

BACHELOROPPGAVE

Hva er viktig for deg?

Fra hjelp til hjelpeløshet-mot hjelp til mestring

av

Kandidat nr.: 27 Helene Wallin Torjussen

What is important to you?

Bachelor sykepleie

SK 152

Tall ord: 6700

Veileder: Liudmila Solenova

Juni 2015



Avtale om elektronisk publisering i Høgskulen i Sogn og Fjordane sitt institusjonelle arkiv (Brage)

Jeg gir med dette Høgskulen i Sogn og Fjordane tillatelse til å publisere oppgaven (Skriv inn tittel) i Brage hvis karakteren A eller B er oppnådd.

Jeg garanterer at jeg er opphavsperson til oppgaven, sammen med eventuelle medforfattere. Opphavsrettslig beskyttet materiale er brukt med skriftlig tillatelse.

Jeg garanterer at oppgaven ikke inneholder materiale som kan stride mot gjeldende norsk rett.

Ved gruppeinnlevering må alle i gruppa samtykke i avtalen.

Fyll inn kandidatnummer og navn og sett kryss:

27 Helene Wallin Torjussen

JA NEI

Oppsummering

Tittel

Hva er viktig for deg?

Bakgrunn for valg av tema Etter utplassering i hverdagsrehabilitering, har jeg blitt svært interessert i hverdagsrehabilitering som arbeidsmetode. Jeg er opptatt av at pasientene skal få utløp for sine ressurser, og at de skal få en mulighet til å kjenne på mestringsfølelsen. Jeg ønsker å vite mer om hvordan jeg, som snart ferdig utdannet sykepleier, kan gå inn i arbeidslivet med en annen holdning enn det jeg har sett i praksis til nå. Ønsket er å tilegne meg en holdning som fokuserer på selvmestring.

Problemstilling

Hvordan kan en sykepleier bidra til å opprettholde ressurser og øke aktivitet hos pasienter gjennom hverdagsrehabilitering?

Framgangsmåte

Jeg har skrevet et litteratur studie som er basert på relevant litteratur, forskningsartikler og egne erfaringer.

Oppsummering

De offentlige omsorgstjenestene har vært i kontinuerlig vekst i flere tiår. Når det sies at vi skal få en stor vekst av eldre om 10-15 år, er det viktig at vi ivaretar ressursene som de eldre har. Samtidig må vi ta vare på familien, det sosiale nettverket, nærmiljøet og lokalsamfunnet. Dette vil kreve at vi har mer fokus på nettverksarbeid, tverrfaglig samarbeid, forebygging, tidlig innsats og rehabilitering (St.meld nr. 29(2012-2013)).

Hverdagsrehabilitering innebærer en endring i omsorgstjenesten fra å være ett hjelpe arbeid for en passiv mottaker til å la pasienten delta mer aktivt i hverdagen sin slik at han/hun opplever mestring. Pasienten får tilbud om rehabilitering i hjemmet med mål om å forbedre sin funksjonsevne og gjøre de mer selvhjulpne i hverdagen.

Hverdagsrehabilitering går ut på at pasienten skal sette sine egne mål, og at vi sammen skal nå disse målene (Tuntland & Ness, 2014).

Innhold

Innledning:.....	5
Bakgrunn for valg av tema	5
Problemstilling.....	6
Avgrensing	6
Framgangsmåte.....	7
Metode.....	7
Valg av Litteratur	7
Søkeprosess og valg av forskning	7
Kildekritikk.....	8
Presentasjon av teori.....	9
Hverdagsmestring	9
Utordringer for sykepleier i forhold til Samhandlingsreformen	9
Tverrfaglig samarbeid.....	10
Dorothea Orems egenomsorgsteori.....	10
Sykepleierens rolle	11
Medvirkning og motivasjon.....	12
Den motiverende samtale.....	13
Presentasjon av forskning	13
Artikkel 1.....	13
Artikkel 2.....	14
Drøfting	15
Fordeler og ulemper med og jobbe i ett tverrfagligteam:	15
Hva er sykepleierens rolle?	16
Brukermedvirkning: Har pasient og helsepersonell samme oppfatning av selvhjelpenhet?	17
Motivasjon og hverdagsmestring.....	18
Konklusjon	21
Kildehenvisninger:	22
Vedlegg 1	24

Innledning:

I følge folkehelseinstituttet(2014) sier flertallet av menn og kvinner som befinner seg i aldersgruppen 65-75 år, at de har god helse. Det samme sier også to av tre 80 åringer. I tillegg øker levealderen, som gjør at vi vil få større andel eldre. Personer over 80 år vil øke med 6-7 % årlig fra 2025-2029. Dette betyr at «vi» vil få en firedobling av antall 80-89 åringer innen år 2100. Vi lever lenger, men vil dette også bety at helsen blir bedre? For at man skal leve et langt liv og opprettholde en god helse, er det viktig med fysisk aktivitet. Folkehelseinstituttet slår fast at det er like viktig å trene for eldre som for unge, og effekten er like god. Treningen gjør at man øker muskelstyrken, som videre fører til at man forebygger fall, bedrer balansen og livskvalitet (Folkehelseinstituttet, 2014).

I St. Meld. Nr. 29(2012-2013) står det at de offentlige omsorgstjenestene har vært i kontinuerlig vekst i flere tiår. Når det sies at vi skal få en stor vekst av eldre om 10-15 år, er det viktig at vi ivaretar ressursene som de eldre har. Samtidig må vi ta vare på familien, det sosiale nettverket, nærmiljøet og lokalsamfunnet. Dette vil kreve at vi har mer fokus på nettverksarbeid, tverrfaglig samarbeid, forebygging, tidlig innsats og rehabilitering (St. Meld. nr. 29(2012-2013)).

