttids/rehabiliterings avdeling i sykehjem?

Bachelor i sykepleie

Høgskolen Stord/Haugesund, avd. Haugesund, kull 2013

Kandidat nr: 1019

Antall ord: 8991

Sammendrag

Bakgrunn: Da samhandlingsreformen ble satt i verk i Norge i 2012, ble rehabiliteringskunnskap høyaktuelt og intensjonen var at den enkelte selv skal kunne mestre livet og gjenopprette nedsatt funksjon i størst mulig grad. Noe av det kommunene i dag tilbyr av rehabiliteringstjenester er ett korttidsopphold ved et sykehjem, ofte er det kanskje det eneste kommunene har å tilby pasientene.

Problemstilling: *Hvordan bidra til at pasienter får tilfredsstillende rehabilitering etter funksjonsnedsettelse og er innlagt på en korttids/rehabiliterings avdeling i sykehjem?*

Hensikt: Øke kunnskapen om hvordan rehabiliteringen foregår i sykehjem, hvordan det kan bidra til en bedring og effektivisering i rehabiliteringen og se på hvilken funksjon sykepleieren og det tverrfaglige rehabiliteringsteamet har i rehabiliteringsprosessen.

Metode: Litteraturstudie som bygger på data hentet fra forskning, pensum og selvvalgt litteratur.

Resultat: Gjennomgående i artiklene var viktigheten med fokus på ADL trening i rehabiliteringen. Andre avgjørende aspekt var systematisk og målrettet tverrfaglig samarbeid, aktiv pasientrolle, sykepleiere som er bevisst sin funksjon og sitt ansvar og fokus på en helhetlig tilnærming til pasientene.

Konklusjon: For at det skal skje et målrettet og systematisk tverrfaglig samarbeid er det en essensiell faktor at alle faggruppene er klar på sin funksjon og sine oppgaver i rehabiliteringsprosessen. Det må i samarbeid bli utviklet konkrete handlingsplaner i avdelingene, som blir detaljert gått gjennom sammen med hele personalet. Det er behov for spesialiserte avdelinger hvor fokuset er på at pasientene skal være aktive. ADL trening er effektivt og bør ha en sentral del av rehabiliteringen samt at en har en helhetlig tilnærming til pasientene emosjonelt på lik linje med fysisk.

Abstract

Background: When the interaction reform was introduced in Norway in 2012, the rehabilitation knowledge was seen as highly relevant and the intension was that every individual should be able cope with life and restore function as much as possible after injury. Municipalities today offers rehabilitation services on nursing homes in short-term stays, often this is maybe the only offer that the municipalities have for the patients.

Question: *How to help patients get adequate rehabilitation after a disability and are admitted on a short term/rehabilitation department in a nursing home?*

Purpose: Increase the knowledge of how rehabilitation works in nursing homes, how to make the rehabilitation better and more effective and to look at the function of the nurse and the multi-professional team in the rehabilitation process.

Method: Literature study based on data collected from research, syllabus and self-chosen literature.

Findings: Consistently in the articles was the importance of focusing on active daily living activities (ADL) in the rehabilitation process. Other important aspects were systematic and targeted interdisciplinary cooperation, active patients, nurses that are aware of their function and responsibilities and focusing on a holistic approach to the patients.

Conclusion: If we want a targeted and systematic interdisciplinary cooperation it is an important factor that all the professions are aware for their function and tasks in the rehabilitation process. It is necessary to have developed specific action plans in the departments, witch are made and gone through with all of the staff members. There is a need for specialized departments where they are focusing on patients to be active. ADL training is effective and should be a central part of the rehabilitation and it is important with a holistic approach to patients emotionally process in the same way as the physical.

Innholdsfortegnelse

1.0 INNLEDNING	1
1.1 BAKGRUNN.....	1
1.2 HENSIKT.....	1
1.3 PROBLEMSTILLING.....	1
1.4 BEGREPSAVKLARING.....	2
1.4.1 Rehabilitering.....	2
1.5 AVGRENSNING OG PRESISERING.....	2
2.0 TEORI	3
2.1 REHABILITERENDE SYKEPLEIE.....	3
2.1.1 Rehabiliteringssykepleiemodellen.....	3
Figur 1: Rehabiliteringssykepleiemodellen (Dahl, Romsland & Slettebø 2014).	4
2.2 REHABILITERING FØR OG NÅ.....	6
2.3 SAMHANDLING OG ORGANISERING.....	6
2.4 REHABILITERING I SYKEHJEM.....	7
2.5 REHABILITERINGSPROSESSEN.....	9
2.5.1 Indre prosess.....	9
2.5.2 Ytre prosess.....	10
3.0 METODE	13
3.1 LITTERATURSTUDIE SOM METODE.....	13
3.2 SØKEHISTORIKK.....	13
3.2 KILDEKRIK OG ETISKE OVERVEIELSER.....	14
4.0 RESULTAT	16
4.1 OPPSUMMERING AV HOVEDFUNN.....	19
5.0 DRØFTING	20
5.1 KLAR FUNKSJON FOR DEN REHABILITERENDE SYKEPLEIEREN.....	20
5.2 MÅLRETTET OG SYSTEMATISK TVERRFAGLIG OPPFØLGING.....	21
5.3 BEHOV FOR SPESIALISERTE AVDELINGER.....	23
5.4 TRENING I ADL- FUNKSJONER.....	24
5.5 AKTIV PASIENTROLLE.....	25
5.6 HELHETLIG TILNÆRMING I REHABILITERINGSPROSESSEN.....	26

6.0 KONKLUSJON.....	29
REFERANSELISTE	30
VEDLEGG 1: SUNNAAS ADL INDEX	34
VEDLEGG 2: SØKEPROSESSEN.....	36
VEDLEGG 3 – EKSEMPEL PÅ KILDEKRITIKK	41

1.0 Innledning

1.1 Bakgrunn

Jeg har valgt å skrive min bachelor oppgave om rehabilitering, på bakgrunn av interesse for tema og ønske om å senere jobbe med denne pasientgruppen. Jeg har også erfart hvordan pasienter kommer til korttidsopphold på sykehjem eller innlagt på sykehus på grunn av en form for funksjonssvikt. Jeg har observert hvordan dette preger pasientene og hvor viktig det er med effektiv og tilfredsstillende rehabilitering for å gjenopprette funksjonsnivået så mye som mulig. Jeg har også sett potensialer for forbedringer og behov for høyere prioritering av rehabilitering i helsetjenestene generelt. Jeg ønsker også å opparbeide meg mer kunnskap på området, sette fokus på hvor viktig rehabiliteringen er, og hva som kan gjøres for å bedre rehabiliteringen i sykehjem i kommunene.

1.2 Hensikt

Da samhandlingsreformen ble satt i verk i 2012, ble rehabiliteringskunnskap høyaktuelt og intensjonen var at den enkelte selv skal kunne mestre livet og gjenopprette nedsatt funksjon i størst mulig grad (Romsland, Dahl, Slettebø, 2015, s. 12). Stortingsmelding nummer 47 sier noe om hvordan flere kommuner har rehabiliteringsplasser i sykehjem, og at det er viktig at det her skjer ett tverrfaglig samarbeid for et reelt rehabiliteringstilbud. Målet er at pasienten skal bo og klare seg i eget hjem, og derfor er det viktig med rask igangsetting, hvor opptrening av daglige gjøremål blir nevnt som det viktigste tiltaket (St.meld. nr. 47).

1.3 Problemstilling

Ut ifra dette har jeg valgt denne problemstillingen i oppgaven min:

Hvordan bidra til at pasienter får tilfredsstillende rehabilitering etter funksjonsnedsettelse og er innlagt på en korttids/rehabiliterings avdeling i sykehjem?

1.4 Begrepsavklaring

1.4.1 Rehabilitering

Begrepet brukes om tjenester som går ut på å bedre unge, voksne og eldre funksjonsevne og aktivitetsmuligheter etter for eksempel en funksjonsnedsettelse i form av sykdom og skade. I helsetjenesten innebærer dette for eksempel opptrening eller det å mestre en ny tilværelse, og vi møter pasienten flere steder i helsetjenesten som i sykehjem, i hjemmesykepleie, i sykehus og i rehabiliteringsinstitusjoner (Romsland et al, 2015, s. 11).

” Habilitering og rehabilitering er tidsavgrensede, planlagte prosesser med klare mål og virkemidler, hvor flere aktører samarbeider om å gi nødvendig bistand til pasientens og brukerens egen innsats for å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse sosialt og i samfunnet. ”

(Forskrift om habilitering og rehabilitering , 2012).

1.5 Avgrensning og presisering

På grunn av oppgavens omfang velger jeg å fokusere på voksne og aller helst eldre da de utgjør en økende andel av befolkningen og med stigende alder øker også forekomsten av sykdom og skade som krever rehabilitering (Romsland et al, 2015, s. 18). Jeg fokuserer ikke på en bestemt aldersgruppe da variasjonen mellom alder og funksjonsnivå er stor. Jeg ønsker å fokusere på pasienter innlagt på korttidsavdeling/rehabiliterende avdeling på sykehjem, dette på bakgrunn av de til vanlig mest sannsynlig er hjemmeboende og til normalt er oppegående og selvhjulpne og har et sterkt behov for god rehabilitering. I tillegg skal kommunene nå i større grad satse og rehabilitering enn tidligere, det er altså lagt ett større ansvar på det kommunale tjenesteapparatet (Romsland, et al, 2015, s. 12).

2.0 Teori

2.1 Rehabiliterende sykepleie

Jeg har valgt å ha rehabiliterende sykepleie som mitt overordnede teoretiske perspektiv i oppgaven. Det har jeg valgt på bakgrunn av at sykepleie omhandler både direkte pasientrettede oppgaver som forebygging, behandling, lindring og rehabilitering/habiliterende funksjoner men også indirekte pasientrettede oppgaver som veiledning, undervisning, administrasjon og ledelse, fagutvikling og forskning. Nortvedt og Grønseth deler sykepleiernes funksjonsområder inn i 7 områder, hvor det ene området er sykepleierens rehabiliterende funksjon. De skriver om hvordan denne funksjonen har som mål at vi skal hjelpe pasienten å tilegne seg nødvendig kunnskap og nye handlemåter som vil hjelpe pasienten å mestre hverdagen med en ny funksjonsnedsettelse (Nortvedt, Grønseth, 2010, s. 22).

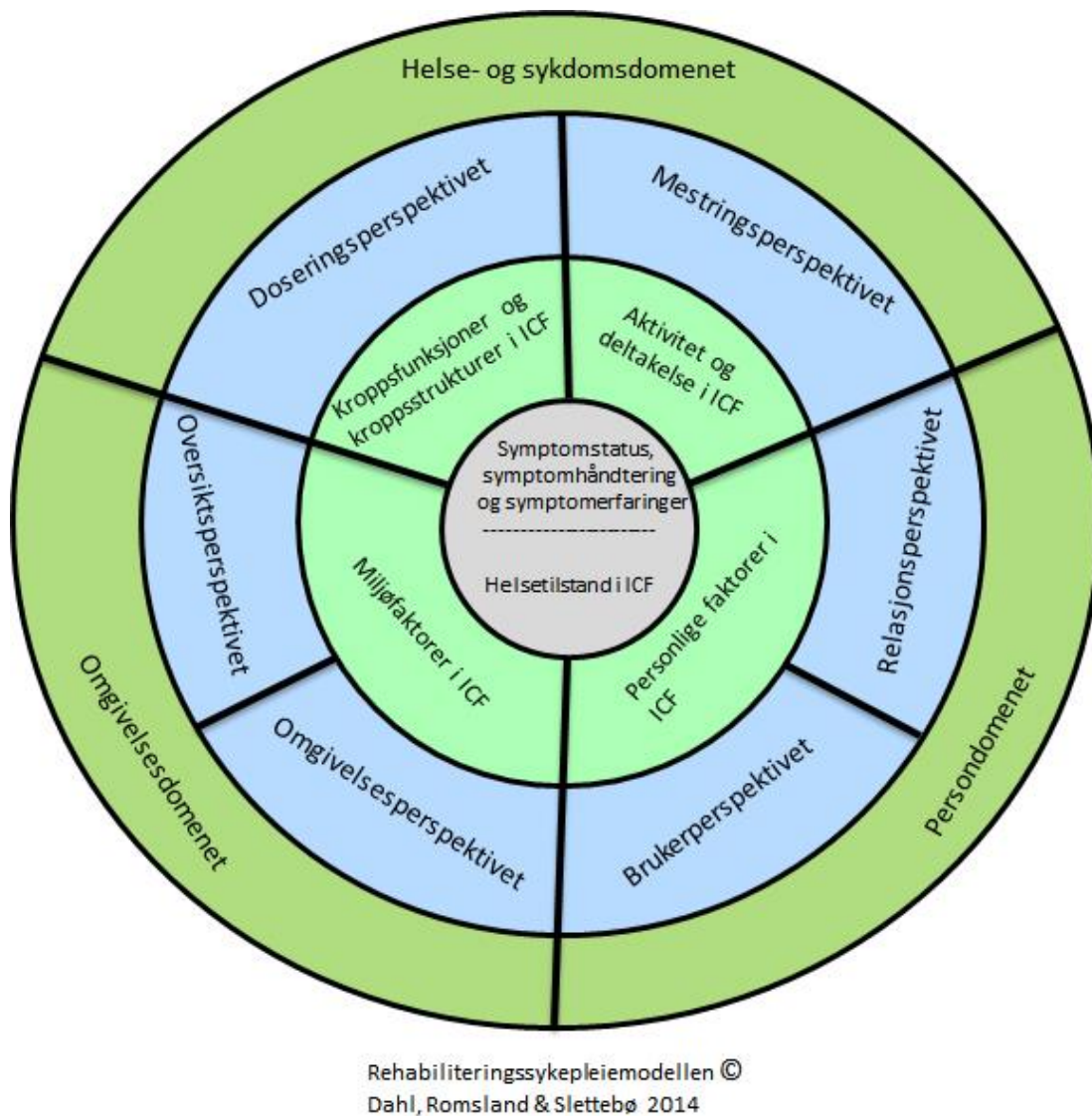
Romsland, Dahl og Slettebø skriver om rehabiliteringssykepleie, de velger å kalle det for rehabiliteringssykepleie på grunn av at rehabilitering omhandler pasientenes funksjonsevne. Funksjonsevne er både kroppslig, mentalt og sosial forankret og alt dette blir endret på grunn av sykdom eller skade. Da er det sykepleiernes oppgave å møte pasienten der den er, det kan være emosjonelt så mye som fysisk. Vi ivaretar grunnleggende behov, bidrar til funksjonsforbedringer for pasientene, ivaretar helserelaterte behov og støtter pasienten i å mestre reaksjoner og utfordringer som skaden eller sykdommen og de medfølgende funksjonsnedsettelsene medfører (Romsland et al, 2015, s. 27).

