



Høgskulen  
på Vestlandet

## **VURDERINGSINNLEVERING**

**Emnekode:** SYKSB3001

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

**Vurderingsform:** Hjemmeeksamen

**Eksamensdel:** 1

**Kandidatnummer:** 303

**Leveringsfrist:** 27. april 2017 kl. 14:00 Fronter/ Studenttorget

**Ordinær eksamen**

**Fagansvarlig:** Benny Huser



*Hvordan kan hjemmesykepleien samarbeide tverrprofesjonelt med kommunens rehabiliteringsteam for på den måten å styrke ressursene til hjemmeboende eldre?*



*Kilde: Bilde av hjemmerehabilitering, Fredrikstad blad, 01 september 2014*

<https://www.f-b.no/nyheter/nyheter/tilbyr-rehabilitering-i-hjemmet/s/2-2952-18566160>

**Utdanning:** Bachelor i sykepleie

**Avdeling:** Stord

**Kull:** 2014

**Kandidatnummer:** 303

**Veileder:** Bente Kvilhaugsvik

**Antall ord:** 7460

# Sammendrag

**Bakgrunn:** I dag står Norge og Europa overfor store utfordringer i helsetjenesten, med behov for helsefremming, forebygging og rehabilitering som konsekvens. Med økt fokus på hjemmerehabilitering er målsetting at pasienten får hjelp på et tidlig tidspunkt for å styrke funksjonsnivå og kunne bo lenger i eget hjem.

**Hensikt:** Belyse behovet for tverrprofesjonelt samarbeid mellom hjemmesykepleien og hjemmerehabiliteringsteam for å gi pasienten et best mulig rehabiliteringstilbud.

**Problemstilling:** Hvordan kan hjemmesykepleien samarbeide tverrprofesjonelt med kommunens rehabiliteringsteam for på den måten å styrke ressursene til hjemmeboende eldre?

**Metode:** Litteraturstudie.

**Resultat:** Sykepleierrollen har lenge vært viktig i hjemmesykepleien. Artikkene viser at sykepleier også har en viktig rolle i rehabiliteringsteamet. I tillegg er samarbeid, organisering, veiledning og faste møtepunkter forutsetninger for rehabiliteringsprosessene. Tidlig innsats er viktig for å unngå stort funksjonsfall hos pasientene. For å få dette til må det skje et skifte i arbeidskultur.

**Oppsummering:** Hjemmesykepleien har en viktig rolle for at pasienter med vedtak om hjemmerehabilitering og hjemmesykepleie også får et godt rehabiliteringstilbud og kan bo lenger i eget hjem. Hjemmerehabilitering krever organisering, koordinering, ressurser og endring i arbeidskultur.

## **Abstract**

**Background:** Today, Norway and Europe are currently facing challenges in health care, with the need of health promotion, prevention and rehabilitation as a consequence. With increased focus on home-based rehabilitation is the aim to help the patients at an early stage to strengthen the level of function and to live longer in their own homes.

**Purpose:** Identify the need of interdisciplinary collaboration between home- based rehabilitation team and home care services to give patients the best possible offer in rehabilitation.

**Problem for discussion:** In which way can home care services cooperate with the municipality's interdisciplinary rehabilitation team to increase the strength of the resources for elderly patients who lives in their own homes?

**Methods:** Literature study.

**Results:** The nurse's role has been important in home care services for a long time. The articles show that nurses also has an important role in the rehabilitation team. Cooperation, organization, guidance and regular meetings are also important in the rehabilitation process. Early intervention is important to avoid large function-falls in patients. To achieve this, the work culture must be changed.

**Summary:** Home care service has an important role for patients with decisions for both home-based rehabilitation and home care services to ensure that they also gets good rehabilitation and can live longer in their own homes. Home-based rehabilitation requires organization, coordination, recourses and changes in work culture.

# Innholdsfortegnelse

<b>1.0 INNLEDNING</b> .....	<b>1</b>
1.1 BAKGRUNN FOR VALG AV TEMA.....	2
1.2 OPPGAVENS HENSIKT.....	2
1.3 PROBLEMSTILLING.....	2
1.4 PRESISERING OG AVGRENSNING.....	2
1.5 BEGREPSAVKLARING.....	3
1.5.1 Forskrift om habilitering og rehabilitering .....	3
1.5.2 Tverrfaglig samarbeid og tverrprofesjonell praksis .....	3
1.5.3 Hjemmerehabilitering.....	3
1.6 OPPGAVENS OPPBYGNING.....	3
<b>2.0 TEORETISK PERSPEKTIV</b> .....	<b>4</b>
2.1 JOYCE TRAVELBEES SYKEPLEIETEORI.....	4
2.2 REHABILITERING I HJEMMET.....	5
2.2.1 Hjemmerehabilitering.....	5
2.2.2 Hverdagsrehabilitering.....	5
2.2.3 Sykepleie i hjemmet.....	5
2.3 KJERNEKOMPETANSER FOR TVERRPROFESJONELL SAMARBEIDSPRAKSIS .....	6
2.4 SYKEPLEIERS ROLLE I TVERRFAGLIG REHABILITERINGSTEAM .....	6
2.4.1 Canadian occupational performance measure (COPM) .....	7
2.5 PASIENTENS ROLLE I TEAMET.....	7
2.5.1 Rehabiliteringsplan.....	7
<b>3.0 METODE</b> .....	<b>8</b>
3.1 LITTERATURSTUDIE SOM METODE.....	9
3.2 LITTERATURSØK.....	9
3.2.1 Litteratursøk i Cinahl.....	9
3.2.2 Litteratursøk i Svemed+.....	11
3.2.3 Litteratursøk i PubMed .....	11
3.3 METODE- OG KILDEKRITIKK .....	11
3.4 KRITISK VURDERING AV EGEN OPPGAVE.....	12
3.5 FORSKNINGSETIKK .....	12
<b>4.0 RESULTAT/ FUNN</b> .....	<b>14</b>
4.1 ”DEVELOPMENT OF A MODEL FOR ORGANISATION OF AND COOPERATION ON HOME- BASED REHABILITATION – AN ACTION RESEARCH PROJECT” .....	14
4.2 ”THE REABLEMENT TEAM’S VOICE: A QUALITATIVE STUDY OF HOW AN INTEGRATED MULTIDISCIPLINARY TEAM EXPERIENCES PARTICIPATION IN REABLEMENT” .....	15
4.3 ”OLDER ADULTS WHO RECEIVE HOME- BASED SERVICES, ON VERGE OF PASSIVITY: THE PERSPECTIVE OF SERVICE PROVIDERS” .....	16
4.4 ”SAMARBEIDSTILFØRDRINGER I KOMMUNEHELSETJENESTEN” .....	17
<b>5.0 DRØFTING</b> .....	<b>18</b>
5.1 ORGANISERING OG KOORDINERING AV HJEMMEREHABILITERING.....	18
5.2 SYKEPLEIERROLLEN I EN NY ARBEIDSKULTUR.....	20
5.3 PASIENTROLLEN I HJEMMEREHABILITERING .....	22
<b>6.0 OPPSUMMERING</b> .....	<b>24</b>
<b>7.0 REFERANSELISTE</b> .....	<b>25</b>
<b>8.0 VEDLEGG</b> .....	<b>I</b>

## 1.0 Innledning

Folketallet i Norge er i dag 5,2 millioner. I Norge, men også i Europa har det den siste tiden vært et økende antall eldre og veksten blir stadig kraftigere blant eldre over 70 år (Statistisk sentralbyrå, 2016). Ifølge statistikken vil denne befolkningsgruppen dobles de kommende 30 år (Statistisk sentralbyrå, 2014). Dette kan by på utfordringer for Norges helsetjenester.

Grunnen til dette er at eldre har flere helserelaterte problemer, med behov for blant annet sykdomsforebygging og helsefremmende arbeid (Ness, Laberg, Haneborg, Granbo, Færevaaag & Butli, 2012, s. 3). I Norge har kommunene ansvar for at personer som oppholder seg i kommunen får tilbud om nødvendige helse- og omsorgstjenester. Ifølge Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator (2011) kapittel 3 §5 er kommunen pliktig til å planlegge sin virksomhet innenfor habilitering- og rehabiliteringsfeltet, samt gi en oversikt over generelt rehabiliteringsbehov hos kommunens innbyggere.

I Meld. St. 26 (2014- 2015) blir det lagt tydelig fram at regjeringens politiske plattform har viljen til å forbedre den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Regjeringen ønsker å skape pasientens helsetjeneste, noe som innebærer at pasienten settes i sentrum. For at dette skal la seg gjennomføre mener regjeringen at det må skje endringer. Kommunene må ha evnen til å oppfylle kravene samhandlingsreformen legger føring for innenfor koordinering, et helhetlig pasientforløp, forebyggende arbeid og tidlig innsats (Meld. St. 26 (2014-2015)). I Meld. St. 14 (2014-2015) la regjeringen fram at det i 2015 ville legges grunnlag for en opptrappingsplan for rehabiliteringsfeltet med hovedvekt på kommunene, for å styrke tjenestetilbudet for ulike pasienter og brukergrupper. Videre foreslår departementet at de større kommunene også tar mer ansvar innenfor rehabiliteringstjenester som foreløpig går under spesialhelsetjenesten.

I senere tid har hjemmerehabilitering fått økende oppmerksomhet. En slik form for rehabilitering er påbegynt i flere norske kommuner og noen kommuner har hatt slike tilbud siden år 2000. Inspirasjonen for hjemmerehabilitering startet gjennom den danske kommunen Fredericia og den svenske kommunen Östersund (Rambøll, 2012, s. 11). I en norsk rapport på bestilling fra Helsedirektoratet ble det gjort en undersøkelse om hjemmerehabilitering i seks norske kommuner. Undersøkelsen hadde som formål å innhente erfaringer og kunnskap fra utvalgte kommuner som satset på rehabilitering i hjemmet. Kommunene tilbød pasienter med

pleie- og rehabiliteringsbehov forsterket tverrfaglig innsats i en tidsavgrenset periode (Rambøll, 2012, s.1).