Tuntland & Ness(2014) sier at begrepet hverdagsrehabilitering innebærer en endring i omsorgstjenesten fra å være hjelpearbeid til en passiv mottaker til å la pasientene delta aktivt i sin hverdag og opplever mestring. Pasientene får tilbud om rehabilitering i hjemmet med mål om å forbedre sin funksjonsevne og gjøre de mer selvhjulpne i hverdagen. Hverdagsrehabilitering går ut på at pasienten skal sette sine egne mål, og at vi sammen skal nå disse målene (Tuntland & Ness, 2014, s. 25-26).

Bakgrunn for valg av tema

Grunnen for at jeg valgte dette temaet er fordi jeg i siste praksis var i ett innsatsteam som jobber med hverdagsrehabilitering. Jeg har sett nytten av det å tenke nytt og forbedring hos flere pasienter. Jeg jobber til vanlig i hjemmesykepleien, og ser tydelig forbedringspotensialet hos både pasienter og de ansatte. Jeg har et inntrykk av at helsepersonellet dessverre er for fokuserte på å gjøre oppgaver for, i stedet for å la pasientene mestre oppgaver på egenhånd. Faren kan være at pasienten blir for godt vant til å få hjelp, slik at de etter hvert forventer at de ansatte skal gjøre mest mulig for dem. Dermed blir pasienten en større bruker av tjenesten etter som tiden går. Jeg observerer at helsepersonellet i hjemmesykepleien har et tidspress på seg og er opptatt av å gjennomføre vedtak fattet på tjenesten de gir. Slik at de ender opp med å gjøre for pasienten pga. tiden og ha ryggen fri for at de har gjort jobben sin. Slik kan de ende opp med og gjøre oppgaver for pasienten.

Jeg ønsker å vite hvordan jeg, som snart ferdig utdannet sykepleier kan gå inn i arbeidslivet med en annen holdning enn det jeg har sett i hjemmesykepleien til nå. Ønsket er å tilegne meg en holdning som fokuserer på pasientenes selvmestring.

Problemstilling

Hvordan kan en sykepleier bidra til å opprettholde ressurser og øke aktivitet hos pasienter gjennom hverdagsrehabilitering?

Avgrensning

Aktivitet innebærer mye. I denne oppgaven vil jeg fokusere på hvordan sykepleieren kan være med på å bidra i å opprettholde ressurser, som igjen øker hverdagsaktiviteten. Jeg velger å avgrense min problemstilling til hjemmeboende eldre over 65 år som får tjenester fra hverdagsrehabilitering. WHO definerer «eldre» som mennesker mellom 60–74 år og «gamle» som mennesker som er 75 år og eldre (Engedal, 2009). Til tross for at det er innført hverdagsrehabilitering i Norge, er det ikke alle hjemmeboende som får tilbud om dette. Tuntland(2014) beskriver både inklusjon og eksklusjonskriterier for å være aktuell kandidat for hverdagsrehabilitering. I følge Tuntland(2014) er det lagt vekt på at hverdagsrehabilitering skal være et lavterskel tilbud, men det er likevel ikke alle som kan benytte seg av dette. Er det pasienter som har langt kommet kognitiv svik, kan de ha problemer med og ta til seg instruksjoner, og heller ikke klare og sette sine egne mål. Det må være pasienter som bor i sitt eget hjem, og kan nytte seg av rehabiliteringen her. Dersom en pasient har behov for døgnrehabilitering, er ikke dette en aktuell kandidat for hverdagsrehabiliteringen (Tuntland, 2014, s. 54). I Kristoffersen (2011) står det at rundt 50% av hjelpen som det gamle menneske mottar, er det pårørende som yter (Kristoffersen, 2011, s. 166). Som man ser er pårørende en viktig ressurs, men på grunn av oppgavens omfang velger jeg dem bort.

Framgangsmåte

Her vil jeg beskrive min fremgangsmåte for å finne aktuell teori og forskning. Jeg vil videre skrive om metodekritikk og kildekritikk.

Metode

Et litteraturstudie, baserer seg på litteratur som allerede er skrevet. Dette betyr at når vi skriver en litteraturstudie baserer vi oppgaven på litteraturen som alt finnes og omhandler temaet (Dalland, 2012). Jeg valgte og skrive litteraturstudie, fordi jeg mener dette passer best for å besvare min problemstilling.

Metodekritikk: Kvaliteten på litteraturen kan være noe usikker da hverdagsrehabiliteringer er en ganske ny arbeidsmetode, og jeg kan kun bruke det som alt eksisterer. Pr. dags dato er det bare kommet ut en bok om hverdagsrehabilitering i Norge.

Valg av Litteratur

Jeg har brukt grunnleggende sykepleie, hvor jeg blant annet har skrevet egenomsorgsteorien til Dorothea Orem. Hovedboka jeg har brukt er «hverdagsrehabilitering» av Tuntland og Ness(2014), der jeg har funnet det meste av teorien. Det er opprettet en side på internett som heter «Hverdagsrehabilitering.no». Denne siden har ett eget verktøy med kildehenvisninger. Jeg har brukt denne siden mye, og dette har gjort det lettere for meg og finne artikler som omhandler temaet jeg har skrevet om.

Søkeprosess og valg av forskning

Jeg har vært inne på databaser som Pubmed og medline. Søke ord jeg har brukt er: Eldre, ressurser, hverdagsrehabilitering, og hjemmesykepleie. Når jeg brukte enkelt søk fikk jeg:

Aged 65+ = 7,546 treff

Activity og daily living = 59,798

Home care service= 240

Health resorces= 7,747

Jeg kombinerte disse 4 og fikk 114,160 treff. Jeg avgrenset søket til artikler skrevet fra 2010-2015 og fikk 32,722 treff. Det ble mange treff og avgrenset videre til abstract available og fikk 30,349 treff.