Romsland et al., definerer rehabilitering som tjenester som brukes for å bedre funksjonsevnen og aktivitetsmulighetene for unge, voksne og eldre med funksjonsnedsettelse og vi som sykepleiere møter disse pasientene i sykehjem, hjemmesykepleie, sykehus og i rehabiliteringsinstitusjoner.

2.1.1 Rehabiliteringssykepleiemodellen

Ofte kan sykepleiere ha vanskeligheter for å beskrive sin rolle og sine oppgaver i det tverrfaglig rehabiliteringsteamet. Da rehabiliteringsmodellen ble lagt i studien til Dahl, Romsland og Slettebø var det ønsket å komme frem til en enkel tilnærming til tverrfaglig rehabiliteringsarbeid for sykepleiere, slik at pasientens behov for sykepleie ble sikret i det

tverrfaglige rehabiliteringsarbeidet (Dahl, Romsland, Slettebø, 2014). I studien kom de ut ifra sykepleiernes beskrivelser frem til 6 sykepleieperspektiver:



Figur 1: Rehabiliteringssykepleiemodellen (Dahl, Romsland & Slettebø 2014).

Relasjonsperspektivet og brukerperspektivet

Disse perspektivene handler om personlige faktorene, som personlighet, mestring, familiesituasjon og motivasjon. Vi skal lytte, vise empati og tilstedeværelse, skape trygghet og forutsigbarhet. Brukermedvirkning handler om deltakelse på flere forskjellige områder og er derfor en personlig faktor (Romsland et al., 2015, s. 187).

Omgivelsesperspektivet og oversiktperspektivet

Disse perspektivene omhandler omgivelsene som kan være støttende eller barrierer i forhold til pasientens holdninger og fysisk utforming. Sykepleiernes oppgave blir i denne sammenheng å organisere rehabiliteringsvirksomheten slik at den fungerer på en god måte. Omgivelsesperspektivet legger vekt på det rehabiliterende miljøet, sykepleierens oppgave blir derfor å etablere et fysisk tilrettelagt miljø slik at pasientene kan leve så normalt som mulig etter skade, med de funksjonsnedsettelsene de har (Romsland et al., 2015, s. 190).

Doseringsperspektivet og mestringsperspektivet

Doseringsperspektivet og mestringsperspektivet omhandler direkte konsekvenser av sykdom og skade. Disse domeneene utgjør kroppsfunksjoner, kroppsstruktur, aktivitet og deltakelse. Doseringsperspektivet blir derfor en beskrivelse av sykepleiernes tilnærming til pasientens helserelaterte behov. Sykepleiernes oppgave blir derfor å vurdere hvor mye og hva slags hjelp som skal gis, sykepleierne har altså et livsviktig ansvar for helse og sikkerhet under rehabiliteringen. Mestringsperspektivet beskriver hva som skal til for at pasienten som får rehabilitering, skal oppnå selvstendighet og deltakelse, for eksempel ved hjelp av rullestol. Sykepleierne får et ansvar for trening og læring av ferdigheter, og at disse ferdighetene da kan brukes og bidra til mestring (Romsland et al., 2015, s. 192).

Rehabiliteringsmodellen kan knyttes opp både i symptomhåndteringsmodellen som forklart over med domeneene og ICF som er Verdens helseorganisasjons (WHO) internasjonale klassifikasjon av funksjon, funksjonshemming og helse (Østensjø & Søberg, 2012, s. 298-300). Symptomhåndteringsmodellen kan være nyttig i rehabilitering fordi den ivaretar behovet for å se personenes situasjon i lys av personlige, miljø eller omgivelses og helserelaterte forutsetninger som angår den enkelte personen. Symptomhåndteringsmodellen er representert som domeneene ytterst i modellen som er blitt lagt (Romsland et al., 2015, s. 184). Rehabiliteringsmodellen er også knyttet opp imot ICF, som er anbefalt av helsemyndighetene som modell for alle faggrupper i rehabiliteringsfeltet. ICF er utviklet både til undersøkelse, dokumentasjon og planlegging av tiltak (Pilmark, Mulbjerg, 2005, s. 168). Ut ifra dette kan sykepleiere bruke modellen i planleggingen utføringen og rapporteringen av sine vurderinger og intervensjoner i det tverrfaglige rehabiliteringssamarbeid (Dahl, Romsland, Slettebø, 2014).

2.2 Rehabilitering før og nå

Velferdssamfunnet i Norge har utviklet seg veldig, fra at det var helt tilfeldig hvem som fikk hjelp, til at fysikalsk medisin og rehabilitering er blitt en egen spesialitet, og at rehabiliteringstilbudet er blitt en del av velferdstilbudet. Rehabilitering som begrep er relativt nytt men tenkningen var tilstede allerede på 1800 tallet hvor det var slik at om noen skadet seg og fikk varige mén, skulle de hjelpes til å gjenopprette sin tidligere funksjon så mye som mulig. Det var først etter andre verdenskrig at begrepet kom for alvor i Norge med for eksempel ansvarsreformen. Kommunenes enheter for pleie og omsorg ble mange steder til pleie og rehabiliteringsenheter. Avlastningsopphold i stedet for sykehjems innleggelse gjorde at flere eldre kunne klare seg lengre i eget hjem, og mange mennesker med funksjonsnedsettelse og kronisk sykdom fikk bedret sine livsmuligheter i årene etter ansvarsreformen (Romsland et al, 2015, s. 208). Romsland et al. skriver om hvordan rehabiliteringsarbeid fikk et skikkelig løft da den såkalte rehabiliteringsmeldingen kom, den er basert på viktige prinsippet som respekt for menneskeverdet, brukerorientering, likeverd og tilgjengelighet, lokal forankring, tverrfaglig og tverrsektoriell tilnærming og systematisk og planmessig arbeid. Denne meldingen var særlig rettet mot kommunene, da det var her de viktigste virkemidlene og arenaene for sosial deltakelse var i følge St. Meld. nr 21 (1997-98) (Sitert i Romsland et al, 2015, s. 204-207). I 2008-2009 kom stortingsmeldingen om samhandlingsreformen, som la vekt på dagens og fremtidens helse og omsorgsutfordringer, hvor samhandlingen må prioriteres. Samhandlingsreformen har gitt kommunene en ny rolle med nye funksjoner og nytt ansvar. Kommunene skal sørge for en helhetlig tenking med forebygging, tidlig intervensjon, tidlig diagnostikk, behandling og oppfølging slik at et helhetlig pasientforløp i størst mulig grad ivaretas på en god måte (St.meld.nr. 47).

2.3 Samhandling og organisering

Den rehabiliterende funksjonen er omfattende og krever et tverrprofesjonelt samarbeid, som betyr at rehabiliteringen er basert på et samarbeid mellom alle fagpersoner, sektorer og etater. Sykepleiere inngår i dette samarbeidet når de arbeider i rehabiliteringsfeltet. Alle profesjonene forvalter både en felles grunnleggende kunnskap og kunnskap som er knyttet til det spesielle profesjonen med deres spesifikke oppgaver. Formålet med å ha disse tverrfaglige teamene går på brukernes behov for rehabilitering som innebærer en bred forståelse og

kompetanse (Romsland et al., 2015, s.80). Rehabiliteringen starter i spesialist helsetjenesten og deretter skjer det en utskrivning til hjemmet og/eller kommunenes tjenester. Samhandling mellom de ulike nivåene er en kjent utfordring i rehabiliteringsforløpet og er bakgrunnen for den nye samhandlingsreformen som kom i 2009 (Rene, Larsen, 2012, s. 222). Målet med samhandlingsreformen er at pasienten skal møte en mer helhetlig og koordinert helsetjeneste som er preget av kontinuitet og behandlingskvalitet (St.meld.nr 47).

Klar oppgave og ansvarsfordeling er grunnleggende for å oppnå god samhandling i helsetjenestene. Forskriften om habilitering og rehabilitering angir en grense mellom ansvar som er lagt til kommunehelsetjenesten og til spesialist helsetjenesten. Spesialisthelsetjenesten bør ha ansvar for tiltak som krever spesialistkompetanse eller utstyr, utrednings – og veiledningsansvar. Kommunen har hatt ansvar for brukere med midlertidige behov for tekniske hjelpemidler og pasienter i sykehjem. Da samhandlingsreformen kom var det ønsket å vurdere om kommunene skulle ta et større ansvar for store pasientgrupper som i dag får tilbud i spesialisthelsetjenesten. Det skulle også vurderes om det kunne benyttes kommunale døgnplasser med nærhet til hjemmet, fremfor plasser i spesialist helsetjenesten (St.meld.nr 47). Rehabiliteringssatsingen som er gjort er spesielt viktig for å møte utfordringene med økt antall eldre og at det er sterk vekst i kroniske og komplekse sykdommer som: diabetes, kols, kreft, demens og psykiske lidelser. Disse gruppene med pasienten krever sammensatte tjenester og mange av dem vil også ha en sterkt behov for rehabilitering (Romsland et al, 2015, s. 215).

2.4 Rehabilitering i sykehjem

Bruken av sykehjem som arena for rehabilitering er utpekt i flere politiske dokument som en viktig rehabiliteringsarena. Dette henger sammen med et behov for lokal rehabiliteringstilbud som dekker et visst omsorgsbehov, og et sted som kan gi tid og rom for rehabiliteringsopplegg. I velferdsmeldingen ble det nevnt at korttidsplasser på sykehjemmene burde økes for å dekke viktige funksjoner som rehabilitering, avlastning og tidlig utskrivning fra sykehus. Når sykehjem skal bli brukt til rehabiliteringsformål, er det for eksempel viktig at korttidsopphold for rehabilitering har en annen form og innhold enn for eksempel ett korttidsopphold for avlastning (St.meld.nr 21).