### ***1.1 Bakgrunn for valg av tema***

I min åtte ukers praksisperiode i hjemmetjenesten hadde jeg delt praksis i hjemmesykepleie og i et hjemmerehabiliteringsteam. Dette var en interessant praksis som ga meg muligheten til å se satsningen på rehabilitering i hjemmet fra to sider. I løpet av min praksistid i kommunen ble det samtidig påbegynt et prosjekt hvor nøkkelpersoner fra hjemmesykepleien skulle bidra til en mer rehabiliterende tilnærming til pasientene, med veiledning fra kommunens hjemmerehabiliteringsteam. Nøkkelpersonene skulle bidra til å formidle informasjon slik at arbeidsmåter som ble brukt av hjemmerehabiliteringsteamet også skulle benyttes av hjemmesykepleien. Hjemmesykepleien måtte arbeide på en ny måte, noe som tidvis var utfordrende for dem.

### ***1.2 Oppgavens hensikt***

Med denne bacheloroppgaven har jeg som mål å fordype meg i emnet rehabilitering i hjemmet. Samtidig ønsker jeg å belyse hvordan hjemmesykepleien kan spille en viktig rolle for pasienter som mottar tjenester i form av hjemmerehabilitering og hjemmesykepleie. Jeg håper gjennom litteraturstudiet å få bredere kunnskap om tema med tanke på arbeidskultur, tverrfaglig samarbeid og samarbeid mellom hjemmesykepleie og hjemmerehabiliteringsteam, hvor målet er å oppnå best mulig rehabiliteringstilbud for pasientene.

### ***1.3 Problemstilling***

*Hvordan kan hjemmesykepleien samarbeide tverrprofesjonelt med kommunens rehabiliteringsteam for på den måten å styrke ressursene til hjemmeboende eldre?*

### ***1.4 Presisering og avgrensning***

Oppgaven tar utgangspunkt i alderen 50 år og oppover. Med hjemmerehabilitering menes at en arbeider tverrprofesjonelt. Hjemmesykepleie og hverdagsrehabilitering vil også være vesentlig, da samarbeid mellom hjemmerehabiliteringsteam og hverdagsrehabilitering i hjemmesykepleien kan spille en viktig rolle i rehabiliteringsprosessene.



## ***1.5 Begrepsavklaring***

### ***1.5.1 Forskrift om habilitering og rehabilitering***

Rehabiliteringsprosessen er i hovedsak basert på et tverrfaglig samarbeid. I henhold til forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator (2011) defineres rehabilitering, for pasienten, som en tidsavgrenset prosess med klare mål og virkemidler for å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne samt selvstendighet og sosial deltakelse i samfunnet. Et rehabiliteringsteam består i hovedsak av sykepleier, ergo- og fysioterapeut, lege samt andre som også deltar i den enkeltes rehabiliteringstilbud. Andre viktige elementer i rehabiliteringsteamet i kommunen er blant annet hjelpemiddelsentralen og Nav (Romsland, Dahl & Slettebø, 2015, s. 13).

### ***1.5.2 Tverrfaglig samarbeid og tverrprofesjonell praksis***

Tverrfaglig samarbeid er når ulike yrkesgrupper samarbeider i et fellesskap. Tverrprofesjonelt samarbeid og samarbeidspraksis indikerer at flere profesjoner samarbeider enda tettere om felles oppgaver mot et felles mål (Romsland et al., 2015, s. 80).

### ***1.5.3 Hjemmerehabilitering***

Hjemmerehabilitering blir ifølge Månsson (2007, s. 12) definert som innsatser og virksomhet som finner sted i pasientens hjem og nærmiljø. Hjemmerehabilitering omhandler utvikling, gjenvinning av funksjon samt å opprettholde pasientens funksjonsnivå (Månsson, 2007, s. 12).

## ***1.6 Oppgavens oppbygning***

Kapittel 1 er et innledningskapittel, med bakgrunn for valgt tema, avgrensning og presisering av problemstilling samt begrepsavklaring. I kapittel 2 presenteres Joyce Travelbee's omsorgsteori og annen relevant teori. Jeg har valgt å bruke Joyce Travelbee's omsorgsteori som omhandler den mellommenneskelige prosessen mellom den profesjonelle sykepleier og pasienten, som bygger på å hjelpe et individ, en familie eller et samfunn til å mestre eller forebygge sykdom og lidelse. I kapittel 3 presenteres metode. I kapittel 4 kommer resultater fra valgte artikler. I kapittel 5 drøftes funnene opp mot teori og problemstilling.

## 2.0 Teoretisk perspektiv

### 2.1 Joyce Travelbees sykepleieteori

Joyce Travelbee (1926- 1973) var utdannet sykepleier, og arbeidet som psykiatrisk sykepleier, lærer og leder av sykepleierutdanningen i Florida. I sin teori er Travelbee opptatt av at mennesket er et unikt individ, likt, men samtidig ulikt fordi mennesket hele livet er i vekst, utvikling og endring (Travelbee, 2001, s. 5). Travelbee hevder at sykepleie dreier seg om pasient, sykepleier og familie. Sykepleie skal ikke ha handlinger som mål, men handlinger som midler til å hjelpe enkeltindividet. Hennes teori bygger på at pasienten om nødvendig skal finne mening i erfaringene rundt sykdom og lidelse. Travelbee mener sykepleie er en «mellommenneskelig prosess» fordi det i de fleste tilfeller dreier seg om mennesker, enten direkte eller indirekte. Hun mener at kjennetegnet ved et slikt forhold både bygger på at sykepleieren og den syke oppfatter og forholder seg til hverandre som unike individer. Sykepleiers møte med mennesker omfatter både syke og friske individer, deres pårørende samt personale fra andre yrkesgrupper i helsesektoren (Travelbee, 2001, s. 30). Travelbee beskriver sykepleien som en prosess som bygger på erfaringer og hendelser som inntreffer mellom en sykepleier og et eller flere individer med utgangspunkt i hjelpebehovet. Helsefremmende undervisning i sykepleie mente Travelbee var en viktig faktor, fordi dette tilrettelegger for å hjelpe enkeltindivider og deres familie til å forebygge eller mestre sykdom og lidelse. Travelbee (2001, s. 34) mener helsefremmende arbeid krever mer enn å fortolke informasjon fra legen. *«Kjernen i all helsefremmende undervisning (om nødvendig) er å hjelpe syke mennesker til å finne mening i sykdommen og i de tiltakene som må settes i verk for å bevare helsen og kontrollere symptomene»* (Travelbee, 2001, kap 1., s. 34-35).

Kommunikasjon inngår i Travelbee´s teori. I møte mellom sykepleier og den omsorgen dreier seg mot, foregår det kommunikasjon, både gjennom samtaler og når partene er tause (Travelbee, 2001, s. 135). Travelbee beskriver at den syke kommuniserer med sykepleier ved hjelp av ansiktsuttrykk, atferd, holdning, manerer og gester, noe sykepleier også gjør overfor den syke. Travelbee mener all interaksjon mellom sykepleier og den syke er en anledning til å bli kjent med pasienten som menneske, noe som legger grunnlag for et menneske- til- menneske- forhold. Hvordan sykepleier kommuniserer og opptrer overfor den syke er avgjørende for om målene blir nådd (Travelbee, 2001, s. 135). Som sykepleier må en ha evnen til å forstå hva den syke kommuniserer, og ha evnen til å bruke informasjonen i planlegging av sykepleieintervensjoner.

## ***2.2 Rehabilitering i hjemmet***

### ***2.2.1 Hjemmerehabilitering***

Gustafsson, Gunnarsson, Sjöstrans & Grahn (2010, s. 16) beskriver hjemmerehabilitering som en tidlig og samordnet rehabiliteringsprosess med trening i brukers hjemmemiljø. Videre vektlegger de at en slik form for rehabilitering bør starte tidlig. Utformingen av rehabiliteringsforløpet utvikles i samarbeid mellom ulike yrkesgrupper og pasienten. Månsson (2007, s. 12) beskriver hjemmerehabilitering som utvikling og gjenvinning av funksjon etter innleggelse i sykehus, eller hvordan pasienten kan vedlikeholde eller hindre reduksjon i funksjon. Rehabilitering i hjemmet brukes som konsept, og gjennomføres av tverrprofesjonelt rehabiliteringsteam med sykepleier, ergo- og fysioterapeut. Dette teamet skal også ha tett samarbeid med hjemmesykepleien (Rambøll sitert i Romsland et al., 2015, s. 67).

### ***2.2.2 Hverdagsrehabilitering***

Tuntland og Ness (2014, s. 27) beskriver hverdagsrehabilitering som en form for generell trening rettet mot personer med ulike diagnoser og helsetilstander. Ifølge Ness et al. (2012, s. 11) omfatter hverdagsrehabilitering at pleiepersonalet i hjemmesykepleien blir veiledet av ergo- og fysioterapeut til ikke å overta funksjonene den enkelte pasienten har. Pleiepersonalet skal heller støtte pasientens ressurser og deltakelse i hverdagslige situasjoner. I Meld. St. 29 (2012-2013) beskrives hverdagsrehabilitering som tidlig innsats og rehabilitering i helse- og omsorgstjenesten som bidrar til at den enkelte bruker får økt livskvalitet og funksjonsnivå.

### ***2.2.3 Sykepleie i hjemmet***

Hjemmesykepleie er helsehjelp som utøves i pasientens hjem. Hjemmesykepleien er derfor et fagområde som utøves i skjæringspunktet mellom det daglige livet i hjemmet og offentlig tjenestestyling. Alle pasienter som er brukere av hjemmesykepleien skal ha et utarbeidet vedtak som angir hvilken helsehjelp den enkelte skal få (Birkeland & Flovik, 2014, s. 23).

### ***2.3 Kjernekompetanser for tverrprofesjonell samarbeidspraksis***

Ifølge rapporten «Core Competencies for Interprofessional Collaborative Practice» er det fire kompetansoråder i tverrprofesjonell samarbeidspraksis. Dette er områdene etikk og verdier, roller og ansvar, tverrprofesjonell kommunikasjon, og team og teamarbeid (Interprofessional Education Collaborative Expert Panel, 2011).

For å kunne samarbeide tverrprofesjonelt, kreves det at profesjonene har forståelse for hverandres roller og ansvar i arbeidet som utføres. Hvilken rolle og ansvar den enkelte har i tverrprofesjonell praksis varierer. For mye fokus på individuell kompetanse hos teammedlemmene kan bidra til å begrense samarbeidet.

Grunnleggende kommunikasjonsferdigheter inngår i all helsefaglig utdanning, men det er ofte manglende kunnskap og kompetanse rundt tverrprofesjonell kommunikasjon. Kommunikasjonskompetanse bidrar til å forbedre samarbeid mellom fagpersoner. God kommunikasjon innebærer evne og vilje til å samarbeide, dele kunnskap, vise interesse i form av aktiv lytting og mulighet for diskusjon (Interprofessional Education Collaborative Expert Panel, 2011).