Da det ble så mange treff på søkene, fant jeg ut at det mest effektive måten for meg var å gå gjennom artikler, bruker kilder og finne forskningsartikler. Den ene av forskningsartiklene jeg har med i oppgaven har jeg funnet på Swemed+. Jeg brukte eldre og avhengighet som nøkkelord. Her fant jeg en som heter «... Å ikke lage pleiepasienter i hjemmet», balanse mellom avhengighet og uavhengighet hos hjemmeboende eldre pasienter..» Videre søkte jeg på aktivitet og eldreomsorg på forskning.no. Jeg avgrensede søke til artiklene som var skrevet i 2015. Her fant jeg «*still krav til oss, sier 90 åringene*». Da jeg søkte på hovedkilden, kom jeg inn på «cambridge journals», og bestilte artikkelen.

Kildekritikk

I Skandinavia var det Østersund kommune i Sverige som først startet opp med «hemrehabilitering» og «vardagsrehabilitering» i år 1999. I 2007 bestemte også Fredricia kommune i Danmark seg for å prøve ut erfaringene fra Sverige (Ness, 2014. s. 158-159). Voss var den første kommunen i Norge som startet med prosjektet hverdagsrehabilitering i 2011, hvor de gjorde en grundig planlegging og veiledning før de startet opp med pasienter i mai 2012 (Ness, 2014. s. 165). Det er lite forskning som gjør det vanskelig å sammenligne med mange andre forskningsprosjekter. Det har vært vanskelig å finne ut noe om effekten hverdagsrehabilitering har. Jeg har brukt sjekkliste for kvalitativ studie hentet fra norsk kunnskap senter, for å vurdere om forskningsartiklene er pålitelige.

Presentasjon av teori

I teorien beskrives følgende tema: hverdagsmestring, Utfordringer for sykepleiere i samband med samhandlingsreformen, Tverrfaglig samarbeid, motivasjon, medvirkning, mestring og egenomsorgen til Dorothea Orem.

Hverdagsmestring

Hverdagsrehabilitering er arbeidsmetoden, mens det overordnede tankesettet kalles hverdagsmestring. Dette går ut på at man vektlegger den enkeltes mestring, uansett tidligere funksjonsnivå. Hverdagsmestring er ikke bare en rehabiliterende tenkemåte, men også helsefremmende. Mestring er ett sentralt begrep innenfor hverdagsrehabilitering, da mestring er viktig i forhold til å kunne leve et selvstendig liv. Pasienten må selv føle at han mestrer sitt eget liv, samtidig få en opplevelse av å mestre ulike situasjoner som man i utgangspunktet ikke trodde han/hun greide. Man må også tenke på at hverdagsrehabilitering ikke bare innebærer at pasienten skal bo hjemme lengst mulig, men også se pasienten som en ressurs (Tuntland & Ness, 2014, s. 28-29).

Regjeringen ønsker å videreutvikle satsingen på rehabilitering, aktivisering og mestring med personlige mål. Det er viktig at pasienter har mulighet til å utnytte sine ressurser, evner og muligheter for å mestre hverdagen sin. Det er derfor viktig at rehabilitering og habilitering skal være en naturlig del av omsorg og pleie- sektoren. Hverdagsrehabilitering går ut på at de ansatte må jobbe sammen med pasienten, og ikke for (St. Meld. Nr. 29, 2012-3013).

Utordringer for sykepleier i forhold til Samhandlingsreformen

Etter at samhandlingsreformen ble satt i verk har det blitt satset mer på forebyggende arbeid og tidlig innsats. Dette kan gi en rekke utfordringer for sykepleiere som jobber i kommunene, da pasientene blir tidligere sendt hjem fra sykehus. Pasientene kan dermed være dårligere når de kommer hjem fra sykehuset, og trenger ett mer omfattende hjelpebehov. Dette kan også skje i hverdagsrehabilitering, når pasienten kommer hjem ny operert, og kanskje har med seg komplikasjoner og restriksjoner på lasset. I følge St. Meld. 47(2008-2009) må det bli mer avanserte behandlinger og mer fokus på rehabilitering. Fokuset må være på mer forebygging av senkomplikasjoner og primærforebygging. Det er behov for at sykepleiere har økt kompetanse innenfor undervisning og veiledning mot mennesker som har behov for å legge om livsstilen eller som må mestre en livssituasjon med en kronisk sykdom. Det skal bli en klarere pasientrolle, og pasienten skal ha rett til medvirkning, individuell plan, samtidig som det skal utvikles ett helhetlig pasientforløp (St. Meld. Nr. 47(2008-2009)).

Tverrfaglig samarbeid

Hverdagsrehabilitering består fortrinnsvis av fysioterapeut, ergoterapeut, sykepleier og hjemme-trenere. Teamet er satt sammen på en slik måte for at pasienten vil ha en rehabiliteringsplan som er laget på grunnlag av en bred tverrfaglig kartlegging. En annen grunn er for at man skal kunne veilede annet helsepersonell på hvert av fagområdene. Selve veiledningsoppgaven består av tre elementer. Å støtte hjemme-trenere, å bidra til deres kompetanseutvikling og å sikre kvalitet på de tjenester som ytes (Tuntland & Ness, 2014, s. 30).