Det kan være en stor utfordring å gi tilstrekkelig tilbud fra et tverrfaglig rehabiliteringsteam på sykehjem, der det oftest bare er noen få korttidsplasser med vekt på rehabilitering. Det blir satt store forventninger til rehabiliteringssykepleieren på grunn av lite dekning av fysioterapi- og ergoterapeuttilbud ved sykehjemmet. Det er likevel vanlig mange steder at det er det eneste tilbudet kommunen har. Det blir da viktig at sykepleieren er bevisst på sin funksjon og rolle, og ut ifra det kan gi pasienten så god rehabilitering som mulig. Dette krever altså mye av sykepleierne, og de må ha kunnskap om blant annet: rehabiliteringstjenester, lovverk, organisering, forventet prognose, brukermedvirkning, motivasjonsarbeid og læring (Romsland et al., 2015, s. 19). Tingvoll og Sæterstrand skriver i sin artikkel om dette med plassmangel som et stort problem. Sykehuset presset med utskrivningsklare pasienter, men det er mangel på rehabiliteringsplasser på grunn av for få rehabiliterings og korttidsplasser på sykehjemmene. Det kommer frem i studien at rehabilitering ikke blir prioritert verken i åpen omsorg eller i sykehjemmene. Det er mangel på ergoterapeuter, aktivitører og fysioterapeuter på samme måte som det også er mangel på konkrete handlingsplaner og fysisk og sosial aktivitet (Tingvoll & Sæterstrand, 2008). Tilsynsrapport fra fylkeslege i Oslo og Akershus 2011-2012 beskriver funn ved 6 sykehjem i området. Det skulle undersøkes om pasienten får tilstrekkelig og forsvarlig rehabilitering. Bakgrunnen for tilsynene var at det var at tidligere tilsynserfaringer over tid viser at eldre er en sårbar gruppe med behov for rehabilitering. Dette er også erfart som et område med risiko for svikt, derfor ble det et statlig tilsyn ved rehabilitering i sykehjem. De samlede resultatene for funn ved sykehjemmene var at nokså entydige:

- Det tverrfaglige samarbeidet var ikke godt nok, mye på grunn av for dårlige rutiner for slikt samarbeid. Positivt funn var at de fleste helsepersonellgruppene som var nødvendige var til stedet.
- Det var mangelfull dokumentasjon, noe som heller ikke støtter opp om det tverrfaglige samarbeidet.
- Dårlig evaluering av rehabiliteringstiltak
- Ikke tilstrekkelig kompetanse og opplæring av ansatte.

(Furulund, 2012).

2.5 Rehabiliteringsprosessen

Det er flere bøker som skriver om rehabiliteringsprosessen, en prosess som beskriver hvordan man skal gå frem i forhold til rehabilitering for å få et godt resultat. Det nevnes faktorer som er viktige for at rehabiliteringen skal foregå på en best mulig måte. Bredland og Linge (2007, s. 127) skriver om rehabiliteringsprosessen som en arbeidsprosess. Dette på grunn lag av at det handler om systematisk og målrettet arbeid, hvor man følger en bestemt rekkefølge. Nettsiden helsekompetanse.no skriver også om rehabiliteringsprosessen som en systematisk og målrettet prosess (Helsekompetanse, u.å). Likevel skriver også Bredland & Linge om hvordan det er viktig å være praktisk og målrettet men at man ikke vil kunne arbeide effektivt mot målene hvis man ikke stopper opp å reflekterer og bearbeider følelser og tanker (Bredland & Linge, 2007, s.113).

Rehabilitering som fagområdet skal være ressurs orientert, ha et helhetlig perspektiv og være en prosess hvor individet selv står i sentrum. Når pasienten får hjelp til å kunne ta ansvar og kontroll over rehabiliteringsprosessen, kan det motvirke sykdomsfokusering og utvikling med at pasienten kommer i en passiv pasientrolle (Rene & Larsen, 2012, s. 220).

Bredland og Linge mener rehabiliteringsprosessen er en prosess som består av både indre mental bedringsprosess og en ytre praktisk arbeidsprosess(Bredland & Linge, 2007, s.113). Vi kan se for oss at vi deler prosessen inn i ulike faser som er viktig for å få ett vellykket resultat.

2.5.1 Indre prosess

Deltakelse

Det er viktig at rehabiliteringssykepleieren støtter pasientenes egen vilje og til å selv ta avgjørelser som gjelder egne ønsker og håp for livet. Alle har rett til å bestemme over eget liv, og ettersom rehabilitering handler om en persons liv er det selvfølge at pasienten skal ha innflytelse i planleggingen av prosessen. Det er viktig å ta hensyn til personen selv sine evner og forutsetninger, verdier, ønsker og interesser. Det er viktig at vi ikke gjør pasientene mer hjelpeløse enn nødvendig, noe som ofte er et utbredt fenomen. Det handler om misforstått omsorg med at vi gjør ting for pasientene for å være greie, noe som pasientene i utgangspunktet kan gjøre selv (Bredland, Linge, 2007, s. 116).

Trygghet

Det er viktig å skape rolige, trygge rammer rundt aktivitetene som iverksettes i rehabiliteringen av eldre. Det er viktig at de føler en trygghet, og at pasientene selv forstår *hvorfor* de skal gjennomføre de planlagte aktivitetene. Det er viktig at pasienten selv må oppleve igangsatte tiltak som meningsfulle i forhold til den enkeltes behov. Det at det er individuell tilpasning i forhold til den enkeltes behov, gjør at pasientene også opplever trygghet og tillit til personal og prosessen generelt (Øderud, Haukvik, Gully & Hem, 2001).

Motivasjon

Det å motivere pasienter er en stor del av helsearbeidernes hverdag, og utfordringen ligger i å få pasienten til å få tak i sin egen indre motivasjon. Indre motivasjon kan defineres som en aktivitet som gjøres for å oppnå en indre tilfredsstillelse (Renolen, 2008, s. 42). En fremgangsmåte som har vist seg å være nyttig i rehabiliteringsarbeid er *motiverende samtaler* eller endringsfokuset rådgivning. I disse samtalene brukes aktiv lytting, speiling, empati og det er viktig at samtalen tar utgangspunkt i pasientens holdninger, ønsker og selvbestemmelse. Vi må bruke pasientens ressurser og støtte opp under pasientens tro på at det er mulig å få til en endring (Renolen, 2008, s. 51).

Å opprettholde motivasjonen over tid er essensielt i en rehabiliteringsprosess, dette er vel så viktig som å fremme motivasjonen i begynnelsen. Opplevelsen av positiv progresjon betyr mye,- fremgang forsterker motivasjonen (Øderud et al., 2001). Motivasjon er en helt avgjørende faktor i gjenopptreningen, og det er ofte vanskeligere for en eldre person som ikke er treningsvant fra før. Det er lettere for pasientene å presse seg og blir motivert hvis rehabiliteringen tar utgangspunkt i de aktivitetene den eldre setter pris på. Det er viktig å ta utgangspunkt i hverdagens aktiviteter, da et aktivt hverdagsliv er den viktigste måten å bevare funksjonsevnen på, også når en har blitt eldre (Pilmark, Mulberg, 2005, s. 176).

2.5.2 Ytre prosess

Arbeidsprosessen

- Innhente informasjon

Planleggingen skal starte der pasienten er, og kartlegge hva som er viktig for vedkommende akkurat nå. Man må jakte på å finne pasientens ressurser, verdier, tanker, følelser, forventninger og bekymringer (Bredland & Linge, 2007, s. 129). Å starte prosessen med personenes egne fortellinger og ikke standardiserte spørreskjema gjør at det blir mer personlig. Det er personens behov og ønsker som skal være utgangspunktet for målene, derfor er det viktig at vi lytter til den enkelte bruker og at det utvikles en felles forståelse av situasjonen (Helsekompetanse, u.å).

- **Vurdere muligheter/ressurser**

I neste trinn må vi analysere denne informasjonen og se på hvilke muligheter som finnes, uten å knuse drømmer men også med å være realistiske og ikke gi falske forhåpninger. Hva som skal prioriteres først og hva som kan vente, må undersøkes (Bredland & Linge, 2007, s. 133). En rehabiliteringsprosess skal alltid være individuell og derfor må man ta utgangspunkt i behovene, mulighetene og ressursene til den enkelte pasient. I denne fasen er det også viktig å kartlegge ved hjelp av fysiske undersøkelser, tester, funksjonsvurderinger, vurdering av hjelpemidler og kartlegging av omgivelser, alt på grunn av at det er disse mulighetene og ressursene pasienten har (Helsekompetanse, u.å).

- **Sette opp mål**

Det å sette seg mål handler om å kunne forestille seg fremtiden, og det kan noen ganger være vanskelig. Det er likevel viktig å ha langsiktige og kortsiktige mål. De langsiktige skal være motiverende og ha utgangspunkt i en ønsket livssituasjon, de kortsiktige skal være konkrete steg på veien til å nå de langsiktige målene. Det er viktig at målene er konkrete slik at det er mulig å bedømme når målet er nådd (Helsekompetanse, u.å.). Det å ha felles mål er også viktig, etter å ha diskutert muligheter og behov. Dette er for å legge til rette for ett godt tverrfaglig samarbeid hvor teamet får en forståelse av hva man skal jobbe med og hensikten med arbeidet blir tydeligere (Bredland & Linge, 2007, s. 138). Helsekompetanse.no har lagt en huskeregel for formulering av mål som de kaller SMARTE mål:

Spesifikke - klar, konkret, entydig angivelse av forventet resultat - helst tallfestet

Målbare - man skal kunne vite om målet er oppnådd

Ansporende - være utfordrende, gi mulighet for egenutvikling og inspirere til nytenkning

Realistisk - oppnåelig i forhold til andre oppgaver og ressurser

Tidfestet - angi når resultatet skal være nådd

Enighet om målet - forankring hos brukeren og de som yter bistand

(Helsekompetanse, u.å).

- **Lage en rehabiliteringsplan**

En detaljert rehabiliteringsplan kan utgjøre den felles plan for de ulike fagprofesjonelles bidrag i den daglige rehabiliteringen (Romsland et al., 2015, s. 25). Det er viktig at planen settes opp i forhold til målene som er satt, og planen skal være skriftlig og tilgjengelig for pasienten. Planen skal ikke være for detaljert, men beskrive hva som må gjøres for å nå målene, hvem som har ansvar for tiltakene, hvor og når og hvor lenge tiltakene skal gjøres (Helsekompetanse, u.å). Det er viktig at pasientene selv skal ta ansvar og selv utøve egenomsorg etter sykdom og skade, dette gir seg ofte uttrykk gjennom utøvelse av dagligdagse aktiviteter (ADL). Derfor er det viktig at rehabiliteringen inkluderer trening i ADL, dette er et samarbeid mellom fysioterapeut, sykepleier og pasient (Romsland et al., 2015, s. 63).

- **Gjennomføre og evaluere planen**

Det må foregå en kontinuerlig evaluering som en del av samhandlingen mellom bruker og personal. Både metoder, tiltak, mål og teknikker må justeres og tilpasses kontinuerlig. Det må da vurderes grad av måloppnåelse og se om tiltakene har hatt ønsket effekt (Helsekompetanse, u.å). Planen skal altså være et dynamisk verktøy, slik at den kan endret og forbedres (Bredland & Linge, 2007, s. 140).

3.0 Metode

Metode er den systematiske fremgangsmåten du benytter for å samle inn informasjon og opparbeide deg kunnskap for å kunne belyse valgt problemstilling på best mulig måte (Thidemann, 2015, s. 76). Metoden blir vårt redskap som skal hjelpe oss å samle inn den informasjonen vi har behov for, slik at vi kan svare tilstrekkelig på problemstillingen.

Vi skiller mellom kvalitative og kvantitative metoder. Kvantitative gir opp målbare enheter mens kvalitativ fokuserer mer på mening, erfaringer, følelser og tanker og lar seg ikke tallfeste (Dalland, 2012, s. 112).

3.1 Litteraturstudie som metode

I denne bacheloroppgaven skal jeg bruke litteraturstudie som metode, det vil si en studie som systematiserer kunnskap fra ulike skriftlige kilder. Det handler om å samle inn litteratur, gå gjennom med kritisk blikk og til slutt sette sammen det hele for å svare på valgt problemstilling. Målet med oppgaven er å gi leseren kunnskap og forståelse på området som blir lagt frem i oppgaven (Thidemann, 2015, s. 79).

Jeg ønsker i min oppgave å starte med å gå gjennom litteratur og forskning som har jeg funnet for så å systematisere og utdype dette i en videre teoridel. Hovedtyngden av teorien kommer fra boken til Romsland, Dahl og Slettebø (2015), da denne boken er helt ny og oppdatert på temaet *sykepleie og rehabilitering*. Jeg skriver om relevant forskning i resultatdelen av oppgaven og setter dette opp mot teori i en egen drøftingsdel. Det er både brukt kvantitativ og kvalitativ forskning i oppgaven, samt rapporter og fagartikler for å belyse problemstillingen. Konklusjonen skal oppsummere kunnskapen som er opparbeidet og det er her en skal svare på problemstillingen ut fra det og eventuelt nevne hva vi fortsatt mangler kunnskap om (Dalland, 2012, s. 231).

3.2 Søkehistorikk

Det har vært utfordrende å søke og lete etter relevant forskning og pensum for å belyse rehabilitering i sykehjem. Litteratur har jeg funnet ved biblioteket ved Høgskolen Stord/Haugesund avd. Haugesund og ved biblioteket på Universitetet i Stavanger. Jeg har søkt i forskjellige databaser som: Cinahl, PubMed, Chochrane, og lest blant annet i overskrifter deretter sammendrag for å lete etter relevant forskning. Jeg har også søkt utfra litteraturlister i forskning, rapporter, artikler og annen litteratur. Dermed har mye av mine søkeord i databasene også basert seg på forfatternavn for å lete opp artiklene og lese om de var relevante. Jeg har også søkt og brukt tilsynsrapporter med resultater fra tilsyn ved rehabilitering i sykehjem i oppgaven, da de belyser hvordan rehabiliteringen oppleves i sykehjem. Søkeord jeg har brukt: Rehabilitation + nurcing home + rehabilitation programs + effective rehabilitation + participation + long term care + Nurs* + geriatric nursing. Rehabilitering + eldre + rehabilitering i sykehjem OG samhandlingsreformen.