### ***2.4 Sykepleiers rolle i tverrfaglig rehabiliteringsteam***

I rehabiliteringsvirksomheten som drives i sykehus, er sykepleie en grunnleggende faktor på lik linje som sykepleietjenesten for rehabiliteringstilbudet i ulike kommuner. Organisering og administrering av rehabiliteringstjenester er ofte under sykepleiers ansvar, samt utøving av den rehabiliterende virksomheten i samarbeid med andre faggrupper som ergo- og fysioterapeut. Tilmærmingen en sykepleier har til den enkelte med rehabiliteringsbehov, omhandler intervensjoner i tråd med den enkeltes rehabiliteringsplan. En annen oppgave sykepleier har i det tverrfaglige samarbeidet er ansvaret for liv, helse og sikkerhet som gjelder tilstander og behov som ikke kommer til uttrykk i selve rehabiliteringsplanen. En sykepleier som jobber innenfor rehabiliteringsfeltet har også hovedansvar for å observere pasientens helhetlige situasjon, bidra til at pasienten ikke utsettes for medisinske komplikasjoner som blant annet trykksår, samt å jobbe for at pasientens pårørende skal ha det bra gjennom rehabiliteringsprosessen. Sykepleiers rolle i rehabiliteringsfeltet er med dette svært omfattende (Romsland et al., 2015, s. 12).

### ***2.4.1 Canadian occupational performance measure (COPM)***

Ifølge Larsen og Rasmussen (2016) er det viktig å involvere pasienten i rehabiliteringsprosessen for å bedre kvaliteten av rehabiliteringen som blir gitt. Et godt verktøy for å kartlegge rehabiliteringsprosessen er blant annet COPM. COPM er et verktøy som bidrar til å identifisere den enkeltes ønsker og behov for rehabiliteringsprosessen (Larsen & Rasmussen, 2016).

## ***2.5 Pasientens rolle i teamet***

Helsedirektoratet (2010) definerer deltakelse i forbindelse med livssituasjonen i eget hjem, samfunn eller i arbeidslivet. Videre skriver helsedirektoratet (2010) at deltakelse kan beskrives som en forbindelse mellom enkeltindividets helse, kroppslige funksjon samt aktiviteter. Ifølge Romsland et al. (2015, s. 24) stilles det krav til pasientene om egeninnsats i rehabiliteringsarbeidet som gjennomføres. De mener pasienten har myndighet over eget liv, og hjelpeapparater skal bistå til det pasienten velger som innsatsområde. Sykepleier skal tilrettelegge for brukermedvirkning i beslutningsprosessen som omhandler pasientens situasjon. Pasienten er hovedpersonen i rehabiliteringsprosessen, og skal være en aktiv deltaker i samarbeidsgruppen på lik linje med de andre i samarbeidet. Pasientens egne mål og ønsker er utgangspunktet for planleggingen (Romsland et al., 2015, s. 25).

### ***2.5.1 Rehabiliteringsplan***

Innenfor rehabiliteringsfeltet blir det brukt både sykepleieplaner og rehabiliteringsplaner (Romsland et al., 2015, s. 79). En rehabiliteringsplan er tverrfaglig, som innebærer innsats fra alle yrkesgruppene i det tverrfaglige teamet (Romsland et al., 2015, s. 70).

Rehabiliteringsplan i rehabiliteringsprosessen bidrar til å ha kontroll over den daglige rehabiliteringsinnsatsen tilpasset den enkelte gjennom ukeplan. Individuell plan for pasienten er et forpliktende samarbeidsdokument, der pasienten har rett til å utarbeide en slik plan (Romsland et al., 2015, s. 74). I henhold til pasient- og brukerrettighetsloven (1999) §2-5 har pasienter med behov for koordinerte helse- og omsorgstjenester rett til å utarbeide en individuell plan. Hensikten med å utarbeide en individuell plan er å bidra til at tjenestemottakeren får et helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud (Romsland et al., 2015, s. 75). De mener pasienten sin individuelle plan skal ta utgangspunkt i pasientens mål og ønsker som utgjør rehabiliteringsprosessen.

### 3.0 Metode

Begrepet metode blir beskrevet som et nødvendig redskap for noe vi vil undersøke. Metode er et hjelpemiddel for å samle inn data, som er nødvendig for å innhente informasjon som vil belyse vår undersøkelse. Metoden er et redskap som gir grunnlag for prøving og etterprøving av det som undersøkes. Ifølge Dalland (2012, kap 7., s. 111) blir metoden definert på denne måten: ”...en framgangsmåte til å løse problemer og komme fram til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder”.

Kunnskapsbasert praksis står sentralt i helsefaglig utdanning. Kunnskapsbasert praksis omhandler å ta faglige avgjørelser på grunnlag av forskningsbasert kunnskap, erfarings basert kunnskap samt brukerkunnskap og brukermedvirkning. Bruken av disse faktorene i praksis bidrar til å bedre kvaliteten på tjenesten (Mediesenteret & Høgskolen i Bergen, 2012).

Det finnes ulike metoder for forskning, og vi må velge én metode som danner grunnlag for å finne gode data som belyser vårt spørsmål på en måte som er faglig og interessant. Vi kan skille mellom kvantitativ og kvalitativ metode. Kvantitativ metode omhandler data i form av målbare enheter og tall. Tallene ved kvantitativ metode gir muligheter til å foreta regneoperasjoner som for eksempel prosentandel av hvor mange i befolkningen med behov for sosialhjelp (Dalland, 2012, s. 112). Kjentegn ved kvantitativ metode er å få fram mest mulig eksakt avspeiling, hvor en går i bredden og innhenter et lite antall opplysninger av mange undersøkelsesenheter. Kvantitativ metode kjennetegnes ved at det får fram det som er felles ved hjelp av spørreskjema med faste svaralternativer samt systematiske og strukturerte observasjoner. Datasamling til kvantitativ forskning skjer uten direkte kontakt med feltet. Forskerne som nytter kvantitativ metode ser fenomenet utenfra, de er nøytral, noe som danner et *jeg-det-forhold* mellom forsker og undersøksperson (Dalland, 2012, s. 113). Kvalitativ metode har som utgangspunkt å fange opp meninger og opplevelser som ikke kan måles eller tallfestes (Dalland, 2012, s. 112). Kjentegn ved kvalitativ metode er å få fram best mulig gjengivelse, går i dybden og innhenter mange opplysninger om få undersøkelsesenheter. Kvalitativ metode kjennetegnes ved å få fram det spesielle, avvikende, ved hjelp av intervju som bygger på fleksibilitet uten faste svaralternativer og ustrukturerte observasjoner. Datasamling til kvalitativ forskning skjer i direkte kontakt med feltet. Forskerne som benytter kvalitativ metode ser fenomenet innenfra, påvirkning og delaktighet, som legger grunnlag for et *jeg-du-forhold* mellom forsker og undersøkelsesperson (Dalland, 2012, s. 113).

### **3.1 Litteraturstudie som metode**

Litteraturstudie som metode beskrives som en studie som tar utgangspunkt i å systematisere kunnskap fra skriftlige kilder. Systematisering av kunnskap innebærer å innhente litteratur, kritisk vurdering og til slutt sammenfatte kunnskapen som er funnet. Gjennom litteraturstudie viser en til en systematisk tilnærming i de ulike trinnene av prosessen, med hensikt å gi leseren forståelse og oppdatert kunnskap rundt problemstillingen (Thidemann, 2015, s. 79-80). Denne bacheloroppgaven tar utgangspunkt i en liten litteraturstudie over åtte uker for å besvare min problemstilling. Litteraturstudie er en arbeidsform jeg har erfart gjennom tre år som sykepleierstudent. En slikt metode gir meg muligheten til å samle inn god og relevant litteratur for å besvare min problemstilling. Litteraturstudie som metode kan være starten på et forskningsprosjekt.

### **3.2 Litteratursøk**

#### **3.2.1 Litteratursøk i Cinahl**

Cinahl er en internasjonal database der en finner forskningsartikler om helsefag, sykepleie og kvalitativ forskningsmetode. Søk i Cinahl ble gjort 09.01.17.

<b>Søk nr:</b>	<b>Søkeord</b>	<b>Begrensning: Utgivelsesår 2006- 2016</b>	<b>Antall Treff</b>
<b>1</b>	<b>Home rehabilitation</b>		<b>4, 960</b>
<b>2</b>	<b>Norway</b>		<b>178, 119</b>
<b>3</b>	<b>Older people</b>		<b>149, 354</b>
<b>4</b>	<b>Interdisciplinary collaboration</b>		<b>3, 411</b>
<b>5</b>	<b>S1 AND S2</b>		<b>71</b>
<b>6</b>	<b>S5 AND S3</b>		<b>9</b>
<b>7</b>	<b>S6 AND S4</b>		<b>2</b>

”Development of a model for organisation of and cooperation on home- based rehabilitation – an action research project” skrevet av Steinhaug, S., Lipperstad, J.- W., Isaksen, H. & Werner, A. (2014) utgitt av *Informa healthcare*. Artikkelen ble valgt som nummer 1 av totalt 2 treff. Antall treff kan være en svakhet fordi artikkelen ikke vurderes opp mot andre, men er likevel relevant fordi den belyser hvordan modeller for hjemmerehabilitering kan organiseres. Det er gjort kontrolløk på denne artikkelen, men ved første kontrolløk fant jeg den ikke igjen, men andre gangen kom den opp.

Søk i Cinahl ble gjennomført 06.03.17

<b>Søk nr:</b>	<b>Søkeord</b>	<b>Begrensning: Utgivelsesår 2013- 2016</b>	<b>Antall Treff</b>
<b>1</b>	<b>Older adults</b>		<b>8, 262</b>
<b>2</b>	<b>Home- based service</b>		<b>119</b>
<b>3</b>	<b>Home care</b>		<b>5, 339</b>
<b>4</b>	<b>S1 AND S2</b>		<b>13</b>
<b>5</b>	<b>S3 AND S4</b>		<b>7</b>

”Older adults who receive home- based services, on the verge of passivity: the perspective of service providers” skrevet av Vik, K. & Eide, A. (2013) utgitt av *International Journal of Older people Nursing*. Artikkelen ble valgt ut som nummer 2 av 7 artikler. Artikkelen er relevant for min besvarelse fordi den viser til fire elementer som kan påvirke aktiv deltakelse: tidspunkt for søk av tjenester, pasientens forventninger til deltakelse, bolig og hjelpemidler samt utøving av tjenesten.