Sykepleieren har en sentral rolle i det tverrfaglige teamet. For at man skal kunne forebygge funksjonstap er det mange vurderinger som må tas først. Sykepleierens ansvar er å kartlegge pasientens ressurser og behov med tanke på å fremme egenomsorgen. I tillegg er sykepleierens medisinske kunnskap om kropp og pleie veldig viktig i målet om å fremme livsglede. Sykepleierens veiledende og undervisende kunnskap er også en god egenskap å ta med seg når pasienten skal ut på en reise mot en lettere hverdag (Kirkevold, 2008. s. 101-109).

I et tverrfaglig team har man fort for å gå inn i hverandres roller. En sykepleier har ikke en formell kompetanse til å trene opp hoften etter operasjon av total hofteprotese. Dersom de jobber tett sammen med en fysioterapeut og setter opp øvelser sammen, lærer sykepleieren seg hva som skal gjøres. Dermed får kanskje sykepleieren nok realkompetanse til å trene opp denne pasienten etter operasjon (Ness, 2014, s. 30).

Dorothea Orems egenomsorgsteori

I følge Dorothea Orems omsorgsteori (Kristoffersen, 2011) går egenomsorgen ut på det mennesket må gjøre for å kunne ivareta normal funksjon, utvikling, helse og velvære. Orem (Kristoffersen, 2011) deler omsorgsbehovene inn i følgende tre typer (Kristoffersen, 2011).

1. *De universelle egenomsorgsbehovene:* Denne går ut på at alle mennesker har et behov for å ivareta sine grunnleggende behov, som er tilpasset alder og kjønn. Behovene som må dekkes er psykisk, fysisk og åndelige aspekter. Med dette mener jeg at man må ha tilgang til luft, vann og mat, aktivitet og hvile, sosial kontakt og utvikling (Kristoffersen, 2011, s. 230).
2. *De utviklingsrelaterte egenomsorgsbehovene:* Denne er knyttet til menneskets mulighet til utvikling og modning. Denne typen må ivaretas ut fra alder, utviklingstrinn og situasjon (Kristoffersen, 2011, s. 230).
3. *Helsesvikrelaterte egenomsorgsbehov:* Disse behovene finner man hos dem som er syke, og har en svikt i normal funksjon. Her er personen kommet inn i en situasjon som gjør at han kanskje ikke klarer å dekke sine omsorgsbehov. Dette betyr at han/hun kanskje trenger hjelp

fra eks. en sykepleier. Man må sette inn tiltak som gjør at situasjonen ikke forverrer seg (Kristoffersen, 2011. s. 230).

Sykepleierens rolle

Orem (Kristoffersen, 2011) beskriver sykepleie som en «hjelpetjeneste». Man utfører oppgaver for andre som de kanskje ikke klarer å utføre selv, eller ikke har lyst til å utføre. Dette er ikke våre egne behov, men behovene til et annet menneske. Det er derfor viktig at hjelpen som gis skal være påvirket av personligheten og livssituasjonen til den som mottar hjelpen. Sykepleierens rolle er å fylle inn de områdene som pasienten selv ikke klarer å strekke til. Dersom pasienten etter hvert kan ha mulighet til å strekke til, skal dette være målet for hjelpen. Altså å hjelpe pasienten til å nå målet om å bli mer selvhjulpne. Orem (Kristoffersen, 2011) deler sykepleierens rolle inn i følgende fem typer (Kristoffersen, 2011. s. 235).

1. *Å gjøre noe eller handle for en annen:* Sykepleieren skal kompensere for pasientens ressurssvikt ved og ta initiativ til å hjelpe til på behovene, dersom pasienten ikke strekker til selv. Det kan også gå ut på å veilede pasienten, slik at ressursene hans/hennes opprettholdes (Kristoffersen, 2011).
2. *Å veilede og rettlede en annen:* Sykepleieren skal veilede pasienten til selv å ta beslutninger og utføre handlingen. Veiledningen kan gå ut på forslag, råd, anbefaling, anvisning, instruksjoner og tilsyn (Kristoffersen, 2011).
3. *Å sørge for fysisk og psykisk støtte:* Hvis en pasienten står ovenfor en ny situasjon, kan denne føles skremmende og utrygg. Han/hun kan miste motivasjon og tro på sine egne evner. Her er det viktig at sykepleieren gir pasienten veiledning og troen på seg selv igjen. Dette kan gi pasienten trygghet og motvirke at pasienten gjør feil. I tillegg må sykepleieren være en fysisk støtte, f.eks. gå ved siden av eller holde i hånden i stedet for å ta i bruk en krykke (Kristoffersen, 2011).
4. *Å sørge for omgivelsene som fremmer utvikling:* Sykepleieren må legge til rette for at omgivelsene rundt pasienten motiverer til å sette egne mål, og til å ta initiativ til handling som samsvarer med målene. Når et miljø fremmer utvikling, fremmer det også ansvar, undervisningen læring (Kristoffersen, 2011).
5. *Å undervise:* Sykepleieren må legge til rette for at pasienten kan lære nye ferdigheter og ta til seg ny kunnskap for å mestre egenomsorgen. Det er ikke alltid pasienten er villig til å lære, da må sykepleieren motivere pasienten til å selv se betydningen av det (Kristoffersen, 2011. s. 237-238).

Medvirkning og motivasjon

Fjørtoft(2012) definerer brukermedvirkning som brukerens mulighet og evne til selvbestemmelse i møte med fagpersoner og tjenester. Dette prinsippet er bygger på grunnleggende menneskerettigheter, som rett til autonomi, rett til informert samtykke i behandlinger og rett til respekt for personlig integritet. Vi har alle rett til å ta selvstendige valg om hvordan vi ønsker å leve livet vårt (Fjørtoft, 2012, s. 137).