3.2 Kildekritikk og etiske overveielser

Kildekritikk handler om det å vurdere og karakterisere den litteraturen som benyttes i oppgaven. Kildene skal være tilstrekkelige til å svare på problemstillingen, de skal både være pålitelige og relevante (Dalland, 2012, s. 72). Se vedlegg 3 for eksempel på kildekritikk.

Artiklene jeg har valgt er bygd opp etter IMRAD prinsippet som er en forkortelse for: introduksjon, metode, resultat (AND), drøfting. Jeg har funnet forskning som kan belyse min problemstilling fra forskjellige vinkler, selv om kanskje ikke alle artiklene har direkte med behandling i sykehjem å gjøre. Har likevel valgt å ta med artiklene da funnene i forskningen kan brukes for å belyse min problemstilling. Jeg har ikke vært så veldig fokusert på årstall, da det viktigste har vært at funnene har en relevans til problemstillingen. Likevel har jeg passet på at de helst ikke er eldre enn 10 år slik at de på best mulig måte skal fortelle noe om hvordan situasjonen er nå. Har to forskningsartikler fra 2002, valgte å ta de med på grunn av at jeg ser dem som relevante for å svare på problemstillingen. Jeg har ikke fokusert på noe diagnose i søkene mine men har lest en del artikler for å se om de kan brukes til tross for det, har ut ifra det valgt en artikkel som omhandler pasienter med slag, men hvor resultatene likevel kan belyse min problemstilling. For mer detaljert litteratursøk se vedlegg 2.

Etiske overveielser handler ikke bare om å følge regler, det er å være ryddig og pålitelig i arbeid med personopplysninger (Dalland, 2012, s. 95). All forskning brukt i oppgaven er godkjent av etiske komitéer, og personopplysninger og samtykke skjemaer for deltakelse er blitt utlevert til deltakere i de fleste studiene. Det er likevel registrert ett unntak på studien til Szczepańska-Gieracha et al., 2014, hvor de ikke har gjort greie for etiske overveielser i studien. Har likevel valgt å inkludere studien i oppgaven da jeg går ut ifra at de mest sannsynlig har utført dette da pasientene deltar i noe som egentlig ikke er en del av behandlingen ved sykehjemmet.

Jeg har prøvd å vært så nøyaktig som mulig i kildehenvisning og skrevet litteraturliste i henhold til Høgskolen Stord/Haugesund sine retningslinjer

4.0 Resultat

Jeg vil her presentere forskningsartiklene jeg har sett på som relevante for å belyse min problemstilling: ”*Hvordan bidra til at pasienter får tilfredsstillende rehabilitering etter funksjonsnedsettelse og er innlagt på en korttids/rehabiliterende avdeling i sykehjem?*”

Johansen, Lindbæk, Stanghelle & Brekke, 2011.

Effective rehabilitation of older people in a district rehabilitation center.

Hensikten med studien var å se hvilken effekten et rehabiliteringsopphold i primærhelsetjenesten hadde på pasienten, både mentalt, fysisk og emosjonelt med ett stort team av personell som hadde tilbud om et strukturert og planlagt rehabiliteringsopplegg. Pasienten skulle øve seg i ADL (Active Daily Living) funksjoner utifra de 12 aktiviteter fra Sunnaas ADL index: Fødeinntak, kontinens, mobilitet innendørs, toalettbesøk, overflytting, av/på kledning, daglig hygiene, matlaging, bad/dusj, husarbeid, mobilitet utendørs og kommunikasjon. Tiltak ble iverksatt ut ifra disse ADL områdene over perioden på 2 uker (se vedlegg 1). Studien er relevant for min problemstilling på grunn av at funnen viste hvordan ADL funksjonen bedret seg veldig i å øve på aktiviteter relatert til Sunnaas ADL index, og i hele 95 % av tilfellene vedvarte dette til oppfølgingen etter 3 måneder. Studien viser altså hvordan fokus på ADL hos eldre vil være effektivt og føre til selvstendighet og mestring ved utskrivelse, den belyser også viktigheten med spesialiserte avdelinger hvor fokuset er rettet mot rehabiliteringen.

Hvalvik, 2002.

Eldre og rehabilitering ; en studie av hva pasienter ved en geriatrisk rehabiliteringsavdeling opplever at bidrar til god rehabilitering

Funnene i studien kan brukes for å belyse min problemstilling ved at den ser på faktorer som kan fremme og hemme rehabilitering av eldre ut ifra pasientenes perspektiv. Pasientene gav uttrykk for at oppholde hadde gitt dem ro og hvile, en pause fra de daglige gjøremålene i

hjemmet. Selv om pasientene var fornøyde med oppholdet var forventningene og målsetningene til pasientene få. De gav også uttrykk for at de ikke var med å satte egne mål, og at de opplevde mangel på aktiv, individuell og målrettet behandling. Pasientene visste lite om egen plan og behandlingsopplegg, men mange gav uttrykk for at det var mye opp til hver enkelt hva de ville gjøre utav treningen. Pasienten gav uttrykk for at de ønsket mer tilrettelegging og øving på ADL (active daily living) oppgaver, da de ville være trygge på dette ved utskrivelse til hjemmet. Studien belyser også hvordan korttidsopphold etter et sykehus opphold kanskje har gitt pasientene en etablert passiv pasient rolle og at det kreves bedre informasjon og aktiv deltakelse for å få pasientene motiverte for å nå målene sine. Vel og merke var pasientenes mål og være selvstendige i eget hjem etter utskrivelse. Pasientens oppfatning av sykepleierne var at de var engler, alltid tilgjengelige, snille og skapte en trygghet. Studien belyser hvordan sykepleierne har en viktig rolle i å støtte pasientene og gi dem viktig informasjon slik at de tar de rette valgene og blir motiverte for bedring.

Huijben-Schoenmakers, Gamel, Hafsteinsdóttir, 2009.

Filling up the hours: How do stroke patients on a rehabilitation nursing home spend the day?

Studien er relevant da funnene belyser hvordan pasienter på rehabiliterende avdeling på sykehjem bare er i terapeutisk aktivitet små deler av dagen, bare 20 %. Den største delen av dagen tilbrakte de alene uten å gjøre noe, ventende og uten kontakt med noen. Bare 4 % av dagen med fysioterapeut og 9 % med sykepleier. 80 % av dagen tilbrakte pasienten alene uten noen form for terapeutisk aktivitet og uten tilsyn. I studien skriver de at det er et viktig spørsmål å stille seg om hvordan den terapeutiske treningen i daglige aktiviteter kan blir bedre for pasienter med slag i sykehjem. Her belyser de viktige punkter for å belyse min problemstilling med at de sier noe om hvor viktig det er at helsepersonell på sykehjem legger til rette for trenings program hvor det er et tverrfaglig samarbeid som skreddersyr et program for den enkelte pasient. Oppgave orientert trening er stadig viktigere, med vekt på opplæring av pasienter innenfor den daglige sammenhengene (ADL) ved pleieavdelingene. Godt samarbeid i det tverrfaglige arbeidet viser bedre resultater for pasientene.

Szczepańska-Gieracha, Kowalska, Pawik, Rymaszewska, 2014

Evaluation of a short-term group psychotherapy used as part of the rehabilitation process in nursing home patients.

Studien er relevant for oppgaven da funnene viser hvordan et 4 ukers gruppe psykoterapi kan være en effektiv måte å bedre rehabiliteringsprosessen av eldre på sykehjem hvor fokuset er på den indre emosjonelle prosessen på lik linje med den ytre fysiske prosessen. Pasienten i gruppen skulle ha 2 uker hvor fokuset var på tanker og følelser relatert til sin funksjonsnedsettelse. Dette var for å redusere isolasjon og ensomhet og for å opprette ett støttende miljø for personer i samme situasjon. I de neste 2 ukene ble det fokuset på hva som kunne gjøres for at pasientene skulle få det bedre og bedre sin funksjon i dagliglivet. Pasientene gav håp til hverandre og ble hverandres rollemodeller, noe som igjen påvirket motivasjonen til pasientene. Det var også en kontroll gruppe som hadde standarden for rehabilitering som var individuell fysioterapi og gruppe ergoterapi. Resultatene viste at følelsen av velvære var fire ganger så høy i eksperimentgruppen som i kontrollgruppen. Effekten av fysioterapien var nesten to ganger bedre i eksperimentgruppen. I eksperimentgruppen var hele 38 % så godt rehabilitert etter en måned på sykehjemmet at de kunne reise hjem, tilsvarende var på 13 % i kontrollgruppa.. Studien belyser viktigheten med at pasientene mestrer de psykiske utfordringene men også aktiviteter i dagliglivet (ADL-oppgaver).

Long, Kneafsey, Ryan & Berry, 2002

The role of the nurse within the multi-professional rehabilitation team.

Artikkelen er relevant for oppgaven da funnene tar for seg pasienters, andre faggrupper i det tverrfaglige arbeidet sine meninger om sykepleiernes rolle i rehabiliteringsprosessen. Sykepleiernes gir uttrykk for at tidspress, mangel på kunnskap og ferdigheter gjør at de ikke klarer å utføre den rehabiliteringen som forventes av dem. I tillegg belyser artikkelen hvordan sykepleierne ofte blir sett på som at de gjør ting for pasientene som de egentlig kan gjøre selv. Artikkelen belyser seks områder som sier noe om sykepleiernes viktige funksjon. Område 1 handler om hvordan sykepleierne vurderer pasientene, de har det oversiktlige blikket og kan formidle sine viktige observasjoner til resten av rehabiliteringsteamet. Område 2 handler om koordinering og kommunikasjon, hvordan sykepleiernes informasjon er viktig for at andre grupper kan drive sitt arbeid rundt pasienten og hvordan sykepleierne kommuniserer i alle ledd rundt pasienten. Område 3 handler om den tekniske og fysiske omsorgen rundt medisinske administrasjon, ernæring, personlig hygiene og komfort. Område 4 handler om oppfølging av

terapiopplegg og etablere et terapeutisk miljø, dette kan handle om å inkludere fysioterapeutens plan i pasientens daglige aktivitet. Område 5 handler om emosjonell støtte av pasientene: motivasjon, støtte, informasjon, oppmuntring og etablering av et støttende miljø. Område 6 handler om å involvere familie og være en støtte spiller også for dem i samhandlingen med pasienten.

4.1 Oppsummering av hovedfunn

Gjennomgående i alle artiklene er hvor nyttig det er med fokus på ADL funksjoner for å bidra til at de eldre pasientene får tilfredsstillende og effektiv rehabilitering. Dette er avhengig av at pasientene får være aktivt med å planlegge egne mål og ikke får en passiv rolle. Et annet aspekt er viktigheten med ett godt tverrfaglig samarbeid, hvor det er opprettet konkrete handlingsplaner. Et tredje aspekt er at sykepleiernes er bevisst sin funksjon og sitt ansvar i rehabiliteringen slik at de kan arbeide på en målrettet måte. Gjennomgående i artiklene er også fokuset på en helhetlig tilnærming til pasientene.

5.0 Drøfting

I denne delen av oppgaven vil jeg drøfte funn fra utvalgte forskningsartikler oppimot teori, og andre studier gjort på området, jeg vil også ta med egne erfaring på området for å svare på min problemstilling: *”Hvordan bidra til at pasienter får tilfredsstillende rehabilitering etter funksjonsnedsettelse og er innlagt på en korttids/rehabiliterende avdeling i sykehjem?”*

Temaer som skal drøftes er:

- Klar funksjon for den rehabiliterende sykepleieren
- Måltrettet og systematisk tverrfaglig oppfølging
- Behov for spesialiserte avdelinger
- Trening i ADL – funksjoner
- Aktiv pasient rolle
- Helhetlig tilnærming i rehabiliteringsprosessen

5.1 Klar funksjon for den rehabiliterende sykepleieren

For at pasientene skal få en tilfredsstillende rehabilitering er det viktig at sykepleierne er klar på sine oppgaver og sitt ansvar slik at pasientene får tilfredsstillt sine behov på en god og forsvarlig måte. I studien til Tingvoll og Sæterstrand kommer det frem at det er mangel på kompetanse og ut ifra dette blir ikke hensynet til den enkelte ivaretatt. Det kom også frem i studien at det var mangel på konkrete handlingsplaner for fysisk og sosial aktivitet. Dette bekreftes i studien til Long et al., som kom frem til at sykepleierne mangler en forståelse, kunnskap og ferdigheter i forhold til rehabiliteringsvirksomheten og at faktorer som tidspress gjør at det blir lite tid til å prioritere rehabiliteringen (Long et al., 2002., Tingvoll & Sæterstrand, 2008., Dahl, Romsland & Slettebø, 2014).