### **3.2.2 Litteratursøk i Svemed+**

”Samarbeidsutfordringer i kommunehelsetjenesten” skrevet av Moe, S. & Hamran, T. (2014) er utgitt av *Fysioterapeuten*. Jeg gikk gjennom [www.hsh.no](http://www.hsh.no) sitt bibliotek videre til helsefag hvor jeg brukte Svemed+ som database. Søkeordene jeg brukte var *tverrfaglig samarbeid AND rehabilitering*. Søket ble avgrenset med årstall: 2014- 2017. Antall treff 37. Dato for søk: 22 februar 2017. Artikkelen ble valgt ut som nummer 26 av antall 37 treff. Til tross for at artikkelen tar utgangspunkt i fysioterapeuters veiledning om rehabilitering til hjemmetjenesten, anser jeg artikkelen som relevant for min oppgave fordi den vektlegger viktigheten av kompetanse om rehabilitering i kommunens hjemmetjeneste. For å kunne gjennomføre rehabilitering er samarbeid med tverrfaglig team viktig for at hjemmetjenesten i kommunen får økt forståelse av rehabiliteringsprosessen.

### **3.2.3 Litteratursøk i PubMed**

”The reablement team’s voice: a qualitative study of how an integrated multidisciplinary team experiences participation in reablement” skrevet av Hjelle, K.M., Skutle, O., Førland, O. & Alvsvåg, H. (2016) er utgitt av *Journal of Multidisciplinary Healthcare*. Jeg gikk gjennom [www.hsh.no](http://www.hsh.no) sitt bibliotek videre til helsefag hvor jeg brukte PubMed som database. Søkeordene som ble brukt var: *home- based rehabilitation AND Norway AND older people*. Antall treff var 27. Dato for søk: 10.01.17. Artikkelen ble valgt som nummer 3 av antall 27 treff. Artikkelen er relevant for min besvarelsen fordi studien tar for seg tre viktige elementer i rehabiliteringsprosessen: brukerens mål er avgjørende, et skifte i arbeidskultur og bedre rammeverk for samarbeid samt anvendelse av faglig kompetanse. Disse elementene er relevant for å belyse min problemstilling.

## **3.3 Metode- og kildekritikk**

Dalland og Trygstad (2012, s. 67) beskriver kildekritikk som en metode som blir brukt for å fastslå om en kilde er sann. Dette betyr at kildene som skal benyttes blir vurdert og karakterisert (Dalland & Trygstad, 2012, s. 67). Ifølge Leth og Thurén (sitert i Dalland & Trygstad, 2012, s. 67-68) beskrives kildekritikk som et samlebegrep for metoder som blir brukt for å skille verifiserte opplysninger fra spekulasjoner. Kildekritikk har to sider ved seg. Den første er kildesøking eller litteratursøk som omhandler hjelp til å finne fram til litteraturen som kan belyse problemstillingen på best mulig måte. Den andre omhandler å gjøre rede for litteraturen som er anvendt i oppgaven (Dalland & Trygstad, 2012, s. 68).

### ***3.4 Kritisk vurdering av egen oppgave***

I min oppgave velger jeg å anonymisere praksisplassen, da egne erfaringer om hjemmerehabilitering bygges på grunnlag fra praksisen. Videre i oppgaven har jeg brukt forskjellig litteratur for å besvare problemstillingen. For best mulig bredde rundt problemstilling har jeg valg å bruke retningslinjer, lovverk, rapporter, forskning og selvvalgt litteratur innenfor rehabiliteringsfeltet. Jeg har studert mye litteratur fram mot oppgaven, selv litteratur som ikke kommer fram i referanselisten. I min besvarelse har jeg i hovedsak brukt primærlitteratur for best mulig rettmessighet og vært kritisk til kildene jeg har valgt. I oppgaven har jeg også brukt sekundærkilder for å få bredde i besvarelse. For å finne forskning har jeg brukt gyldige databaser: Cinahl, Svemed+ og Pubmed.

Da min bacheloroppgave omhandler hvordan et hjemmerehabiliteringsteam og hjemmesykepleien kan arbeide sammen, har jeg valgt forskning med kvalitativt intervju som metode. Kvalitativ metode er personsentrert, som gjør det enklere å kartlegge ulike yrkesgruppers erfaring om hverdagsrehabilitering og hjemmerehabilitering. En svakhet med min oppgave, er at det er begrenset forskning om hjemmerehabilitering fordi temaet er nytt. Dette har bidratt til å gjøre søkeprosessen krevende med å finne forskning som kan belyse problemstillingen. Årstall for søk av forskning har vært avgrenset, for å finne det nyeste av forskningen og utvalget for relevante artikler har vært minimalt. Artiklene jeg har brukt i min besvarelse er bygd opp etter IMRAD- prinsippet: Introduksjon, metode, resultat, (AND), drøfting. IMRAD- strukturen er ifølge Thidemann (2015, s. 30) disponering av tekst i vitenskapelige artikler som er anerkjent, og forteller hvordan man kan finne forskjellig informasjon.

### ***3.5 Forskningsetikk***

Forskningsetikk beskrives som et område av etikken som omhandler planlegging, gjennomføring og rapportering av forskningen. Forskningsetikk bygger på ivaretagelse av personvern og sikre troverdighet i forskningsresultatene. Innenfor medisinsk forskning, omhandler forskningsetikk også unngåelse av at forskningsdeltakerne (pasienten) blir påført skade eller unødvendig belastning. Forskningens mål om å finne ny kunnskap må heller ikke gå utover den enkeltes integritet og velferd. Retningslinjer for forskningsetikk innenfor samfunnsvitenskapelige fag har vokst frem etter modell av disse målene (Dalland, 2012, s. 96). Norsk senter for forskningsdata (NSD, u.å) er et nasjonalt arkiv for forskningsdata. NSD

tilrettelegger, arkiverer og formidler data til forskningsmiljøer med mål om å gi forskere tilgang til data uten store juridiske, økonomiske og praktiske hindringer.

Helsinkideklarasjonen (Førde, 2014) er etiske retningslinjer innenfor forskningsetikk som brukes i store deler av verden. Helsinkideklarasjonen angir at forskningen skal følge aksepterte vitenskapelige prinsipper og utføres og av kvalifiserte personer. Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK, u.å) er retningslinjer innenfor forskningsetikk som skal godkjenne medisinske og helsefaglige forskningsprosjekter, forskningsbiobanker og dispensasjon fra taushetsplikt fra annen type forskning.

## 4.0 Resultat/ funn

### 4.1 ”Development of a model for organisation of and cooperation on home-based rehabilitation – an action research project”

**Forfatter:** S. Steihaug, J. - W. Lipperstad., H. Isaksen., & A. Werner.

**År:** 2014

**Tilgjengelig:** Cinahl, Disability and Rehabilitation- an international, multidisciplinary journal

**Type artikkel:** Kvalitativ forskningsartikkel

**Hensikten** med studien var å belyse hvordan politiske føringer og ansattes erfaringer om rehabilitering kan bidra til å utarbeide en modell for organisering og samarbeid for hjemmebasert rehabilitering. **Bakgrunnen** for dette var at rehabilitering i hjemmet som virksomhet har fått lite oppmerksomhet. **Metoden** i artikkelen er kvalitative intervju. Det ble derfor utviklet intervjuguider for to fokusgrupper, en fokusgruppe i hver av de to kommunene som var delaktig i undersøkelsen. Det var til sammen 24 deltakere som ble intervjuet, 19 kvinner og fem menn. Ulike yrkesgrupper var representert, herunder sykepleiere, hjelpepleiere, hjemme hjelpere, sosialarbeidere og ergo- og fysioterapeut. Det ble gjennomført individuelle kvalitative intervjuer. Det ble holdt fire møter med den ene fokusgruppen og tre møter med den andre fokusgruppen. **Resultatet** i studien tar utgangspunkt i hvordan flere nivåer av ansatte i kommunen kan bidra til å utarbeide en modell som inneholder organisering og samarbeid rundt temaet rehabilitering. Modellen som ble utarbeidet skulle bidra til å redusere utfordringer som kunne oppstå gjennom rehabiliteringsforløpet. Rehabiliteringsteamet som ble utarbeidet skulle bruke sin kompetanse for å avgjøre den enkelte pasientens behov for rehabilitering og deretter starte den nødvendige rehabiliteringsprosessen med egnet tverrfaglig samarbeid. Studiene tar utgangspunkt i to bydeler i Oslo og tar sikte på utfordringer som kan oppstå i rehabiliteringsprosessen. Resultatet i studien viser til nyttig kunnskap om hvordan organiseringen, koordinering og samarbeid bør skje i og gjennom rehabiliteringsprosessen. **Forskningsetikk:** Det ble sendt en søknad om studien til den regionale komiteen for medisinsk og helsefaglig forskning. Prosjektet trengte ikke godkjenning.

## 4.2 "The reablement team's voice: a qualitative study of how an integrated multidisciplinary team experiences participation in reablement"

**Forfatter:** K. M. Hjelle, O. Skutle, O. Førland. & H. Alvsvåg

**År:** 2016

**Tilgjengelig:** PubMed, Journal of Multidisciplinary Healthcare

**Type artikkel:** Kvalitativ forskningsartikkel

**Hensikten** med studien tar utgangspunkt i hvordan hjemmebasert tjeneste og hjemmerehabilitering med tverrfaglig team kan undervise og dele kunnskap til de som jobber i hjemmesykepleien med å tenke rehabilitering i pleien som blir gitt. Studien legger spesiell vekt på intensitet, mål og tverrfaglig bistand til brukere med funksjonsfall. **Bakgrunnen** for dette er at det er få empiriske studier som fram til nå har undersøkt det tverrfaglige teamets erfaringer rundt rehabiliteringsprosessen i hjemmet. **Metoden** i artikkelen bygger på kvalitativ innholdsanalyse. Det ble utviklet to fokusgrupper, en gruppe med helsefaglig utdanning, herunder vernepleiere, sykepleiere, ergo- og fysioterapeuter, og en gruppe uten helsefaglig utdanning, herunder helsefagarbeidere og assistenter. Det ble gjennomført 17 fokusgruppediskusjoner for å samle data som deltakerne beskrev med egne ord. Deltakerne i de to fokusgruppene delte erfaringer, perspektiver og meninger rundt den nye arbeidsformen. **Resultatet** i studien viser tre hovedpunkter: den eldre voksnes mål er avgjørende, ny måte å tenke på- et skifte i arbeidskultur, og bedre rammeverk for samarbeid og anvendelse av faglig kompetanse. For at den enkelte brukeren skulle nå sine mål, var det en forutsetning at tverrfaglig team og hjemmebasert tjeneste jobbet sammen mot et felles mål. Med støtte og veiledning fra tverrfaglig team, ble det enklere for hjemmebasert tjeneste å kartlegge brukerens ressurser og hva brukeres selv var i stand til å gjennomføre. På denne måten får brukeren mulighet til å bruke egne ressurser i hverdagen og delta mer aktivt i gjennomførelsen av aktiviteter, i stedet for å bli passiv. For at en slik arbeidsform skal kunne gjennomføres, kreves det at politikere, samfunnsledere og helsepersonell støtter rammeverket for implementering rundt en rehabiliterende tilnærming. **Forskningsetikk:** Studien er godkjent av Norsk senter for forskningsdata (NSD).