§ 3-1. Pasientens og brukerens rett til medvirkning

Pasient og bruker har rett til å medvirke ved gjennomføring av helse- og omsorgstjenester. Pasienten har herunder rett til å medvirke ved valg mellom tilgjengelige og forsvarlige undersøkelses- og behandlingsmetoder. Medvirkningens form skal tilpasses den enkeltes evne til å gi og motta informasjon. Tjenestetilbudet skal så langt som mulig utformes i samarbeid med pasient og bruker. Det skal legges stor vekt på hva pasienten og brukeren mener ved utforming av tjenestetilbud etter helse- og omsorgstjenesteloven (Pasient og brukerrettighetsloven, 1999).

Når et menneske er motivert er det lettere å vise engasjement, være målrettet og å være tålmodig. Det finnes to ulike typer motivasjon; *indre og ytre*. Den indre motivasjonen er den som oppstår inne i oss selv. Man trenger her ingen ytre faktorer for å gjøre en god jobb. Motivasjonen kommer av at oppgaven vi skal utføre er interessant og gir oss en mulighet til å bruke ressursene våre. Den ytre går mer på menneskene og omgivelsene rundt oss. Når vi får skryt, og gevinster for arbeidet vi utfører. Når en jobber som sykepleier er en av de viktigste oppgavene og motivere pasientene. Pasienter møter på mange utfordringer i forhold til sykdom. Sykdom er en ytre trussel, noe som kan gjøre at den indre motivasjonen kan svekkes. I noen tilfeller kan den også øke den indre motivasjonen ved at man får et ønske om må legge om livsstilen. Som sykepleier skal man arbeide med motivasjon og læring, her må man undervise og stimulere pasienten til å selv bli aktiv og ha et ønske om å endre adferd. Det er lettere og være motivert hvis man vet at man kan klare dette, og har interesse for tema. Motivasjon er avhengig av at pasienten ser gevinsten av oppgaven, man må ha tro på seg selv og utførselen (Kristoffersen, 2011, s. 350-351).

I hverdagsrehabiliteringen er det et mål om at pasientene skal leve ett aktivt liv, og være selvhjulpen. Betydningen av selvhjulpenhet kan tolkes forskjellige for de involverte partene. Haarr & Fjetland(2014) skriver at noen kommuner mener at med å være selvhjulpen, mestrer man å vaske seg, kle seg, lage mat og husarbeid. Kommunene vil ha gevinst av at en pasient mestrer dette selv (Ness, 2014).

Ness (2014, s. 55) skriver at man bør kunne forvente at en pasient som får tilbud om hverdagsrehabilitering, har motivasjon for å bedre hverdagen sin. Det er ikke alltid slik etter at man har fått et funksjonsfall. Motivasjon er noe man må starte med helt i starten av forløpet, kanskje i form av en motiverende samtale. Motivasjonen kan dessuten også styrkes etter hvert som pasienten ser at han kan mestre ulike utfordringer (Ness, 2014).

Den motiverende samtale

Hvordan bruke motiverende samtaler til å flytte fokus fra «hva er i veien med deg?» til «hva er viktig for deg?» Ness (2014) beskriver den motiverende samtalen som pasientens rådgivning der det er samarbeid mellom pasient og rådgiver som stimulerer til en positiv endring som lokker fram å forsterker pasientens egen motivasjon (Ness, 2014, s. 133).

Før fikk vi informasjon om pasientens tilstand og hjelpebehov, og hadde planen klar til første møte med pasienten. Vi får fortsatt mye informasjon om pasienten før vi møter opp, men nå skal det stilles direkte spørsmål om hva som er viktig for akkurat den pasienten (Motiverende samtale film 1, 2015). Det kan til tider være vanskelig å svare på ett slikt direkte spørsmål. Det kan derfor være greit med ett hjelpemiddel til å få ned ordene sine. Jeg presenterer ett hjelpemiddel i vedlegg 1 Aktivitetshjulet: utviklet av Kristiansand kommune. Hensikten med dette er å bidra til å beskrive de aktivitetene som er viktigst for deg. På denne måten kan man lettere vurdere seg selv og velge ut målene sine (motiverende samtale film 1, 2015).

Den motiverende samtalen skal vise empati og støtte mestring, og samtidig vise at det fremdeles er en vei å gå før målet er nådd. Dette er en metode som pasienten og sykepleieren gjør sammen, for å lokke fram og forsterke pasientens egen motivasjon. Man må bruke åpne spørsmål, som gjør at pasienten kommer med en fortelling, i stedet for ja/nei. I stedet for å spørre «Beveger du deg greit i huset ditt?» kan man spørre «Hvordan beveger du deg i huset ditt?». Likevel er det viktig å bruke lukkede spørsmål som «har du feber?» og «Har du vondt i magen?» (Ness, 2014. s. 132-133).

Presentasjon av forskning

Artikkel 1

Dette er en kvalitativ studie basert på intervjuer av ti hjemmeboende kvinner på over 90 år (Bergland & Slettebø, 2015). Artikkelen fokuserer på kvinnenes hverdagsliv ut fra et helsefremmende perspektiv. Forfatterne peker på at de fleste kvinnene ønsker og bli møtt med en positiv forventning, men at det fortsatt blir stilt krav til dem i hverdagslivet. Videre mener forfatterne at helsepersonell har for lett for å være for opptatt av funksjonsfall hos eldre. De fleste klarer mer enn de selv tror. Dette gjelder også eldre. Men det er viktig at de opprettholder en positiv holdning og vet at evnene kan strekke til. Det betyr at de må motiveres og utfordres til å være aktive og gjøre mest mulig selv.