Tidspress blir nevnt i forskning som en hemmende faktor for at sykepleierne føler de ikke har tid til å prioritere rehabiliteringen på den måten som forventes. På en korttidsavdeling har jeg observert hvordan sykepleierne ofte bruker mye tid på de mest pleietrengende pasientene, da

det ikke bare er pasienter som er innlagt for rehabilitering men også for eksempel i vente av en langtidsplass eller avlastningsopphold. Pasientene som er inne for rehabilitering blir mange ganger nedprioritert, siden medisin administrering og prøvetaking blir prioritert over. Dette er veldig viktige områder, men på en annen side vil det skape enda mer trykk og press på helsevesenet om de som har rehabiliteringspotensial også blir pleietrengende og sengeliggende (Long et al., 2002).

Det er gjennomgående i flere artikler at sykepleierne føler de har en uklar funksjon i rehabiliteringsarbeidet, dette var også noe som bekreftes i en studie av Dahl et al., (2014) som ut ifra det lagte rehabiliteringsmodellen. Sykepleierne i studien gjorde rede for 6 perspektiver som ble relatert til rehabiliteringsarbeid i modellen. Long et al., kom også frem til 6 områder som beskriver sykepleiernes oppgaver i rehabiliteringen , og disse kan sammenlignes med de 6 områdene som Dahl et al., kom frem til i sin studie (Dahl et al., 2014 ., Long et al., 2002). På en side skal sykepleiere være der for pasientene psykisk, vi skal vise empati, tilstedeværelse, trygghet, forutsigbarhet og vi skal støtte pasientene gjennom det emosjonelle de går gjennom. For å skape et støttende miljø er det avgjørende med emosjonell støtte og motivasjon, i tillegg til at vi også involverer familien og er en støtte for dem. På en annen side innebærer sykepleiernes funksjon det fysiske og tekniske rundt pasientene. Sykepleierne har ett oversiktsperspektiv som gjør at de har der overordnede blikket. Det er sykepleierne som er med pasientene den største delen av dagen, det er sykepleierne som ser at samhandlingen rundt pasienten fungerer normalt, det er de som er i kontakt med lege og observerer pasientene i deres daglige aktivitet og så formidler videre til blant annet lege, fysioterapeut, ergoterapeut og psykolog. Dette gjør sykepleiernes vurderinger, koordinering av tjenestene og oppfølging av opplegg fra for eksempel fysioterapeut som avgjørende i rehabiliteringsvirksomheten (Romsland et al., 2015, s. 210, Dahl et al., 2014., Long et al., 2002).

5.2 Målrettet og systematisk tverrfaglig oppfølging

Målet med samhandlingsreformen var at pasienten skal møte en mer helhetlig og koordinert helsetjeneste som er preget av kontinuitet og behandlingskvalitet (St.meld.nr 47). Det kan være vanskelig å få til ett tilstrekkelig tilbud fra et tverrfaglig rehabiliteringsteam på

sykehjem, på grunn av liten dekning av fysioterapi- og ergoterapeuttilbud. Dette bekrefter en studie fra sykehjem med de gir uttrykk for at de har mangel på tverrfaglighet og kompetanse ved sykehjemmene (Romsland et al., 2015, s. 19., Tingvoll & Sæterstrand, 2008).

Så hvordan kan vi nytte best av det tverrfaglige rehabiliteringstilbudet på sykehjem, til tross for få fysioterapeuter og ergoterapeuter og andre faktorer som for eksempel tidspress? Her spiller fysioterapeuten sitt arbeid en stor rolle. I praksis har jeg erfart at den travle hverdagen til en fysioterapeut i kommunen som skal rundt på flere sykehjem, skaper vanskeligheter. Erfaringsmessig har jeg sett at kanskje fysioterapeuten lager ett behandlingsopplegg men at dette ofte ikke blir fulgt opp av pleierne og bare blir liggende på kontoret. Det er viktig at fysioterapeuten da ikke bare lager øvelser, men også setter seg ned med personalet da det har komnt frem at det ofte mangler kompetanse på rehabiliteringsområdet. Det er viktig at fysioterapeuten utarbeider gode rehabiliteringsplaner og at disse blir gått gjennom og at det blir gitt detaljerte opplysninger til helsepersonell om hvordan/hvorfor det skal utføres. Tverrfaglighet og systematisk oppfølging har effekt på rehabiliteringen av eldre og derfor er det viktig at samarbeidet her fungerer slik at rehabiliteringen blir tilfredsstillende og møter behovene til pasientene. Det er også komnt frem i forskning hvor viktig det er at sykepleierne også blir flinkere å formidle sin kunnskap videre til hjelpepleiere da det også er mange i denne faggruppen ved et sykehjem. Det er viktig at de også på samme måte som sykepleiere og fysioterapeut arbeider målrettet og følger rehabiliteringsplanen (Johansen et al., 2011., Huijben-Schoenmakers et al., 2009., Szczepańska-Gieracha et al., 2014., Tingvoll & Sæterstrand, 2008., Long et al., 2002).

For å effektivisere er det viktig med klare roller og ansvarsfordeling i det tverrfaglige arbeidet. Rehabiliteringsmodellen kan hjelpe det tverrfaglige teamet å ”snakke samme språk”, slik at pasientens behov for rehabilitering og sykepleie blir sikret. ICF er mye diskutert men blir mye brukt i rehabiliteringsarbeid og helsemyndighetene mener det kan relateres til alle faggruppene, til tross for dette har sykepleierne ofte hatt problemer å relatere sitt arbeid til dette. Med rehabiliteringsmodellen blir det lettere for sykepleierne å delta både i planleggingen, utførelsen og rapporteringen av sine vurderinger og intervensjoner i det tverrfaglige rehabiliteringssamarbeidet. For at rehabiliteringen skal bli mer effektiv og målrettet er det viktig med konkrete handlingsplaner som fysioterapeut lager og går gjennom med personalet, i tillegg til at sykepleierne opparbeidet seg en dypere forståelse av deres

oppgaver og ansvar og følger dette opp, her kan rehabiliteringsmodellen ses på som et verktøy i den sammenheng. (Dahl et al., 2014).

5.3 Behov for spesialiserte avdelinger

Det har vært for lite satsing på å begrense og forebygge sykdom, fokuset har mer vært på sykdom og komplikasjoner. Hva kan gjøres for å få en bedring på dette?

Samhandlingsreformens svar på dette er tidlig avdekking av funksjonssvikten. Tidlig igangsetting av rehabiliteringstiltak i kommunehelsetjenesten kan i følge reformen bedre den enkeltes funksjon og mestring, redusere behovet for pleie og omsorgstjenester, institusjonsplass eller spesialisthelsetjeneste (sitert i Romsland et al., 2015, s. 217).

Noe av det kommunene i dag tilbyr av rehabiliteringstjenester er ett korttidsopphold ved et sykehjem, ofte er det kanskje det eneste kommunene i dag har å tilby pasientene. Romsland et al., (2015) skriver at i sykehjemmene er det ofte mangel på tilstrekkelig med fysio- og ergoterapeuttilbud, og det blir da ett enda større ansvar for å ivareta rehabiliteringen for sykepleierne. Tingvoll og Sæterstand (2008) bekrefter dette i sin studie hvor de skriver at mangel på ergoterapeuter, aktivitører og fysioterapeuter gjør at det også blir mangel på konkrete handlingsplaner og fysisk og sosial aktivitet. De skriver også om hvordan et stort antall pleiepasienter og få korttidsplasser gjør at rehabiliteringsplaner blir skjøvet til side. Forskning viser at eldre har bedre utbytte av rehabilitering på et spesialist rehabiliteringssenter i primærhelsetjenesten enn på kommunenes plasser for rehabilitering i sykehjem (Johansen et al., 2011). Tilsynsrapport fra fylkeslege i Oslo og Akerhus (2011-2012) viser på en annen side igjen at sykehjemmene hvor tilsynene tok sted, at ett av de positive funnene ved sykehjemmene var at de fleste helsepersonellgruppene faktisk var til stedet ved sykehjemmene, men at svikten var i det tverrfaglige samarbeidet på grunn av at det ikke fungerte på en tilfredsstillende måte. At oppfølging, dokumentasjon og evaluering for å støtte opp om det tverrfaglige samarbeidet ikke var godt nok. Det svikter rehabiliteringsprosessen i seg selv som ifølge Bredland og Linge (2007, s. 127) skal være en systematisk og målrettet arbeidsprosess.

Hvis en bare har plass på korttidsavdeling i sykehjem å tilby pasientene er det nødvendig å utnytte avdelingens muligheter og utarbeide rutiner som minsker pasientenes passivitet, med for eksempel oppmuntring til å gå til bordet, delta på felles gymnastikk og gå til badet om

morgenen og ved toalett besøk. Det er viktig at det er et støttende og terapeutisk miljø som er tilrettelagt for at pasientene skal kunne drive rehabilitering. Omgivelsesperspektivet i rehabiliteringsmodellen sier noe om dette, her legges det vekt på det rehabiliterende miljøet, hvor det skal være et fysisk tilrettelagt miljø slik at pasientene kan leve så normalt som mulig. Til tross for dette gir pasientene i forskning på en geriatrik rehabiliteringsavdeling at omgivelsene var besværlige, med for eksempel dårlige toalett og dusj muligheter. På en annen side er praksis erfaringene mine i sykehjem annerledes. Alle hadde dusj og do muligheter på rommet, eneste hemmende kan være at 2-3 pasienter deler rom. Likevel ser jeg også behov for av avdelingen er mer spesialisert med en annet preg, hvor fokuset her blir annerledes enn hvor det er demente og sengeliggende pasienter. Da blir det lettere å innarbeide rutiner som aktiviserer pasientene mer og skaper ett mer terapeutisk tilrettelagt miljø. (Romsland et al., 2015, s. 190., Hvalvik., 2002).

5.4 Trening i ADL- funksjoner

ADL som betyr *activities of daily living* er aktiviteter som møter oss i vårt hverdagsliv, på kledning, klare å gå på do selv og ta seg av sin personlige hygiene er noe som er viktig for oss alle. Det kan ofte være nedverdiggende å deprimerende for pasienter å plutselig bli avhengig av hjelp til gjøremål de alltid har klart å gjøre selv. På bakgrunn av dette er det veldig viktig at en har fokus på å trene pasienter i ADL, og at det stadig kan få en mestringsfølelse og ny motivasjon for å stadig klare mer selv. I praksis har jeg sett hvordan pasienter for eksempel med slag bærer preg av for eksempel å bli matet og stelt, noe som de til vanlig har klart selv. Jeg har sett hvordan pasientene fort kan gi opp å ønske at sykepleierne skal gjøre det meste for dem. Dette er noe forskningen til Long et al., bekrefter hvor de skriver at pasientene ofte forventer at sykepleierne skal ”gjøre for” dem. Sykepleierne i forskningen belyser også dette som problematisk, da behovet for effektivitet og forventinger fra pasientene gjør at sykepleierne gjør ting for pasientene som de hadde hatt mulighet for å gjøre selv. Det er da viktig å stoppe opp å få en forståelse for at dette gjør ikke pasientene noen tjeneste, med å ”gjøre for ” gjør vi bare pasientene mer passive (Long et al., 2002). På en side ser vi altså viktigheten med å trene på ADL funksjoner og det å ikke gjøre pasientene passive, på en annen side ser vi likevel hvordan sykepleierne ” gjør for” pasientene noe som også faktisk forventes av pasientene.

Målet til pasientene er ofte å komme hjem og klare seg selv igjen etter de har hatt en funksjonsnedsettelse. Det er viktig å respektere pasientens mål og det blir alle faggruppene i det tverrfaglige samarbeidet sitt ansvar å hjelpe pasientene å nå målene. Alle forskningsartiklene jeg har med i oppgaven belyser hvor viktig det er med fokus på ADL funksjoner for å bidra til at de eldre pasientene får tilfredsstillende og effektiv rehabilitering. Ut ifra dette ser vi at det er viktig at vi prioriterer å øve på ADL funksjoner sammen med pasientene (Johansen et al., 2011., Hvalvik, 2002., Huijben-Schoenmakers et al., 2009., Szczepańska-Gieracha et al., 2014., Long et al., 2002). Trening i ADL funksjoner innebærer for eksempel trening i matsituasjoner, trening i situasjoner knyttet til toalettbesøk, knyttet til mobilitet innendørs og utendørs, forflytning, av/på kledning og trening i å mestre og ivareta personlig hygiene.