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

**Forfatter:** K, Vik. & A. Eide

**År:** 2013

**Tilgjengelig:** Cinahl, International Journal of Older People Nursing

**Type artikkel:** Kvalitativ forskningsartikkel

**Hensikten** av studien var å undersøke helsepersonalets oppfatning og forståelse for deltakelse til den eldre pasienten som mottar hjemmebasert tjeneste. **Bakgrunnen** for dette er at det er en økning i den eldre befolkningen som legger press på dagens helsetjenester. Det vil med dette være avgjørende å sikre at helsetjenestene fremmer sunn aldring og aktiv deltakelse.

**Metoden** i studien dannet grunnlag for seks fokusgrupper som representerte ulike nivåer i hjemmebasert tjeneste som dannet grunnlag for en semi-strukturert intervjuguide. Metoden er basert på grounded theory, kvalitative intervjuer, som tar utgangspunkt i å sikre sunn aldring og deltakelse. Grounden theroy (GT) er i følge Christoffersen, Johannessen, Tufte og Utne (2015, s. 133) i hovedsak blir tatt i bruk ved analyse- og observasjonsdata. Videre skriver Christoffersen, Johannessen, Tufte og Utne (2015, s. 133) at målet med GT (teorigenerisering på emperisk grunn) er å utvikle teorier med utgangspunkt i data. Innsamlet data fra studien ble analysert ved bruk av en konstant komparativ metode. **Resultatet** i studien tar sikte på fire faktorer som påvirket deltakelse: tidspunkt for søknad om tjenester, adekvat bolig og tekniske hjelpemidler, brukeren og pårørendes forventinger om deltakelse, og hvordan tjenesten som leveres danner en barriere for deltakelse fordi fokuset ofte var rettet mot passiv hjelp.

Funnene i studien har vist hvordan faktorer som forventning til tjenesten og egenskapene til eldre kan resultere i passivitet og avhengighet til tross for retningslinjer med mål om sunn aldring. **Forskningsetikk**, studien er godkjent av Norsk senter for forskningsdata (NSD), som også deltok i fokusgruppene etter informert samtykke. Artikkelen er en del av et større forskningsprosjekt som undersøker ulike perspektiver rundt deltakelse hos både hjemmetjenestens personell og den eldre pasienten.

#### 4.4 ”Samarbeidsutfordringer i kommunehelsetjenesten”

**Forfatter:** S, Moe. & T, Hamran

**År:** 2014

**Tilgjengelighet:** Svemed+, fysioterapeuten

**Type artikkel:** Kvalitativ forskningsartikkel

**Hensikten** med studien var å undersøke fysioterapeuter og hjemmetjenestepersonell sin forståelse av egne arbeidsoppgaver og ansvar i henhold til fysisk funksjon til pasienter som mottar hjemmetjenester. **Bakgrunnen** for dette er at kommunehelsetjenesten har fått nye og mer omfattende oppgaver med krav om tverrfaglig samarbeid, vektlegge aktiv omsorg og selvhjelpenhet. **Metoden** tok sikte på å rekruttere informanter fra tre kommuner, to mellomstore og en stor kommune. Studien omhandlet fokusgruppeintervju med ulike profesjonsutøvere for å få oversikt av deres praksiser og perspektiver på egne, men også andres valg og prioriteringer. Det var til sammen 22 informanter, herunder ergo- og fysioterapeuter fra rehabiliteringsenheten, og sykepleiere, vernepleiere og ergoterapeuter fra hjemmetjenesten. Dette la grunnlag til å utarbeide en intervjuguide med tema rundt fagutøvelse, samarbeid med andre profesjoner, pasientens behov for tjenesten og organisatoriske forhold, og det ble gjennomført syv fokusgruppeintervju. **Resultatet** i studien viste to faktorer som kunne være medvirkende til å hemme samarbeidet mellom ulike faggrupper: faglige tradisjoner og kommunens organisering av helsetjenesten. Kartlegging av brukeren sine behov for trening ble ikke gjennomført. Møtepunkter for faglige diskusjoner og kunnskapsoverføring var avhengig av enkeltpersoner samt at det var tilfeldig. Personalet i hjemmetjenesten hadde manglende kompetanse til å kunne vektlegge aktiviserende hjelp til pasientene. I artikkelen konkluderes det med at det kommunale tjenestetilbudet ikke sto i stil med lover og forskrifter. Tilbudet manglet koordinering av tjenesten. Kartlegging av brukerens funksjonspotensiale er viktig for å kunne utvikle systematisk tverrfaglig samarbeid mellom fysioterapeuter og hjemmetjenestepersonell. Dette gir utgangspunkt for en helhetlig og optimal tjeneste. **Forskningsetikk:** Studien er godkjent av Norsk senter for forskningsdata (NSD).

## 5.0 Drøfting

I denne delen av oppgaven skal jeg drøfte hvordan samarbeidet mellom hjemmesykepleien og tverrprofesjonelt rehabiliteringsteam kan tilrettelegges for at pasientene skal få god rehabilitering. Da må tenkning, arbeidsmetode og organisering endres.

Problemstilling som danner grunnlaget for drøftingen er: *«Hvordan kan hjemmesykepleien samarbeide tverrprofesjonelt med kommunens rehabiliteringsteam for på den måten å styrke ressursene til hjemmeboende eldre?»*

### 5.1 Organisering og koordinering av hjemmerehabilitering

Samhandlingsreformen (Meld. St. 47 (2008- 2009) beskriver at mange brukere av helse- og omsorgstjenesten har behov for koordinerte tjenester, spesielt der tjenesten leveres fra ulike tjenestesteder. Det er få systemer i dagens helsetjeneste som imøtegår pasientens behov for koordinerte tjenester. Spesialisthelsetjenesten preges av et medisinsk grunnsyn, mens kommunehelsetjenesten har pasientens funksjonsnivå og mestringsevne i fokus. Når tjenestene i helsevesenet koordineres dårlig, blir den også for lite effektiv (Samhandlingsreformen (Meld. St. 47 (2008- 2009)). En har til nå hatt større fokus på sykdommer og senkomplikasjoner, og mindre fokus på forebygging, rehabilitering og tidlig innsats. Regjeringen ønsker en endring med vekst av forebyggingsarbeid og rehabilitering.

Hjemmerehabilitering har ifølge Rambøll (2012, s. 1) fått økende oppmerksomhet i senere tid. Rehabiliteringstilbud i pasientenes hjem er en strategisk ordning for å møte befolkningens økende behov for pleie- og omsorgstjenester. Samhandlingsreformen (Meld. St. 47 (2008- 2009) har gitt habilitering og rehabilitering økende oppmerksomhet ved å utvide kommunenes ansvarsområde. Helse- og omsorgstjenesteloven §7-3 (2011) sier at alle kommuner skal ha en koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering (KE). Hensikten med KE er å sikre helhetlige tilbud til pasienter med behov for rehabilitering (Romsland et al., 2015, s. 78). Steihaug, Lippestad, Isaksen og Werner (2014) mener hjemmerehabilitering gjør det mulig å rette rehabiliteringsprosessen mot pasientens daglige aktiviteter i hjemmet. De skriver at hjemmerehabilitering bidrar til at pasienten lettere kan gjenoppta tidligere aktiviteter. Samhandlingsreformen (Meld. St. 47 (2008- 2009) sier det er god dokumentasjon på at rehabilitering og forebygging har god effekt både helsemessig og økonomisk. En må samhandle og utnytte ressurser for å lykkes med dette (Steihaug, Lippestad, Isaksen og



Werner, 2014). Da kan en redusere antall innleggelses i sykehus og bedre det forebyggende arbeidet.

Satsning på hjemmerehabilitering krever langsiktig tenkning i kommunen, noe som kan gjøre gjennomslagsprosessen krevende. Under satsningen er det ofte en forutsetning at ledelsen forstår at det på ene siden vil koste kommunen mer i starten, før det på den andre siden vil vise økonomisk gevinst og lønnsomhet. Dette kan gi kommunen motivasjon til å satse videre på rehabilitering i hjemmet (Rambøll, 2012, s. 18).

For å kunne starte satsningen på hjemmerehabilitering er tid til utarbeiding av planer avgjørende (Rambøll, 2012, s. 18). På grunnlag av mine egne erfaringer gjennom praksis som sykepleierstudent har jeg forstått at satsning på rehabilitering krever tett samarbeid og felles forståelse på tvers av avdelinger. Ifølge Steihaug et al. (2014) understreker flere av deres informanter fra hjemmesykepleien at hjemmerehabilitering er ønskelig, men at det også er ressurskrevende, noe som gjør gjennomføringen vanskelig i det daglige arbeidet. Mange ledere fra hjemmebaserte tjenester uttrykte at en heller må holde seg til kommunens budsjett. Dette er faktorer jeg mener kan gjøre det krevende for en kommune å satse på hjemmerehabilitering. Videre mener jeg alle parter, både hjemmesykepleien, ledelsen og tverrprofesjonelt team, må ha samme mål og oppfatning for en slik satsning, for som Rambøll (2012, s. 18) skriver, er dedikerte medarbeidere med fokus om satsning på hjemmerehabilitering viktig.

For at hjemmerehabilitering skal lykkes, er dannelse av et tverrprofesjonelt rehabiliteringsteam vesentlig, fordi et tverrprofesjonelt team kan bidra til økt samarbeid og forståelse for rehabiliteringstilbudet. Ifølge Steihaug et al. (2014) kommer det i deres undersøkelsen fram at det var tydelige forskjeller mellom yrkesgruppenes forståelse for rehabiliteringstilbudet i kommunen. De mener at rehabilitering bør bestå av definerte og målrettede prosesser der ulike yrkesgrupper arbeider sammen med pasienten mot et felles mål. De viser videre til at det vil være hensiktsmessig å utarbeide en plan for hvordan målene som er satt skal nås. Rambøll (2012, s. 22) mener det vil være til fordel å etablere et tverrfaglig team fordi teamet kan fordype seg i problemstillinger knyttet til hjemmerehabilitering samt bygge et sterkt tverrfaglig samarbeid med pasienten.