Bergland og Slettebø(2015) sier at eldre mennesker blir slitne, men dette er ingen katastrofe. For at man skal få økt kapasitet må man bli sliten. Ved å være aktiv økes energien og dermed blir den mentale helsen bedre. Det er blant annet en dame som uttaler seg slik: «Det som gjør meg sint, er at folk tror at siden jeg er 90 år gammel, så kan jeg ikke gjøre det ene eller det andre. Jeg vil klare meg selv og blir motivert av betydningen de daglige oppgavene har for meg. Jeg vil ikke at mine aktiviteter skal bli redusert bare fordi jeg er eldre.»(Bergland & Slettebø, 2015).

Artikkel 2

Denne kvalitative studiens hensikt er å beskrive sykepleiernes egne erfaringer, oppfatninger og utfordringer i forhold til å opprettholde balansen mellom uavhengighet og avhengighet hos eldre pasienter som får hjemmesykepleie (Hegli, 2009). Avhengighet hos eldre hjemmeboende pasienter er et problemområde både for pasienten selv og pleieren. I diskusjonen kommer det fram at sykepleieren ofte prioriterer ressursene til de pasientene som har en mulighet til å klare seg selv. For de pasientene som allerede er pleietrengende, er ikke dette et like prioritert område. Videre står det at man ikke må glemme at det av og til er viktig å «gjøre for», der pasienter trenger og spare krefter. I noen sammenhenger kan hjelp sees på som omsorg, mens i andre kan det oppleves som krenkelse (Hegli, 2009).

Drøfting

Her under drøftes oppgavens problemstilling i lys av beskrevet teori, litteratur og mine egne erfaringer.

Fordeler og ulemper med og jobbe i ett tverrfagligteam:

I et tverrfaglig team har man fort for å gå inn i hverandres roller (Kristoffersen, 2011). Selv har jeg erfart hvor betydningsfullt det er å være en del av et tverrfaglig team. Og at dette felleskapet kan bidra til en felles forståelse av pasientens ønsker. Dette var avhengig av at teamet satt av tid til å snakke om hver enkelt pasient, slik at man sikret kvalitet i det som ble utført. Jeg erfarte at jeg gradvis lærte hvordan jeg skulle ta hensyn til den enkeltes utfordringer, samtidig som jeg lærte en del om hjelpemidler og velferdsteknologi. Jeg kunne etter hvert fokusere på opptrening av pasienten, noe jeg ikke har tenkt på før, da dette alltid har vært fysioterapeuten sin jobb. Kristoffersen (2011) sier at en sykepleier ikke har en formell kompetanse til å trene opp hoften etter operasjon av total hofteprotese. Dersom de jobber tett sammen med en fysioterapeut, og setter opp øvelser sammen, lærer sykepleieren seg hva som skal gjøres. Dermed får kanskje sykepleieren nok realkompetanse til å bidra med å trene opp denne pasienten etter operasjon. La oss si at fysioterapeuten er hjemme hos pasienten for opptrening, i tillegg kan det hende at fysioterapeuten også veileder å hjelper pasienten og stelle seg den dagen. Dette betyr ikke at alle yrkesgruppene kan gå i hverandres roller, det kan være utfordringer som gjør at en spesiell fagperson må følge opp pasienten (Kristoffersen, 2011. s. 312). Sykepleierkontakten min sa at det og jobbe så tett innpå andre yrkesgrupper noen ganger kunne by på utfordringer. Man må tåle at andre yrkesgrupper blander seg inn i sykepleierens rolle, og at de kan være uenig i måten sykepleier opptrer på. Videre sier hun at dette er utfordrende, men likevel har alle profesjoner kunnskap, ferdigheter og holdninger som man tar med seg inn i det tverrfaglige samarbeid, og bruker dette til det beste for pasientene.

Jeg har en erfaring fra praksis hvor det var en pasient som kom hjem fra rehabiliteringsopphold etter operasjon av totalprotese i hoften. Etter hjemkomst trengte han bistand på opptrening fra innsatsteamet. Det ble ganske naturlig at fysioterapeuten tok oppdraget. Like etter hjemkomst fikk pasienten store ødemer i beina, og fikk tegn på infeksjon. Det var ikke lenger hofteprotesen som ble hovedfokus, men allmenntilstanden til pasienten. Det ble derfor naturlig at sykepleieren skulle ta oppdragene hos denne pasienten. Det hente likevel at jeg og fysioterapeuten dro til pasienten sammen. Da kunne hun observere og undersøke bevegelsene i hoften, mens jeg fokuserte på det medisinske.

Hva er sykepleierens rolle?

Kristoffersen(2011) skriver at Orem beskriver sykepleie som en «hjelpetjeneste». Man utfører oppgaver for andre som de kanskje ikke klarer å utføre selv, eller ikke har lyst til å utføre. Dette er behovene til et annet menneske, og hjelpen som gis være påvirket av personligheten og livssituasjonen til den som mottar hjelpen. Orem (Kristoffersen, 2011) legger vekt på at sykepleieren skal fylle inn de områdene som pasienten ikke mestrer selv, men sykepleieren må ha et mål om at pasienten selv skal kunne strekke til på disse områdene etterhvert (Kristoffersen, 2011. s. 235). Kirkevold(2008) skriver at sykepleiere har en sentral rolle i det tverrfaglige teamet. Sykepleierens ansvar er å kartlegge pasientens ressurser og behov med tanke på å fremme egenomsorgen. I tillegg er sykepleierens medisinske kunnskap om kropp og pleie veldig viktig i målet om å fremme livsglede. Sykepleierens veiledende og undervisende kunnskap er også en god egenskap å ta med seg når pasienten skal ut på en reise mot en lettere hverdag (Kirkevold, 2008. s. 101-109).