5.5 Aktiv pasientrolle

Hensikten med rehabiliteringsopphold er jo nettopp det at pasienten skal få bistand til å kunne delta i samfunnet på egne premisser og på lik linje med andre (Tingvoll & Sæterstand, 2008). Dette er også forankret i begrepet *rehabilitering*, hvor målet med rehabiliteringen er at pasienten skal oppå best mulig funksjonsevne og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse sosialt og i samfunnet generelt (Forskrift om habilitering og rehabilitering, 2012). Det kan likevel settes spørsmål ved om rehabiliteringen er så effektiv og målrettet som skal være? Huijben-Schoenmakers et al., hadde en studie hvor de fokuserte på tiden som faktisk ble brukt til rehabilitering ved en rehabiliterende avdeling på sykehjem. Studien viste at det til tross for ett sterkt behov for rehabilitering, brukte pasienten bare 20 % av dagen på terapeutisk aktivitet, bare 4 % av dagen ble brukt på fysioterapi. Pasientene var for det meste passive, alene uten noen sosial kontakt med andre (Huijben-Schoenmakers et al., 2009). I denne forskningen vises det altså at det som står i forskriftene ikke alltid svarer til det som skjer i praksis, verken funksjonsevnen, mestringsevnene eller deltakelse i det sosiale ble bedret ut ifra hva vi ser av funnene i denne studien. Dette svarer veldig til egne erfaringer ved korttidsavdeling ved sykehjem, hvor pasientene er inne for ett rehabiliteringsopphold. I avdelingen jeg var i praksis var det fysioterapeut som var innom, men denne fysioterapeuten var ansatt i kommunen og hadde flere sykehjem og mange pasienter å nå ut til i løpet av sin

arbeidsdag. Lite av dagen ble derfor brukt til fysioterapi og sykepleierne hadde ikke tid til å prioritere rehabiliteringen da det kunne være en veldig tidkrevende prosess. Tingvoll og Sæterstrand bekrefter noen av disse aspektene med at sykepleielederne på sykehjemmene fortalte at fysioterapeuten ofte går i reduserte stillinger og er ikke i samarbeid med noe team. Studien deres viser også at det er mangel på veiledning av personal i hvordan en faktisk skal trene opp pasientene (Tingvoll & Sæterstrand, 2008).

Korttidsopphold/rehabiliteringsopphold på sykehjem kommer som regel etter at pasientene har vært innlagt på sykehus og det er muligheter for at de da har fått en etablert pasientrolle som er passiv. Pasienter gir uttrykk for at de vet lite om både mål og plan med oppholdet. Her blir det da viktig med informasjon til pasientene i tillegg til at pasientene aktivt må delta i å sette mål for rehabiliteringen. Ut ifra dette vil da pasienten få ett individuelt tilpasset rehabiliteringsopplegg hvor de selv har deltatt i planleggingen, noe som igjen kan gi motivasjon og følelse av mestring i rehabiliteringsprosessen. I en studie av Hvalvik (2002) gjort for å undersøke pasientenes forventninger ved korttids rehabiliteringsopphold, viser det at pasientene på en side hadde forventninger om å ”kunne ta det helt med ro” og ”å få samle energi”. På en annen side hadde pasientene også forventninger om å fungere bedre i eget hjem etter oppholdet. Etter et 14 dagers opphold gav pasientene uttrykk for at de hadde fått en pause fra ansvaret om daglige gjøremål i hjemmet. Denne studien er fra sykehus, men sett sammen med studien til Huijben-Schoenmakers et al. (2009) kan vi sette spørsmål med rehabiliteringsbegrepets funksjonsorienterte innhold. Man ser ut ifra dette at pasientenes passive funksjon går igjen i artiklene. Det er avgjørende at pasientene blir motiverte og setter mål og blir forklart hva som kreves for å oppnå målene, pasientene skal ikke være på et passivt hotellopphold men på en aktivt rehabiliteringsopphold for å bedre deres funksjon i hverdagen (Hvalvik ,2002., Huijben-Schoenmakers et al., 2009).

5.6 Helhetlig tilnærming i rehabiliteringsprosessen

Det å være praktisk og målrettet i rehabiliteringsarbeidet er avgjørende men man må også huske på at man ikke vil kunne arbeide effektivt mot målene hvis man ikke stopper opp å reflekterer og bearbeider følelser og tanker som pasientene har i endringsprosessen som medfølger funksjonsnedsettelsen. Når pasientene plutselig for behov for hjelp til aktiviteter i

hverdagen de til vanlig har mestret selv, blir det en del følelser som må bearbeides. I tillegg viser forskningen til Szczepańska-Gieracha et al., til hvordan avstand fra familie og vante miljøer samt alder gjør at rehabiliteringsprosessen blir veldig tung for pasientene. Studien viser også til at 75 % av pasientene ved sykehjemmet hadde depressive symptomer. På bakgrunn av dette kan vi se et behov for å prioritere den indre emosjonelle prosessen på lik linje med den ytre fysiske prosessen i rehabiliteringen. For at vi skal kunne se fremgang i prosessen er det avgjørende at pasientene er motiverte, noe som de har vanskelighet for å være dersom de er depressive. Long et al., belyser i sin forskning sykepleiernes rolle i rehabiliteringsarbeidet og nevner dette med psykisk støtte som et sentralt område som sykepleierne har ansvar for. De nevner emosjonell støtte som avgjørende for å skape ett støttende miljø, og avgjørende for at rehabiliteringen i det hele tatt skal skje (Long et al., 2002., Szczepańska-Gieracha et al., 2014., Bredland & Linge, 2007, s.113).

Så hvordan kan vi ivareta pasientene psykisk på lik linje som fysisk? Ofte tenker vi nok opptrening når vi får pasienten inn for ett rehabiliteringsopphold, og sykepleierne i sin travle hverdag glemmer kanskje ofte ut at pasientene også har psykiske behov. Forskningen til Long et al., viser til hvordan sykepleierne mener de ofte føler de ikke har tid til å sette seg ned å snakke med pasientene. Likevel ser vi hvilket behov pasientene har for å snakke om tanker og følelser. Ut ifra forskning ser vi effekten ved å integrere et 4 ukers psykoterapi program inn i rehabiliteringen på korttidsopphold ved sykehjem. De første to ukene var det fokus på det psykiske hvor pasientene skulle snakke sammen med andre pasienter i gruppen i samme situasjon, her skulle de dele sine tanker, følelser og følelsen av hjelpeløshet. Dette var også en mulighet for terapeuten å se pasienten i sin helhet og viser empati og respekt for deres fortvilelse. Pasientene gav uttrykk for at det gav dem håp og de ble hverandres rollemodeller, noe som igjen hadde positiv påvirkning på motivasjonen deres (Szczepańska-Gieracha et al., 2014). Andre forskningsartikler bekrefter denne studien med at pasientene i deres studier også gir uttrykk for viktigheten med det sosiale aspektet med rehabiliteringen, at det å være sammen med andre gjør rehabiliteringsoppholdet lettere (Huijben-Schoenmakers et al., 2009., Hvalvik., 2002). I praksis har jeg erfaring med en pasient, dette var en pasient som til vanlig bodde hjemme og hadde nylig fått påvist kols diagnose. Pasienten var i begynnelsen veldig nedrullet og virket som om vedkommende hadde gitt opp. Likevel fikk vi motivert pasienten til å delta på gruppetrening for pasienter som led av samme diagnose. Pasienten gav uttrykk for det å se og høre hvordan andre klarte seg i hverdagen og det å se hvordan det faktisk var noen som var dårligere og følelsen av bedring gav henne motivasjon. Dette viser på samme

måten som forskning at det å delta i gruppe terapi kan være godt for mestring og motivasjon for enkelte pasienter. På en annen side er det viktig å huske at hver enkel person er forskjellig, det som passer for noen er kanskje ikke det riktige for andre igjen. Noen kan kanskje også bli demotivert og deprimert av å delta i grupper hvor de ser hvordan andre er bedre og at de føler seg dårligere av den grunn. Derfor er det viktig at behandlingen er individuelt rettet, slik at pasienten selv får sette sine mål ut ifra hva de selv ønsker.

6.0 Konklusjon

Hensikten med studien var å se på hvordan det kan bidra til en bedring slik at pasienter får en tilfredsstillende rehabilitering innlagt ved korttids/rehabiliterende avdeling i sykehjem.

Gjennom relevant litteratur og forskning har kommet frem til ulike faktorer som kan føre til bedring. Det er behov for mer spesialiserte avdelinger hvor rehabiliteringstilbudet er av høy faglig standard og hvor det foregår et godt tverrfaglig samarbeid. I det tverrfaglige samarbeidet er det viktig at alle er klar på sin funksjon og sitt ansvar og at det er opprettet konkrete handlingsplaner i avdelingene. Det er vist at det er effektivt med fokus på ADL trening i rehabiliteringen av eldre, treningen kan også gjerne foregå i grupper med andre da det sosiale aspektet viser seg å være viktig for pasientene, det å få snakke om tanker og følelser og få emosjonell støtte fra andre samt å være hverandres støttespillere og gi hverandre håp. Til slutt ser vi at det er avgjørende at pasientene har en aktiv rolle, hvor pasientene aktivt deltar og ikke blir passivisert.

Referanseliste

- Bredland, E & Linge, O. (2007). Rehabiliteringsprosessen. I L, Jensen., L, Petersen & G, Stockholm. (Red.). *Rehabilitering- i teori og praksis* (1.utg, s. 113-157). København: Fadl's forlag.
- Dahl, B., Romsland, G.I & Slettebø, Å. (2014). Håp er drivkraften. *Sykepleien* 102(9): 52-55. DOI: 10.4220/sykepleiens.2014.0104
- Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving*. (5. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Forskrift om habilitering og rehabilitering. (2012). *Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator*. Hentet 06. Januar 2016 fra:
<https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2011-12-16-1256?q=Rehabilitering>
- Furulund, H, O.K. (2012). Rehabilitering i sykehjem – resultat av tilsyn 2011-2012. [PowerPoint-presentasjon]. Hentet 25.01.16 fra:
<https://www.fylkesmannen.no/Documents/Dokument%20FMOA/Helse%20og%20omsorg/Omsorgstjenester/Helsekonferansen%202012/Tilsyn%20med%20rehabilitering%20av%20eldre%20i%20sykehjem.pdf>
- Helsekompetanse. (u.å). *Aktivitet og mestring- et læringsprogram i hverdagsrehabilitering og velferdsteknologi*. Hentet 27.01.16 fra:
<http://kurs.helsekompetanse.no/hverdagsrehabilitering/42784>

Huijben-Schoenmakers, M., Gamel, C., & Hafsteinsdóttir, T. (2009). Filling up the hours: how do stroke patients on a rehabilitation nursing home spend the day?. *Clinical Rehabilitation*, 23(12), 1145-1150 6p. doi:10.1177/0269215509341526

Hvalvik, S. (2002). Eldre og rehabilitering ; en studie av hva pasienter ved en geriatrisk rehabiliteringsavdeling opplever at bidrar til god rehabilitering. *Klinisk sykepleie*, 2008, Årg. 22, nr. 4, pp.26-34.

Johansen, I., Lindbæk, M., Stanghelle, J.K & Brekke, M, (2011). Effective rehabilitation of older people in a district rehabilitation center. *Journal of rehabilitation Medicine* 43(5): 461-464.

Kunnskapssenteret. (2014). *Sjekkliste for å vurdere kvalitativ forskning*. Hentet 23.02.16 fra: <http://www.kunnskapssenteret.no/verktoy/sjekkliste-for-vurdering-av-forskningsartikler>

Long, A. F. , Kneafsey, R. , Ryan, J. and Berry, J. (2002), The role of the nurse within the multi-professional rehabilitation team. *Journal of Advanced Nursing*, 37: 70–78. doi: 10.1046/j.1365-2648.2002.02059.x

Normann, T., Sandvin. T, J & Thommesen. (2013). *Om rehabilitering- helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset*. Oslo: Kommuneforlaget.

Nortvedt, P & Grønseth, R. (2013). Klinisk sykepleie- funksjon og ansvar. I H, Almås, D.G, Stubberud & R, Grønseth. (Red.). *Klinisk sykepleie 1*. (4.utg, s. 17-31). Oslo: Gyldendal.

Olsson, H & Sørensen, S. (2003). *Forskningsprosessen- kvalitative og kvantitative perspektiver*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Pilmark, V & Mulbjerg, U. (2005). Rehabilitering og fysioterapi. I H, Tuntland. (Red.). *Forebygging, rehabilitering og omsorg*. (1.utg, s. 163-177). Bergen: N.W. DAMM & SØN AS.

Rene, B & Larsen, T. (2012). Helsefremming, rehabilitering og brukervedvirkning. I Å, Gammersvik & T, Larsen. (Red.). *Helsefremmende sykepleie- i teori og praksis*. (1.utg, s. 217-229). Bergen: Fagbokforlaget.

Renolen, Å. (2008). *Forståelse av mennesker- innføring i psykologi for helsefag*. Bergen: Fagbokforlaget.