## ***5.2 Sykepleierrollen i en ny arbeidskultur***

For å kunne tilby et helhetlig rehabiliteringstilbud i hjemmet mener Rambøll (2012, s. 16) kommunens villighet til å endre tidligere arbeidsmåter og satsning på rehabilitering står sentralt. For at hjemmerehabilitering skal gi pasienten et godt tilbud, er det interne samarbeidet mellom hjemmetjenesten og rehabiliteringstjenesten, som består av sykepleier, ergo- og fysioterapeut, viktig (Rambøll, 2012, s. 23). Hjelle, Skulte, Førland og Alvsvåg (2016) mener det bør settes av tid til både formelle og uformelle møter for å dele kompetanse og kunnskap, selv i en travel arbeidshverdag. I arbeid med rehabilitering mener jeg sykepleierrollen endres, fordi utøvelsen av sykepleie ikke lenger bare omhandler pleie og omsorg, men også kartlegging, forebygging og rehabilitering innenfor pasientens funksjonsnivå.

Kommunikasjon mellom hjemmesykepleien og tverrprofesjonelt rehabiliteringsteam er viktig for å sikre et godt og helhetlig rehabiliteringstilbud til pasienter med behov for veiledning og støtte (Hjelle et al., 2016). Travelbee (2001, s. 137) vektlegger kommunikasjon i sin teori som en gjensidig prosess, et redskap, for å søke og formidle informasjon til pasientene og deres pårørende. Hjelle et al. (2016) mener tverrfaglig arbeid innebærer gjensidig respekt for teammedlemmenes kunnskap og kompetanse. Interprofessional Education Collaborative Expert Panel (2011) styrker dette og mener kjernekompetanse er viktig for at samarbeidet mellom yrkesgruppene skal fungere, men er også viktig i møte med pasienten som tjenestemottaker.

Gjennom min praksisperiode, som var delt mellom hjemmesykepleie og hjemmerehabiliteringsteam, erfarte jeg at hjemmesykepleiens personal, herunder sykepleiere, helsefagarbeidere og ufaglærte, var positive til en rehabiliterende tilnærming. Rehabiliteringsteamet satte av tid til faste møtepunkter for å dele sin erfaring, kunnskap og gi veiledning til hjemmesykepleien. Til tross for positiv tilnærming til rehabilitering erfarte jeg at det ble lite vektlagt av hjemmesykepleiens personell. Erfaringsmessig opplevde jeg at flere sykepleiere mente det ikke var nok tid eller ressurser i hjemmesykepleien, som resulterte i at de tok over pasientens aktiviteter. Vik og Eide (2013) hevder i sine funn at pleien ofte blir gitt gjennom standardiserte intervensjoner. De mener dette tyder på at sykepleiere og annet helsepersonell har for lite kompetanse til å kartlegge pasientens individuelle behov. Moe og Hamran (2014) mener ulike profesjoner i hovedsak prioriterer arbeidsoppgaver ut fra profesjonens fagtradisjoner, der pleien i liten grad inneholdt fokus på aktivisering. Deres funn

viser at fysioterapeutene utførte funksjonstrening hos pasienten, som i liten grad ble fulgt opp av sykepleiere og annet helsepersonell i hjemmesykepleien. Med dette som utgangspunkt mener jeg pasienter med vedtak om hjemmesykepleie og samtidig hjemmerehabilitering, ikke får maksimalt utbytte av rehabiliteringsprosessen. Moe og Hamran (2014) skriver i sine funn at organisering av tjenesten ikke var optimal og at kommunikasjonen mellom yrkesgruppene var utilstrekkelig og fagutøvelsen til pasienten uhensiktsmessig. De mener disse faktorene viser at personalet fra hjemmesykepleien ikke hadde nok kompetanse til å vurdere pasientens funksjonsnivå, noe som reduserte evnen til å iverksette rett tiltak til rett tid. Slike arbeidsoppgaver faller ikke under hjemmesykepleiens kompetanse (Moe & Hamran, 2014). Ness et al. (2012, s. 24) mener løsninger for organisering av tjenesten og samarbeidet krever endringer. For at samarbeidet mellom hjemmesykepleien og tverrprofesjonelt rehabiliteringsteam skal bli optimalt hevder Moe og Hamran (2014) at faggruppene må ha samme mål og trenger kunnskap om hverandres roller og arbeidsområder. Hjelle et al. (2016) mener hjemmerehabilitering krever en ny måte å tenke og handle på, et skifte i arbeidskultur. Et skifte i arbeidskultur krever endringer i perspektiv fra å se pasienter som passive mottakere på grunnlag av sin sykdom, til å vurdere pasienten som aktiv mottaker med ressurser og evnen til deltakelse. Støtte og veiledning til pasienten bør framstilles i en ”stå tilbake” eller ”hands off” metode, som innebærer at sykepleier gir pasienten en hjelpende hånd i stedet for å overta gjøremålene. Pasientene blir med dette oppmuntret og veiledet til å bruke egne ressurser (Hjelle et al., 2016).

Ifølge Rambøll (2012, s. 24) kan hjemmesykepleiens mangel på tid og ressurser bidra til å hemme samarbeidet mellom hjemmesykepleien og rehabiliteringsteamet. Hjemmesykepleien er ofte presset på tid i utførelsen av tjenester hos pasienten, men også i forhold til deltakelse på felles samarbeidsarenaer. Moe og Hamran (2014) beskriver tidspress i hjemmesykepleien som en utfordring i en travel arbeidshverdag. De beskriver i sine funn at informantene fra hjemmetjenesten tidligere hadde mer fokus på aktivisering, men at en slik arbeidsmetode ble nedprioritert grunnet økende arbeidsmengde. De hevder hjemmesykepleien hadde hektiske dager som hindret mobiliseringstiltak, men at det i sin helhet omhandlet hvordan organisering av tiltak og planer ble vektlagt. Flere av sykepleierne i undersøkelsen følte de ikke hadde tid, men prøvde å motivere pasienten til å gjennomføre aktiviteter. Pasienten og deres forståelse kan også danne grunnlag for utfordringer i rehabiliteringsprosessen. Ikke alle pasientene ønsket å gjøre noe selv, grunnet rettigheter på tildelt hjelp (Moe & Hamran, 2014). I en slik situasjon mener jeg kommunikasjon mellom sykepleier og pasient er viktig for å gi pasienten

informasjon, veiledning og forståelse for rehabiliteringsvedtaket. Jeg mener også at det krever åpen dialog mellom sykepleier i hjemmesykepleien, pasient og sykepleier, ergo- og fysioterapeut fra tverrprofesjonelt team, for at en skal oppnå gode resultat i rehabiliteringsprosessen.

### ***5.3 Pasientrollen i hjemmerehabilitering***

Formålet med forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator (2011) er i henhold til §1 å sikre at pasienter med rehabiliteringsbehov tilbys tjenester som bidrar til læring, motivasjon, økt funksjons- og mestringsevne, likeverd og deltakelse. Gustafsson et al. (2010) mener daglige aktiviteter er viktig for pasienten for å oppleve tilfredsstillende i egen situasjon. Rambøll (2012, s. 8) sier at pasienter som har mottatt hjemmerehabilitering opplever det positivt at det stilles krav til trening, med mål om kortsiktig og langsiktig bedring i funksjonsnivået. Økt mestringfølelse hos pasienten mener Rambøll bidrar til økt trivsel, livskvalitet og deltakelse i sosialt liv. Økt funksjonsnivå gjennom hjemmerehabilitering kan bidra til at pasienten kan bo lenger i eget hjem og behovene for pleietjenester reduseres (Rambøll, 2012, s. 8).

Vik og Eide (2013) beskriver fire faktorer som kan påvirke pasientens aktive deltakelse. Faktorene de mener står sentralt er tidspunkt for søk av tjenester, pasientens forventninger til deltakelse, bolig og hjelpemidler samt hvordan tjenesten utøves av helsepersonell. Dette kan utgjøre barrieren for deltakelse. De hevder at søknad om tjenester på et tidlig tidspunkt bidrar til å styrke deltakelse før funksjonsnivået reduseres. Vik og Eide (2013) viser i sine funn til mediedebatter som beskriver at eldre pasienter som mottar hjemmerehabilitering føler seg som en byrde for samfunnet, noe som igjen kan bidra at pasienten nøler med å søke tjenester utover det mest nødvendige. Ifølge Ness et al. (2012, s. 18) er eldre pasienter en ressurs for samfunnet. Eldre utsettes noen ganger for aldersdiskriminering og stereotypiske forestillinger. På ene siden mener Vik og Eide (2013) dokumentert forskning viser at media og politikere har et negativt fokus på eldre pasienter. På andre siden bruker pasientene lang tid før de søker tjenester fordi de ikke ønsker å bli avhengig av profesjonell hjelp. Dette er faktorer jeg mener kan bidra til at pasienten blir passiv, noe som påvirker aktiv deltakelse og medbestemmelse negativt. For at pasienten selv skal få utbytte av hjemmerehabilitering, må sykepleier bruke sin kompetanse i kommunikasjon. Travelbee (2001, s. 135) sier at sykepleiers kommunikasjon og opptreden overfor pasienten, er avgjørende for at målene blir nådd. For at

pasienten skal nå sine rehabiliteringsmål mener jeg det derfor er viktig å informere om hjemmerehabilitering som tjeneste.