Hegli (2009) framhever at sykepleieren ofte prioriterer ressursene til de pasientene som har en mulighet til å klare seg selv. Dermed blir ikke de pasientene som allerede er pleietrengende like prioritert (Hegli, 2009). Denne problemstilling ble også tydelig for meg da jeg var i praksis. Den største utfordringen for meg i denne nye arbeidsmetoden, var å snu holdningen fra pleie og omsorg til mestring og aktivitet. Det tok opp mot to uker før jeg forsto tankegangen og så nytten av den. Da jeg først begynte og komme inn i metoden, ble det mer interessant. Jeg valgte derfor å skrive et forbedringsarbeid om dette. Det gikk ut på at jeg skulle legge frem arbeidsmetoden hverdagsrehabilitering for hjemmesykepleien. I utgangspunktet så jeg lett på dette siden jeg synes det var så interessant og gøy. Men det viste seg raskt at det ikke var like enkelt å snu tankegangen til mine kollegaer i hjemmesykepleien på 30 minutter. Jeg endret tiltaksplaner og oppfordret dem til å gå igjennom hver enkelt pasient for å se om ting kunne endres på. To uker senere var jeg på samarbeidsmøte med hjemmesykepleien. Vi gikk gjennom noen pasienter på rapporten, og det var tydelig at det jeg hadde sagt, var glemt. Så hvordan snu holdningen til sykepleiere? Og hvordan hindre tilbakefall til gamle vaner?

Vi mennesker er bygd slik at vi gir en hjelpende hånd til de som trenger det. Et eksempel kan være at dersom bestemor føler seg litt uvel, melder vi oss frivillig til å hente posten denne dagen. Det er ikke nødvendigvis dette som er det rette. Bestemor bør heller oppmuntres til å ta turen til postkassen for å holde formen ved vedlike. Denne oppmuntringer er helt sentral i jobben med hverdagsrehabilitering. Kanskje kunne vi heller hentet posten sammen denne dagen. Alt handler kanskje om at vi snur holdningen vår, og at vender opp på spørre måtene våre fra: «hva trenger du hjelp til?» til «hva er viktige aktiviteter i livet ditt nå?» (Tuntland & Ness, 2014, s. 28-29).

Som resultat av samhandlingsreformen blir pasientene sendt tidligere hjem fra sykehus, dette kan gi en rekke utfordringer for sykepleiere som jobber i kommunene. Dette betyr at pasientene kan være dårlige når de kommer hjem, og har ett mer omfattende hjelpebehov (St. Meld. Nr. 47, (2008-2009)). Dette erfarte jeg i praksis opptil flere ganger. Vi fikk pasienter fra sykehuset som hadde nedsatt allmenntilstand. De ble meldt til innsatsteamet for opptrening og hverdagsmestring, men det var ikke alltid dette lot seg gjøre. Jeg vil ta med en kort erfaring av det og måtte «gjøre for» pasienten. Det var en ung jente, sterkt preget av leddgikt. Hun hadde enorme smerter når innsatsteamet begynte hos henne, og det viste seg fort at opptrening ikke var et alternativ for henne slik livssituasjonen hennes var nå. Her ble oppgaven til innsatsteamet å hjelpe henne med morgenstell, for at hun i det hele tatt skulle klare å stå opp. I tillegg fikk hun hjelp til matlaging. Hegli(2009) legger vekt på at man må ikke glemme at av og til er det viktig å «gjøre for», der pasienter trenger og spare krefter. I noen sammenhenger kan hjelp sees på som omsorg, mens i andre kan det oppleves som krenkelse (Hegli, 2009).

I St. Meld. 47 (2008-2009) fokuseres det på forebygging av senkomplikasjoner og primærforebygging. Det er behov for at sykepleiere har økt kompetanse innenfor undervisning og veiledning mot mennesker som har behov for å legge om livsstilen eller som må mestre en livssituasjon med en kronisk sykdom (St. Meld. Nr. 47, (2008-2009)). Jeg merket at min kollegaer visste akkurat hva som måtte til når de først møtte denne pasienten. Pasienten selv var innstilt på å trene seg opp til en enklere hverdag, med hjelpemidler og en sterke muskulatur. Hun hadde soverom og bad i 2 etasje og måtte derfor bevege seg i trapp. Slik fysioterapeuten forklarte var at hun gikk i trappen minst to ganger til dagen, og dette var nok trening i seg selv inntil videre.

Brukermedvirkning: Har pasient og helsepersonell samme oppfatning av selvhjulpenhet?

Vi må huske på at pasienten skal ha medvirkning i situasjoner som omhandler han selv.

Orem(Kristoffersen, 2011) legger vekt på at sykepleieren skal veilede pasienten til selv å ta beslutninger og utføre handlingen. Veiledningen kan gå ut på forslag, råd, anbefaling, anvisning, instruksjoner og tilsyn (Kristoffersen, 2011, s. 237-238). Til syvende og sist er det pasienten som har siste ordet i saken. Orem(Kristoffersen, 2011) sier videre at sykepleieren må legge til rette for at pasienten kan lære nye ferdigheter og ta til seg ny kunnskap for å mestre egenomsorgen. Det er ikke alltid pasienten er villig til å lære eller ser betydningen av det, her må sykepleieren motivere pasienten (Kristoffersen, 2011, s. 237-238). Ness (2014) legger vekt på at pasientene som får tilbud om hverdagsrehabilitering skal ha et mål om å leve et aktivt liv, og være selvhjulpen. Han sier også at betydningen av selvhjulpenhet kan tolkes forskjellige for de involverte partene (Ness, 2014).