Romsland, G.I., Dahl, B & Slettebø, Å. (2015). *Sykepleie og rehabilitering*. Oslo: Gyldendal akademisk.

St.meld. nr. 21. (1998-99). *Ansvar og meistring*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-21-1998-99-/id431037/?q=&ch=3>

St. meld. nr. 47. (2008-2009). *Samhandlingsreformen- rett behandling – på rett sted- til rett tid*. Oslo: Det kongelige helse- og omsorgsdepartement.

Sunnaas sykehus HF. (2014, 30.januar). *Sunnaas ADL index*. Hentet 2 februar fra http://www.sunnaas.no/fagfolk_/temasider_/faggrupper_/ergoterapeut_/sider/sunnaas-adl-index.aspx

Szczepańska-Gieracha, J., Kowalska, J., Pawik, M., & Rymaszewska, J. (2014). Evaluation of a short-term group psychotherapy used as part of the rehabilitation process in nursing home patients. *Disability & Rehabilitation*, 36(12), 1027-1032 6p.
doi:10.3109/09638288.2013.825331

Thindemann, I-J. (2015). *Bacheloroppgaven for sykepleiestudenter- den lille motivasjonsboken i akademiskskrivning*. Oslo: Universitetsforlaget.

Tingvoll, W & Sæterstrand, T. (2008). Sats på rehabilitering- rehabilitering blir ikke prioritert i åpen omsorg eller i sykehjemmene. *Sykepleien*, 96 (13):84-85.
Doi:10.4220/sykepleiens.2008.0017.

Øderud, T., Haukvik, I., Gully, R & Hem, K-G. (2001). *Forprosjekt- aktiv rehabilitering og opptrening av eldre*. (SINTEF- rapport). Oslo: SINTEF unimed.

Østensjø, S & Sjøberg, L, Helene. (2012). ICF som begrepsapparat og klassifikasjonssystem. I P, K. Solvang & Å, Slettebø. (Red.). *Rehabilitering*. (1.utg, s. 289-313). Oslo: Gyldendal akademisk.

Vedlegg 1: Sunnaas ADL index



Sunnaas sykehus HF

Ergoterapitjenesten
Sunnaas Sykehus

Revidert layout
Januar 2000

SUNNAAS ADL INDEX

SKORINGSMANUAL

1. FØDEINNTAK

DELE OPP MAT, INNTA FØDE, TYGGE OG SVELGE.

- 1.0. Må ha hjelp til alt fødeinntak.
- 1.1. Må ha hjelp av person i spisesituasjon, eller hjelp til regulering av matinntak.
- 1.2. Spiser selv med hjelpemidler eller spesiell tilrettelegging, for eksempel dele opp maten på forhånd. Ikke avhengig av personhjelp i spisesituasjonen.
- 1.3. Spiser selv.

2. KONTINENS

HA KONTROLL OVER URIN OG AVFØRING.

- 2.0. Har ingen kontroll. Inkontinent og må ha hjelp til alt.
- 2.1. Må ha noe hjelp for eksempel til å skifte kateterpose, bytte bleier, bruke uridom. Kan si fra når det er behov for hjelp.
- 2.2. Bruker hjelpemidler og administrerer dette selv, eks. kateter, uridom. Tilfredsstillende hygiene.
- 2.3. Kontinent for urin og avføring og klarer dette selv.

For RMS forstås med dette punktet BLÆRETØMMING.

Punktet beskriver type tømmeregime og evnen til å ivareta det selv.

- 2.0. *Kan ikke ivareta blæretømming. Må ha hjelp til alt.*
- 2.1. *Må ha noe hjelp, for eksempel til forflytning, bytte bleier, tomme pose.*
- 2.2. *Kan ivareta blæretømming selv, men trenger tilrettelegging: for eksempel dostol eller seng.*
- 2.3. *Ivaretar blæretømming under alle forhold.*

F:\ERGORAPP\Sunnaas ADL-index\ADL index nøkkel no.doc

Postadresse:
1450 Nesoddtangen

Telefon: 66 96 90 00
Telefaks: 66 91 25 76
Besøksadresse: Bjørnemyrveien
11

E-post: firmapost@sunnaas.no
Giro: 6004 06 57048
Foretaksnr.: 883 971 752



Copyright: Ergoterapien, Sunnaas Sykehus

3. MOBILITET INNENDØRS

KOMME SEG RUNDT I BOLIG OG PÅ ARBEIDSPASS.

- 3.0. Må ha hjelp til all forflytning, kan ikke kjøre evt. rullestol selv.
- 3.1. Må ha hjelp av og til. Trenger hjelp til eller må minnes på rullestolbremser. Kommer seg rundt på flatt underlag. Ikke terskler eller små hindringer, eller åpne dører. Må ha personhjelp ved gange pga. manglende sikkerhet, orienteringssvikt, nedsatt syn eller lignende.
- 3.2. Komme seg rundt selv med hjelpemidler under sikre forhold. Kan nyttiggjøre seg trygghetsalarm.
- 3.3. Beveger seg innendørs alene, uten hjelpemidler. Kan reise seg fra gulv.

4. TOALETTBESØK

KOMME SEG PÅ TOALETTET, TØRKE SEG OG TA PÅ KLÆRNE I FORBINDELSE MED TOALETTBESØK. SØRGE FOR TILFREDSSTILLENDEN HYGIENE.

- 4.0 Må ha hjelp hele tiden, evt. hjelp av mer enn en person på toalettet.
- 4.1. Trenger litt hjelp av en person hver gang til støtte, til hygiene, dra opp buksa og lignende eller til påminning for det er "for sent".
- 4.2. Kan gå på toalettet selv, men trenger tilrettelegging: støttehåndtak, clossomat m.m. Klarer selv under sikre forhold, har evt. dårlig hygiene.
- 4.3. Klarer toalettbesøk uten hjelp eller hjelpemidler med tilfredsstillende hygiene.

For RMS forstås med dette punktet TARMTØMMING.

Punktet beskriver tommeregime, og evnen til å ivareta dette selv.

- 4.0. *Kan ikke ivareta tarmtømming.*
- 4.1. *Trenger litt hjelp av en person hver gang, for eksempel til forflytning eller klær.*
- 4.2. *Kan ivareta tarmtømming selv, men trenger tilrettelegging: for eksempel dostol eller seng.*
- 4.3. *Ivaretar tarmtømming under alle forhold.*

5. OVERFLYTTING

FLYTTE SEG FRA SENG TIL STOL, RULLESTOL TIL TOALETT. INN OG UT AV SENG. TIL TOALETT ELLER DUSJ/DOSTOL

- 5.0. Kan ikke overflytte seg selv, trenger mye personhjelp også ved bruk av hjelpemidler (pasientløfter).
- 5.1. Trenger litt personhjelp, eller overflytter seg selv, men trenger tilsyn, evt. av sikkerhetsmessige grunner.
- 5.2. Kan overflytte seg med hjelpemidler, (støttehåndtak eller lignende,) eller på steder hvor situasjonen er tilrettelagt, og under trygge forhold.
- 5.3. Klarer all overflyting selv.

6. AV/PÅKLEDNING

TA AV OG PÅ SEG DAGLIGE KLÆR (INKL. BH, STRØMPER, SKO, OG YTTERTØY), OG MED ET AKSEPTABELT UTSEENDE.

- 6.0. Kan ikke kle av eller på seg.
- 6.1. Kan delvis kle seg, trenger hjelp til sko, skjorteknapper, evt. skinne, og lignende. Trenger motivering eller litt tilsyn om klærne sitter riktig på, eller hjelp til valg av hensiktsmessige klær. Kler av eller på seg selv. Kan alene, men bruker uhensiktsmessig lang tid og mye energi.
- 6.2. Kler seg selv med hjelpemidler, tilpassede, omsydde eller spesialmerkede klær, utelater enkelte vanskelige plagg, eller lisser m.m. Utføres innen rimelig tid og energiforbruk.
- 6.3. Kler seg helt selv.

7. DAGLIG HYGIENE

VASKE SEG (INKL. HOLDE ORDEN PÅ KLUTER, HÅNDKLÆR OG KRANER), PUSSE TENNER, GRE HÅRET, BARBERE SEG, OG SJEKKE SETET FOR TRYKKSÅR. TILFREDSSTILLENDENDE HYGIENE.

- 7.0. Kan ikke vaske og stelle seg selv.
- 7.1. Vasker og steller seg delvis selv, men må ha hjelp, tilsyn, motivering eller instruksjon av en person, evt. av sikkerhetsmessige grunner. Kan alene, men bruker uhensiktsmessig lang tid og mye energi.
- 7.2. Vasker og steller seg selv med hjelpemidler eller tilrettelegging. Har evt. dårlig hygiene. Utføres innen rimelig tid og energiforbruk, og under sikre forhold. Tar evt. ansvar for at andre sjekker setet for trykksår.
- 7.3. Utfører personlig stell tilfredsstillende. Sjekker om nødvendig selv setet for trykksår.

8. MATLAGING

LAGE ET BRØDMÅLTID MED KAFFE/TE, LAGE ENKELT VARMMÅLTID (BRUK AV 1 KOKEPLATE). ÅPNE EMBALLASJE FOR MAT.

- 8.0. Kan ikke lage noe mat selv.
- 8.1. Kan lage noe mat selv, men trenger hjelp til enkelte ting, for eksempel kan ikke mestre komfyr, store problemer med bruk av redskap, dårlig struktur og uhensiktsmessig bruk av tid, trenger motivering eller tilsyn, evt. av sikkerhetsmessige grunner.
- 8.2. Lager mat selv med hjelpemidler eller tilrettelegging, og under sikre forhold. for eksempel får oppskåret brød, ferdiglaget middag som kan varmes opp. Utføres innen rimelig tid og energibruk. Kan åpne emballasje med hjelpemidler.
- 8.3. Lager mat som skissert over med tilfredsstillende kosthold og hygiene. Ingen problemer med emballasje.

9. BAD/DUSJ

BADE ELLER DUSJE INKL. BRUKE KRANER, TØRKE SEG OG KLE AV/PÅ SEG.

- 9.0. Kan ikke bade/dusje uten personhjelp hele tiden.
- 9.1. Bader/dusjer med noe personhjelp, for eksempel trenger hjelp til kraner, av/påkledning eller av sikkerhetsmessige grunner. Trenger hjelp til å komme i gang med å bade eller dusje.
- 9.2. Bader/dusjer selv med hjelpemidler, for eksempel dusjkrakk, støttehåndtak, termostatstyrt blandebatteri og lignende. Tørker og kler seg selv, evt. med tilrettelegging, og under sikre forhold. Evt. dårlig hygiene.
- 9.3. Dusjer/bader selv, på eget initiativ. Tilfredsstillende hygiene.

10. HUSARBEID

UTFØRE HUSARBEID SOM OPPVASK, RENGJØRING, STELL AV TØY, OG HAR OVERSIKT OVER HUSHOLDNING OG NØDVENDIGE ARBEIDSOPPGAVER.

- 10.0. Kan ikke utføre noe husarbeid.
- 10.1. Kan utføre litt husarbeid, som støvtøring, oppvask, småvask av klær med mer. Må ha hjelp til tyngre husarbeid, eller personhjelp til å ha oversikt over hva som må gjøres og struktur i arbeidet. Trenger hjelp til innkjøp. Kan alene men bruker uhensiktsmessig mye tid og energi.
- 10.2. Utfører husarbeid med hjelpemidler, tilrettelegging eller strukturering av situasjonen, under sikre forhold.
- 10.3. Klarer alt husarbeid selv og tar initiativ til å utføre nødvendige oppgaver. Klarer å organisere innkjøp.

11. MOBILITET UTENDØRS

KOMME SEG UT AV BOLIG, UTFØRE NØDVENDIGE ÆREND OG KOMME SEG RUNDT TIL VENNER, FAMILIE, OG KUNNE BENYTTE KULTURTILBUD.

- 11.0. Kan ikke komme seg ut av boligen selv, eller komme seg rundt uten hjelp hele tiden.
- 11.1. Kan klare noe selv, for eksempel kjøre rullestol på flatt underlag, men trenger hjelp til bakker, fortauskanter med mer. Må ha litt personstøtte ut av bolig eller ved gange ute, og inn og ut av bil. Kan ikke orientere seg på egenhånd. Kan alene, men bruker uhensiktsmessig mye tid og energi.
- 11.2. Kommer seg ut under sikre forhold, med hjelpemidler og/eller tilrettelegging, eks. rullestol, utendørs rampe, gelender, krykker, rullator, spesialbygget bil og lignende. Kan benytte transporttjeneste selv. Kan handle det en må.
- 11.3. Komme seg rundt ved egen hjelp over alt, uten hjelpemidler og hjelpetiltak. Kan handle det en vil, bruke offentlig transport og/eller kjøre privat bil som ikke er ombygd.

12. KOMMUNIKASJON

FORMIDLE OG MOTTA INFORMASJON, BRUKE TELEFON OG PORTTELEFON. EVNEN TIL Å TILKALLE HJELP.