For at pasienten skal føle seg delaktig i rehabiliteringsprosessen mener Hjelle et al. (2016) pasientens mål er avgjørende. Pasienten blir mer motivert dersom de tar del i beslutningsprosessen om hvilke hverdagsaktiviteter som er ønskelig å håndtere. Rambøll (2012, s. 25) mener kartleggingssamtaler med pasienten kan bidra til mål og trygge rammer for rehabiliteringsprosessen. For å kartlegge funksjonsnivået mener Romsland et al. (2015, s. 67) COPM- kartleggingssystem kan benyttes slik at pasienten får mulighet til å prioritere fem viktige aktiviteter i eget liv. Et slikt kartleggingssystem synes jeg som sykepleierstudent er viktig for at pasienter skal få fram og vurdere egen innatts, og for å beskrive hva som er ønskelig i rehabiliteringsprosessen. Gjennom min praksis erfarte jeg at tverrprofesjonelt rehabiliteringsteam hadde fokus på pasientens mål, verdier og forståelse. I stedet for å vektlegge hva som skulle til for at pasienten skulle føle seg bedre, erfarte jeg at rehabiliteringsteamet vektla spørsmålet «*hvilke aktiviteter er viktig for deg i hverdagen?*». Ness et al. (2012, s. 34) mener dette inkluderer holdningsendringer fra å stille spørsmål til pasienten om hva en kan hjelpe dem med. Pasientens forutsetninger, ønsker og behov for rehabiliteringsprosessen mener de må ta utgangspunkt i pasientens individuelle mål og tiltaksplan. Med en slik tilnærming mener jeg som sykepleierstudent at en ser hele mennesket, ikke bare sykdommen. Ifølge Travelbee (2001, s. 31) har sykepleier et overordnet ansvar til å observere, pleie, registrere og gi pasienten undervisning. Hun mener begrepet helse står sentralt i sykepleieryrket fordi den profesjonelle sykepleier skal bistå pasienten til å forebygge eller mestre sykdom og lidelse. Hun mener det sykepleier gjennomfører sammen med pasienten tar sikte på å veilede pasienten til å mestre sykdom eller lidelse. Støtte og veiledning innebærer kommunikasjon. Travelbee (2001, s. 142) mener kommunikasjon bygger grunnlag for et menneske- til- menneske- forhold som bidrar til å forstå pasientens behov, og er nødvendig for videre planlegging av sykepleieintervensjoner.

Pasienter med behov rehabilitering har krav på å få utarbeidet en rehabiliteringsplan (Romsland et al., 2015, s. 70). De kan også ha krav på å få utarbeidet en individuell plan. Individuell plan skal ifølge Rambøll (2012, s. 33) fungere som et verktøy for samarbeid mellom pasient og helsepersonell. Brukermedvirkning i rehabiliteringsprosessen mener jeg som sykepleierstudent er viktig fordi pasienten føler seg hørt. Dette kan bidra til økt motivasjon og mestringsfølelse.

## 6.0 Oppsummering

Gjennom min praksisperiode i hjemmesykepleie og kommunalt rehabiliteringsteam så jeg viktigheten av hjemmerehabilitering. For at satsning på hjemmerehabilitering skal la seg gjennomføre er det flere elementer som må være på plass. Resultatene i artiklene viser at det kreves en ny arbeidsmetode, organisering, tilstrekkelig med tid, tverrfaglig samarbeid, finansiering og koordinering. Hjemmerehabilitering krever en innsats, men vil til slutt føre med seg en helsegevinst for pasienten. Hjemmesykepleien kan ha en viktig rolle i slike rehabiliteringstilbud. Helsepersonell fra hjemmesykepleien har behov for økt kunnskap og kompetanse innenfor rehabilitering for å kunne arbeide med en rehabiliterende tilnærming. For at rehabiliteringsprosessen i hjemmet skal lykkes, er det viktig at pasienten har forståelse og er motivert. Sykepleier må kommunisere sammen med pasienten for å øke forståelsen og for å kartlegge hvilke aktiviteter som er viktig i pasientens daglige liv. Pasienten skal ta del i beslutningsprosessen om mål og tiltak som skal gjennomføres. Hjemmerehabilitering krever nytenkning og endring i arbeidskultur, fra å se pasienten som passiv deltaker til å se pasienten som et ressurssterkt individ. Dannelse av tverrprofesjonelt rehabiliteringsteam er et viktig element for å kunne gi et godt rehabiliteringstilbud. Sykepleier, ergo- og fysioterapeut har ulik rolle i rehabiliteringsprosessen, men utfyller hverandre godt. Hjemmerehabilitering er et nytt tema, og selv skulle jeg ønske det var mer forskning som viser sykepleierrollen tydeligere i rehabiliteringsprosessen. Med satsning på hjemmerehabilitering kan flere eldre styrke sitt funksjonsnivå, bo lenger i eget hjem og ha en økt livskvalitet.

## 7.0 Referanseliste

Birkeland, A. & Flovik, A. M (2014). *Sykepleie i hjemmet*. Oslo: Cappelen Damn AS

Christoffersen, L., Johannessen, A., Tufte, P. A. & Utne, I (2015). *Forskningsmetode for sykepleieutdanningen*. Oslo: Abstrakt forlag AS

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

Dalland, O. & Trygstad, H. (2012). Kilder og kildekritikk. I O. Dalland *Metode og oppgaveskriving* (5. utg. s, 63- 80). Oslo: Gyldendal Akademisk

Enemark Larsen, A., & Rasmussen, B. (2016). Perceptions of the Canadian occupational performance measure in enhancing the client-centered approach in the rehabilitation process: a systematic review protocol. *JBIS Database Of Systematic Reviews & Implementation Reports*, 14(11), 3-10. doi:10.11124/JBISRIR-2016-003190. Hentet 22.02.17 fra

<http://web.b.ebscohost.com.ezproxy.hsh.no/ehost/detail/detail?vid=4&sid=78fa63b1-731d-4ed7-8159-146981ea5cd0%40sessionmgr120&hid=116&bdata=JnNpdGU9ZWwhvc3QtG12ZQ%3d%3d#AN=120134241&db=c8h>

Forskrift om habilitering og rehabilitering (2011). *Forskrifter om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator*. Hentet 22.11.16 fra <https://lovdata.no/dokument/LTI/forskrift/2011-12-16-1256>

Førde, R (2014). *Helsinkideklarasjonen*. Hentet 04.04.17 fra [https://www.etikkom.no/FBIB/Praktisk/Lover-og-retningslinjer/Helsinkideklarasjonen/#\\_Toc229220456](https://www.etikkom.no/FBIB/Praktisk/Lover-og-retningslinjer/Helsinkideklarasjonen/#_Toc229220456)

Gustafsson, U., Gunnarsson, B., Sjöstrans, Å. B. & Grahn, B. (2010). *Hemrehabilitering för äldre i olika stora kommuner – upplevd kalitet, funktionsförändring*,

*organisationsförutsättningar, resursförbrukning och statliga stimulansmedels betydelse för utvecklingen.* Landstinget Kronoberg. FOU- RAPPORT 2010: 11. Hentet 10.01.17 fra <https://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:379540/FULLTEXT01.pdf>

Helse- og omsorgstjenesteloven (2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.* Hentet 24.03.17 fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>

Helsedirektoratet (2010). *Nasjonale retningslinjer for behandling og rehabilitering ved hjerneslag.* Hentet 07.03.17 fra <http://www.helsebiblioteket.no/retningslinjer/hjerneslag/rehabilitering-og-behov/aktivitet-og-deltagelse>

Hjelle, K. M., Skutle, O., Førland, O. & Alvsvåg, H. (2016). The reablement team's voice: a qualitative study of how an integrated multidisciplinary team experiences participation in reablement. *Journal of Multidisciplinary Healthcare* 2016:9 575-585. Hentet 10.01.17 fra <https://www-ncbi-nlm-nih-gov.ezproxy.hsh.no/pubmed/27843324>

Interprofessional Education Collaborative Expert Panel. (2011). *Core competencies for interprofessional collaborative practice: Report of an expert panel.* Washington, D.C.: Interprofessional Education Collaborative. Hentet 15.03.17 fra <http://www.aacn.nche.edu/education-resources/ipcreport.pdf>

Mediesenteret. & Høgskolen i Bergen (2012). *Kunnskapsbasert praksis.* Hentet 16.03.17 fra <http://kunnskapsbasertpraksis.no/kunnskapsbasert-praksis/>

Meld. St 29 (2012- 2013). *Morgendagens omsorg.* Hentet 11.11.16 fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/34c8183cc5cd43e2bd341e34e326dbd8/no/pdfs/stm201220130029000dddpdfs.pdf>

Meld. St. 14 (2014-2015). *Kommunereformen- nye oppgaver til større kommuner.* Oslo: Kommunal- og moderniseringsdepartementet. Hentet 15.01.17 fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-14-2014-2015/id2401505/sec1>



Meld. St. 26 (2014-2015). *Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet Hentet 11.11.16 fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/d30685b2829b41bf99edf3e3a7e95d97/no/pdfs/stm201420150026000dddpdfs.pdf>

Meld. St. 47 (2008- 2009). *Samhandlingsreformen: Rett behandling- på rett sted- til rett tid*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet Hentet 22.03.16 fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm200820090047000dddpdfs.pdf>

Moe, S. & Hamran, T (2014). Samarbeidsutfordringer i kommunehelsetjenesten. *Fysioterapeuten 2014;81(9)48-52*. Hentet 22.02.17 fra [http://svemedplus.kib.ki.se/Default.aspx?queryparsed=\(\(mesh\\_no:F01.829.401.205\\*\)%20OR%20\(tverrfaglig%20AND%20samarbeid\)\)%20AND%20\(\(\(mesh\\_no:E02.760.169.063.500\\*\)%20OR%20\(mesh\\_no:E02.831\\*\)%20OR%20\(mesh\\_no:H02.403.680.600\\*\)%20OR%20\(mesh\\_no:N02.421.784\\*\)%20OR%20\(rehabilitering\)\)\)%20AND%20\(year:\[2014%20TO%202017\]\)&query=Tverrfaglig%20samarbeid%20AND%20rehabilitering%20%20AND%20year:\[2014%20TO%202017\]&start=20&rows=10&searchform=simple&prevDok\\_ID=&Dok\\_ID=134368&pos=25](http://svemedplus.kib.ki.se/Default.aspx?queryparsed=((mesh_no:F01.829.401.205*)%20OR%20(tverrfaglig%20AND%20samarbeid))%20AND%20(((mesh_no:E02.760.169.063.500*)%20OR%20(mesh_no:E02.831*)%20OR%20(mesh_no:H02.403.680.600*)%20OR%20(mesh_no:N02.421.784*)%20OR%20(rehabilitering)))%20AND%20(year:[2014%20TO%202017])&query=Tverrfaglig%20samarbeid%20AND%20rehabilitering%20%20AND%20year:[2014%20TO%202017]&start=20&rows=10&searchform=simple&prevDok_ID=&Dok_ID=134368&pos=25)

Månsson, M. (2007). *Hemrehabilitering: vad, hur och för vem?*. Stockholm: Fortbildning AB