- 12.0. Ingen funksjonell kommunikasjon.
- 12.1. Kan formidle enkle beskjeder, svare ja/nei på spørsmål, eller bruke non-verbal kommunikasjon. Må ha direkte kontakt med en person. Kan bruke kommunikasjonssystem med personhjelp.
- 12.2. Kan bruke kommunikasjonshjelpemidler som telefon med hjelpemiddel, varslingsystemer, eller kommunikasjonshjelpemidler som for eksempel peketavle, kommunikator, EDB etc. på egenhånd.
- 12.3. Ingen kommunikasjonsproblemer. Trenger ikke trygghetsalarm, kommer seg til telefonen ved fall.

Vedlegg 2: Søkeprosessen

Søk	Database	Søke ord	Treff	Leste artikler	Artikler med i oppgaven	Relevans for oppgaven
1	Cinahl	Rehabilitation	104 464			
2	PubMed	Rehabilitation+restorative+long term care+ older people	6	2		
3	Oria, UIS	Rehabilitering + eldre	124	1	Eldre og rehabilitering ; en studie av hva pasienter ved en geriatrisk rehabiliteringsavdeling opplever at bidrar til god rehabilitering	Artikkelen er relevant for min oppgaven da den belyser brukerperspektivet i forhold til rehabilitering og nevner viktige forhold som fremmer og hemmer rehabiliteringen.
4	Pubmed	Johansen, Lindbaek, Stanghelle, Brekke	2	1	Effective rehabilitation of older people in a district rehabilitation center:	Studien viser at eldre mennesker med funksjonsnedsettelse kan bli rehabilitert tilstrekkelig med tverrfaglig arbeid og fokus på ADL funksjoner.
5	Cinahl	Rehabilitation + nursing home + rehabilitation unit	236	1	Filling up the hours: how do stroke patients on a rehabilitation nursing home spend the day?	Studien belyser hvordan pasientene tilbringer mye av dagen passivt. Studien belyser viktigheten med tverrfaglig arbeid, fokus på ADL oppgaver i rehabiliteringen og skreddersyde rehabiliteringsprogram til den enkelte pasient.
6	Cinahl	Nursing home + rehabilitation + short-time	32	1	Evaluation of a short term group psychotherapy used as part of the rehabilitation process in nursing home patients.	Studien er relevant for oppgaven da den viser hvordan et 4 ukers gruppe psykoterapi kurs kan være en effektiv måte å bedre rehabiliteringsprosessen av eldre på sykehjem hvor fokuset er helhetlig. Studien belyser viktigheten med at pasientene mestrer de psykiske utfordringene men også aktiviteter i

						dagliglivet (ADL-oppgaver).
7	Cinahl	Rehabilitation + Geriatric + Nurs* Avgrensning: 2006-2016	400	3		
8	PubMed	Long, Kneafsey, Ryan and Berry.	2	1	The role of the nurse within the multi-professional rehabilitation team	Denne artikkelen er relevant da den belyser sykepleiernes betydelige rolle i rehabiliteringen, hvordan sykepleiere kan møte pasientens behov og hvordan de bedre kan forstå sin rolle slik at de kan bedre sitt arbeidet i rehabiliteringsprosessen

Vedlegg 3 – Eksempel på kildekritikk

Kritisk vurdering - kvalitativ forskning, undervisningsbruk

SJEKKLISTE FOR Å VURDERE KVALITATIV FORSKNING

Målgruppe: studenter og helsepersonell

Hensikt: øvelse i kritisk vurdering

FØLGENDE FORHOLD MÅ VURDERES:

Kan vi stole på resultatene?

Hva forteller resultatene?

Kan resultatene være til hjelp i min praksis?

Under de fleste spørsmålene finner du tips som kan være til hjelp når du skal svare på de ulike punktene.

Referanse:

1. Critical Appraisal Skills Programme. www.casp-uk.net

- * Som eksempel på kildekritikk har jeg valgt å ta i bruk en sjekkliste hentet fra Kunnskapssenteret, (2014). Se oppgavens referanseliste for kilde til nettsiden.
- * Som eksempel har jeg her vurdert studien av Long et al., (2002).¹

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2014.

INNLEDENDE SPØRSMÅL

1. Er formålet med studien klart formulert? TIPS: <ul style="list-style-type: none"> Er det oppgitt en problemstilling for studien? 	Ja <input checked="" type="radio"/>	Uklart <input type="radio"/>	Nei <input type="radio"/>
2. Er kvalitativ metode hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen? TIPS: <ul style="list-style-type: none"> Har studien som mål å forstå og belyse, eller beskrive fenomen, erfaringer eller opplevelser? 	Ja <input checked="" type="radio"/>	Uklart <input type="radio"/>	Nei <input type="radio"/>

KAN DU STOLE PÅ RESULTATENE?

3. Er studiedesignet hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen? TIPS: <ul style="list-style-type: none"> Er utvalg, måte å samle inn data på og måte å analysere data på beskrevet og begrunnet? 	Ja <input checked="" type="radio"/>	Uklart <input type="radio"/>	Nei <input type="radio"/>
4. Er utvalget hensiktsmessig for å besvare problemstillingen? TIPS: <p>I strategiske utvalg er målet å dekke antatt relevante sosiale roller og perspektiver. De enhetene som skal kaste lys over disse perspektivene er vanligvis mennesker, men kan også være begivenheter, sosiale situasjoner eller dokumenter. Enhetene kan bli valgt fordi de er typiske eller atypiske, fordi de har bestemte forbindelser med hverandre, eller i noen tilfeller rett og slett fordi de er tilgjengelige.</p> <ul style="list-style-type: none"> Er det gjort rede for hvem/hva som ble valgt ut og hvorfor? Er det gjort rede for hvordan de ble valgt ut (rekrutteringsstrategi)? Er det gjort rede for hvorfor noen valgte ikke å delta? Er karakteristika ved utvalget beskrevet (f.eks. kjønn, alder, osv.)? 	Ja <input checked="" type="radio"/>	Uklart <input type="radio"/>	Nei <input type="radio"/>
5. Ble dataene samlet inn på en slik måte at problemstillingen ble besvart? TIPS: <p>Datainnsamlingen må være omfattende nok både i bredden (typen observasjoner) og i dybden (graden av observasjoner) om den skal kunne støtte og generere fortolkninger.</p> <ul style="list-style-type: none"> Er metoden som ble valgt god for å belyse 	Ja <input checked="" type="radio"/>	Uklart <input type="radio"/>	Nei <input type="radio"/>

<p>problemstillingen?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Går det klart fram hvilke metoder som ble valgt for å samle data? For eksempel feltstudier (deltagende eller ikke-deltagende observasjon), intervjuer (semistrukturerte dybdeintervjuer, fokusgrupper), dokumentanalyse. • Er måten data ble samlet inn på beskrevet (f.eks. beskrivelse av intervjuguide)? • Ble valgt av setting for datainnsamlingen begrunnet? 	<p>Deltagende observasjon, intervjuer, Fokusgruppe intervjuer.</p> <p>Data-samlingen beskrives i eget avsnitt, settingen for data-samlingen blir også begrunnet i studien.</p>
---	--

<p>6. Går det klart fram hvordan analysen ble gjennomført? Er fortolkningen av data forståelig, tydelig og rimelig?</p> <p>TIPS: En vanlig tilnæringsmåte ved analyse av kvalitative data er såkalt innholdsanalyse, hvor mønstre i data blir identifisert og kategorisert.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Er det redegjort for hvilken type analyse som er brukt (for eks. grounded theory, fenomenologisk analyse etc.). • Er det tydelig redegjort for hvordan analysen ble gjennomført (f. eks. de ulike trinnene i analysen)? • Er motstridende data tatt med i analysen? • Ser du en klar sammenheng mellom innsamlede data (f.eks. sitater) og kategoriene som forskeren har kommet fram til? 	<table border="0"> <tr> <td style="text-align: center;">Ja</td> <td style="text-align: center;">Uklart</td> <td style="text-align: center;">Nei</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Ø</td> <td style="text-align: center;">0</td> <td style="text-align: center;">0</td> </tr> </table> <p>Kommentar:</p> <p>• Det kommer tydelig frem i eget avsnitt hvordan analysen av data ble gjennomført (grounded theory).</p> <p>• Det er tydelig redegjort for trinnene i analysen og det var minst to som gikk gjennom alt materialet, dette ble sammenlignet og forskjeller ble diskutert frem til enighet.</p>	Ja	Uklart	Nei	Ø	0	0
Ja	Uklart	Nei					
Ø	0	0					
<p>7. Ble det redegjort for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data?</p> <p>TIPS: Forskningsresultatene blir nødvendigvis påvirket av perspektivet til forskeren. I tillegg vil konteksten som datainnsamlingen foregår innenfor påvirke resultatene.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Har forskeren gjort rede for konteksten som datainnsamlingen foregikk innenfor? • Har forskeren gjort rede for sitt teoretiske ståsted og sin faglige bakgrunn? 	<table border="0"> <tr> <td style="text-align: center;">Ja</td> <td style="text-align: center;">Uklart</td> <td style="text-align: center;">Nei</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Ø</td> <td style="text-align: center;">0</td> <td style="text-align: center;">0</td> </tr> </table> <p>Kommentar:</p> <p>• Det er gjort rede for kontekst hvor data-samlingen foregikk i eget avsnitt.</p> <p>• Det kommer fram forskerens faglige bakgrunn, teoretisk ståsted er ikke fullt så tydelig.</p>	Ja	Uklart	Nei	Ø	0	0
Ja	Uklart	Nei					
Ø	0	0					
<p>8. Er det gjort forsøk på å underbygge funnene?</p> <p>TIPS: Kategoriene eller mønstrene som ble identifisert i løpet av analysen kan styrkes ved å se om lignende mønstre blir identifisert gjennom andre kilder. For eksempel ved å diskutere foreløpige slutninger med studieobjektene, be en annen forsker gjennomgå materialet, eller å få lignende inntrykk fra andre kilder. Det er sjeldent at forskjellige kilde gir helt likt uttrykk. Imidlertid bør slike forskjeller forklares</p>	<table border="0"> <tr> <td style="text-align: center;">Ja</td> <td style="text-align: center;">Uklart</td> <td style="text-align: center;">Nei</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Ø</td> <td style="text-align: center;">0</td> <td style="text-align: center;">0</td> </tr> </table> <p>Kommentar:</p> <p>Hovedmomentene som er funnet i analysen, er diskutert opp mot tidligere forskning i eget avsnitt.</p>	Ja	Uklart	Nei	Ø	0	0
Ja	Uklart	Nei					
Ø	0	0					

<p>tilfredsstillende.</p> <ul style="list-style-type: none"> Er det gjort forsøk på å trekke inn andre kilder for å vurdere eller underbygge funnene? 			
<p>9. Er etiske forhold vurdert?</p> <p>TIPS:</p> <ul style="list-style-type: none"> Ble studien forklart for deltagerne (f.eks. gjennom informert samtykke)? Dersom relevant, ble studien forelagt Etisk komite? 	<p>Ja</p> <p><input checked="" type="checkbox"/></p>	<p>Uklart</p> <p>0</p>	<p>Nei</p> <p>0</p>

Kommentar:
Studien er godkjent av etisk komite, deltakerne fikk informasjons brosjyre og gav skriftlig samtykke.

HVA ER RESULTATENE?

<p>8. Kommer det klart fram hva som er hovedfunnene i undersøkelsen?</p> <ul style="list-style-type: none"> Kan du oppsummere hovedfunnene? Ble funnene diskutert i lys av det opprinnelige formålet med studien? 	<p>Ja</p> <p><input checked="" type="checkbox"/></p>	<p>Uklart</p> <p>0</p>	<p>Nei</p> <p>0</p>
--	--	------------------------	---------------------

Kommentar:
Hovedfunnene kommer godt fram og blir diskutert i lys av det som er formålet med studien.

KAN RESULTATENE BRUKES I MIN PRAKSIS?

<p>Hvor nyttige er funnene fra denne studien?</p> <p>TIPS: Målet med kvalitativ forskning er ikke å sannsynliggjøre at resultatene kan generaliseres til en bredere befolkning. I stedet kan resultatene gi grunnlag for modeller som kan brukes til å prøve å forstå lignende grupper eller fenomen.</p> <ul style="list-style-type: none"> Kan resultatene hjelpe meg til bedre å forstå sammenhengen jeg arbeider i? Drøft hvordan funnene kan utvide eksisterende kunnskap og forståelse? 	<p>Kommentar: Studien er relevant for min bacheloroppgave og er relevant for videre sykepleie praksis. Studien gjør rede for sykepleierens viktige funksjon i rehabiliteringen, og setter dette opp i 6 områder som gir oversikt, kunnskap og forståelse. Dette vil også komme fram som ett viktig poeng i min oppgave.</p>
--	--