Ness, N. E., Laberg, T., Haneborg, M., Granbo, R., Færevaa, L., & Butli, H. (2012). *Hverdagsmestring og hverdagsrehabilitering*. Oslo: Ergoterapeutene, Norsk sykepleierforbund og Norsk fysioterapeutforbund. Hentet 10.01.17 fra <http://ergoterapeutene.org/Ergoterapeutene/aktuelt/Nyhetsarkiv/Rapporten-Hverdagsmestring-og-hverdagsrehabilitering-overlevert-departementet>

NSD- Norsk senter for forskningsdata (u.å). *Om NSD*. Hentet 04.04.17 fra <http://www.nsd.uib.no/om/>

Pasient- og brukerrettighetsloven (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter*. Hentet 07.03.17 fra [https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63#KAPITTEL\\_1](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63#KAPITTEL_1)

Rambøll & Helsedirektoratet (2012). *Undersøkelse om rehabilitering i kommunene – erfaringer med tilbud gitt i pasientens hjem/ vante miljø*. (IS- 0365). Oslo: Helsedirektoratet. Hentet 15.01.17 fra <https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/undersokelse-om-rehabilitering-i-kommunene-erfaringer-med-tilbud-gitt-i-pasientens-hjemvante-miljo>

REK- Regional committees for medical and health research ethics. (u.å.). *Om å søke REK*. Hentet 4 april fra <https://helseforskning.etikkom.no>

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

Statistisk sentralbyrå (2014). *Befolkningsframskrivninger, 2014- 2100: Befolkningsvekst i overskuelig framtid*. Hentet 10.01.17 fra <https://www.ssb.no/befolkning/statistikker/folkfram/aar/2014-06-17>

Statistisk sentralbyrå (2016). *Befolkningsframskrivninger, 2016- 2100: Nesten millionpassering blir trolig den raskeste*. Hentet 10.01.17 fra <https://www.ssb.no/befolkning/statistikker/folkfram>

Statistisk sentralbyrå (2016). *Pleie- og omsorgssenter*. Hentet 10.01.17 fra <https://www.ssb.no/helse/statistikker/pleie>

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 09.01.17 fra <http://web.a.ebscohost.com.ezproxy.hsh.no/ehost/detail/detail?vid=129&sid=9213c8d5-bc44-45de-8703->

[491a6b08ecbb%40sessionmgr4009&hid=4214&bdata=JnNpdGU9ZWhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#AN=95279602&db=afh](http://491a6b08ecbb%40sessionmgr4009&hid=4214&bdata=JnNpdGU9ZWhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#AN=95279602&db=afh)

Thidemann, I.-J (2015). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter- den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving*. Oslo: Universitetsforlaget

Travelbee, J (2001). *Mellommenneskelige forhold i sykepleien*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Tuntland, H. & Ness, N. E. (2014). Hva er hverdagsrehabilitering?. I H. Tuntland. & N. E. Ness (red.) *Hverdagsrehabilitering (s. 21- 40)*. 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.x. Hentet 09.01.17 fra <http://web.a.ebscohost.com.ezproxy.hsh.no/ehost/detail/detail?vid=7&sid=718be022-13b8-4ae4-833b-d175584edb8f%40sessionmgr4009&hid=4214&bdata=JnNpdGU9ZWhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#AN=22276939&db=cmedm>

## 8.0 Vedlegg

### Vedlegg 1

<b>Studie: Tittel Forfatter År</b>	<b>Hensikt</b>	<b>Utvalg/ metode</b>	<b>Resultat</b>	<b>Diskusjo n</b>	<b>Konklusjon</b>
<b>Steihaug, Lipperstad, Isaksen &amp; Werner (2014).</b> <i>Development of a model for organisation of and cooperation in home- based rehabilitation – an action research project.</i>	Hensikten med studiet er å få fram hvordan kunnskap om hensiktsmessig rehabilitering arbeid i kommunen er nødvendig for å sikre et godt rehabiliteringstilbud.	Studien tar utgangspunkt i individuelle kvalitative intervjuer. Til sammen 24 deltakere, 19 kvinner og 5 menn. Det var to fokusgrupper, en fra hver kommune som deltok i prosjektet. Det ble holdt fire møter med den ene fokusgruppen, og tre med den andre. Ulike yrkesgrupper: sykepleiere,	Hjemmebasert rehabilitering har fått lite oppmerksomhet. Prosjektet som ble gjennomført bidro til diskusjon om rehabilitering involverer alle deler av organisasjonen. I løpet av prosjektet har forskerne i samarbeid med ansatte	Hva er problemet? Hvordan kan kommunen arbeide og samarbeide om hvordan rehabilitering kan organiseres og gjennomføres?	Ved å utarbeide og organisere en modell for gjennomføring av rehabilitering i primærhelsetjenesten, anbefales det å involvere flere nivåer og tjenesteledere av kommunens ansatte. Dette har bidratt til å trekke oppmerksomhet rundt rehabilitering i begge kommunene som var involvert. Utarbeiding av en slik modell, kan bidra til å

		<p>hjelpepleiere, hjemme hjelpere, sosialarbeidere og ergo- og fysioterapeut. Alle informantene hadde mange års erfaring fra eget arbeidsfelt.</p>	<p>i kommunen utviklet en modell for organisering av samarbeid om rehabilitering, og inkludert en koordinerende enhet for tildeling av overordnet rehabiliteringsansvar og et tverrfaglig team som organiserer samarbeidet på det praktiske plan.</p>		<p>redusere viktige utfordringer innenfor rehabilitering.</p>
<p><b>Hjelle, Skulte, Førland &amp; Alvsvåg (2016). <i>The reablement team's voice: a quality study of how</i></b></p>	<p>Hensikten med studien er å utforske og beskrive hvordan et integrert tverrfaglig team i Norge</p>	<p>Studien tar utgangspunkt i to fokusgrupper med ulik helsefaglig utdanning. En gruppe</p>	<p>I studien var det tre hovedtema fra deltakernes erfaringer som kom fram:</p>	<p>Hva er brukeren i stand til å gjøre selv? Er vi en styrkende</p>	<p>Funnene i studien viser at strukturelle faktorer som fremmer integrerte tverrfaglige beslutninger som</p>

<p><i>an integrated multidisciplinary team experiences participation in reablement.</i></p>	<p>opplever deltakelse innenfor rehabilitering .</p>	<p>med seks deltakere med helsefaglig utdanning og en gruppe med åtte deltakere uten helsefaglig utdanning.</p>	<p>brukerens mål er avgjørende, et skifte i arbeidskultur og bedre rammeverk for samarbeid samt anvendelse av faglig kompetanse . Tverrfaglig team og hjemmetjenesten jobbet sammen for å nå brukerens mål. Brukeren ble støttet til å utføre aktiviteter på egenhånd, i stede for at pleieren gjorde det for brukeren.</p>	<p>kraft for brukeren?</p>	<p>bygger grunnlag for felles møtetid og møteplasser samt tilstrekkelig tid til å bruke profesjonell kunnskap til å støtte eldre mennesker i daglige aktiviteter, har innvirkning på framtidig retning for å forbedre helsetjenesten i praksis. Et skifte i arbeidskultur fra statisk til dynamisk tjeneste er tidkrevende. Det krever at politikere, samfunnsledere og helsevesenet støtter systemer for en ny tilnærming å jobbe og tenke på.</p>
---	--	---	---	----------------------------	---

			For å tilrettelegge samarbeid og faglig kompetanse, var det en forutsetning med felles møtetider og møteplasser for kommunikasjon.		
<b>Vik &amp; Eide (2013). <i>Older adults who receive home-based services, on verge of passivity: the perspective of service providers.</i></b>	Hensikten med studie er å utforske helsepersonellets oppfattelse og forståelse av deltakelse hos brukeren som mottar hjemmetjeneste.	I studien er det seks fokusgrupper som representerer ulike nivåer i hjemmebasert tjeneste i to forskjellige kommuner. I hver av fokusgruppene var det 4-6 personer med varierende alder, kjønn, arbeidserfaring, yrke og utdanning.	Funnene i artikkelen viser hvordan fire ulike faktorer kunne påvirke om pasienten fikk delta aktiv eller passivisert. Faktorene som ble tatt med i undersøkelsen var tidspunkt	Hva er deltakelse generelt? Hva er brukerens holdninger til deltakelse? Hvilke muligheter har brukeren for deltakelse?	Funnene i undersøkelsen viser at gjennomføringen av tjenesten samt pårørende kan bidra til at tjenestemottakere blir passive, ved at en selv ikke får bidra i daglige aktiviteter og gjøremål.

		Studien er samtidig basert på <i>grounded theory</i> .	for søk om tjenester, brukeren og pårørendes forventning er om deltakelse, bolig, og tekniske hjelpemidler samt hvordan tjenesten som leveres danner en barriere for deltakelse.		
<b>Moe &amp; Hamran (2014).</b> <i>Samarbeidsutfordringer i kommunehelsestjenesten</i>	Hensikten med studien var å undersøke hvordan fysioterapeuter og hjemmetjenestepersonell har forståelse for sine arbeidsoppgaver og ansvar i henhold til fysisk funksjon til	I studien var det 22 fagpersoner som deltok i totalt syv fokusgrupperintervju, ved hjelp av en intervjuguide, som omhandlet fagutøvelse, samarbeid og organisering av tjenesten. Av	Funnene i studien viste at både faglige tradisjoner og organisatoriske forhold hemmet samarbeid. Brukere med tilbud om hjemmetjenester fikk ikke	Hvem gjør hva, hvordan og hvorfor?	Studien konkluderer med at tilbudet fra hjemmetjenesten til den enkelte bruker ikke var i tråd med forskrifter og lover. Koordinering av tjenesten manglet og tilbudet var oppdelt. For å gi et optimalt tjenestetilbud, viser studien til



	brukere som mottar hjemmetjenester.	fagpersoner som deltok i studien var det ergoterapeuter og fysioterapeuter fra rehabiliteringstjenesten og sykepleiere, vernepleiere og ergoterapeuter fra hjemmetjenesten.	kartlagt sine behov for opptrening. Møtepunktene for faglig diskusjon og kunnskapsoverføring var tilfeldig, og avhengig av enkeltpersoner. I studien kom det også fram at personalet fra hjemmetjenesten manglet kompetanse til å legge vekt på aktiviserende hjelp til brukeren.		at utvikling av systematisk tverrfaglig samarbeid mellom fysioterapeuter og hjemmetjenesten er nødvendig for å kartlegge brukerens funksjonspotensialer.
--	-------------------------------------	---	---	--	--