Hegli (2009) legger vekt på at avhengighet hos eldre hjemmeboende pasienter er et problemområde både for pasienten selv og pleieren. Hun sier videre at sykepleiere ofte prioriterer ressursene til de pasientene som har en mulighet til å klare seg selv. For de pasientene som allerede er pleietrengende, er ikke dette et like prioritert område (Hegli, 2009).

Jeg må si at jeg kjenner meg litt igjen i dette. Etter at jeg var utplassert i praksis, har jeg brukt mye av metoden i jobben min i hjemmesykepleien. Jeg ønsker og ta med et eksempel fra min praksis. En svært overvektig mann i 70 årene med Parkinson. Han har fått hjelp til stell i seng, og blitt overflyttet med heis til rullestol i flere år. Han har hatt hjelp av innsatsteam (Hverdagsrehabiliteringen), og har nå lært seg å gå med prekestol på korte avstander. Likevel følger hjemmesykepleien vedtaket og tiltaksplanen som er laget på pasienten, og han får hjelp til fullt stell i seng. En dag spør jeg pasienten om han vil vaske seg selv oventil. Han rekker raskt frem hånden, og begynner å vaske seg. Mens jeg først er på tilbudssiden tar jeg fram kremboksen og spør om han vil smøre seg selv på armene. Med redusert bevegelse i fingrene smeller han hånden oppi boksen, og smører seg på armene med alt for mye krem. Jeg velger å ikke kommentere det, men hjelper til å smøre på baksiden der han ikke rekker til. Til slutt er det deodoranten, jeg rekker han den uten å si noe. Han ser på meg og sier: «jeg kan ikke huske sist jeg tok på meg deodorant». Jeg velger å spør han hvorfor han ikke har sagt ifra om at han klarer alt dette selv? Han svarer: «Jeg har aldri blitt spurt!» Her kan man spørre seg om slike situasjoner oppstå? At pasienten rett å slett bare blir vant til at helsepersonellet tar morgenstellet, mens han er helt passiv?

I artikkelen (Bergland & Slettebø, 2015) er det en dame som uttaler seg slik: «*Det som gjør meg sint, er at folk tror at siden jeg er 90 år gammel, så kan jeg ikke gjøre det ene eller det andre. Jeg vil klare meg selv og blir motivert av betydningen de daglige oppgavene har for meg. Jeg vil ikke at mine aktiviteter skal bli redusert bare fordi jeg er eldre.*» (Bergland & Slettebø, 2015).

Denne damen sier at hun ønsker og klare seg selv, men at «folk» tror hun ikke klarer det fordi hun er gammel. Er det slik helsepersonellet også tenker? At siden de er 90 år gamle, klarer de ikke det ene eller det andre?

Motivasjon og hverdagsmestring

Motivasjonen kan styrkes etter hvert som pasienten ser at han kan mestre ulike utfordringer (Ness, 2014). I forskningsartikkelen (Bergland & Slettebø, 2015) kommer det fram at de eldre ønsker og bli møtt med en positiv holdning, men at de også stilles krav til. Dette betyr at de må motiveres og utfordres til å gjøre mest mulig selv. Kristoffersen(2011) mener at hvis en pasienten står ovenfor en ny situasjon, kan denne føles skremmende og utrygg. I en slik situasjon kan pasienten miste motivasjonen og troen på sine egne evner. Det er derfor viktig at sykepleieren gir pasienten troen på

seg selv igjen og veileder han/hun på riktig vei. Sykepleieren må gi pasienten trygghet, noe som kan hjelpe pasienten til å unngå å gjøre feil. I tillegg må sykepleieren være et støtteapparat, og gi pasienten den fysiske støtten han/hun måtte trenge (Kristoffersen, 2011).

Når det kommer til motivasjon ønsker jeg å fortsette på historien min fra praksis. Neste gang jeg kom til samme pasient spurte jeg ikke om han ville vaske seg selv. Jeg vred om kluten og han rakk fram hånden. Når han var ferdig og satt klar på sengekanten spør han meg plutselig: «kan vi ikke ta å trene litt sammen?» Jeg ble ganske sjokkert for å være ærlig, men sier selvfølgelig ja. Jeg ber han reise seg opp fra sengen for å deretter sette seg ned igjen. Jeg skryter av han og ber han gjenta øvelsen fem ganger, mens jeg støtter han i den ene armen. Det viste seg at dette var nok, da det var flere uker siden innsatsteamet hadde avsluttet hos han. Etter en liten pause går vi side om side til rullestolen, og han har et stort smil om munnen. Han takker for hjelpen, og jeg svarer at det var han som gjorde all jobben. Dette gjentar seg hver gang jeg er der, og vi har gjerne tid til litt flere øvelser også.

Jeg har tenkt mye på akkurat denne situasjonen, og lurt på hvorfor ting utviklet seg slik som de gjorde. Var det fordi jeg lot pasienten gjøre det selv? Fordi jeg spurte? Fordi jeg faktisk hadde troa på at han kunne klare det? Jeg sitter igjen med så mange spørsmål. Hvorfor ble jeg plutselig den personen han ville trene med?

Tuntland & Ness(2014) fremhever ordet mestring. De legger vekt på at mestring er ett sentral begrep innenfor hverdagsrehabilitering. Videre sier de at mestring er viktig i forhold til å kunne leve selvstendig liv. Pasienten må selv føle at han mestrer sitt eget liv, og samtidig få en opplevelse av å mestre ulike situasjoner som han/hun i utgangspunktet ikke trodde var mulig (Tuntland & Ness, 2014, s. 28-29). Haarr & Fjetland(2014) skriver at noen kommuner mener at med å være selvhjelpen, mestrer man å vaske seg, kle seg, lage mat og husarbeid. De legger vekt på at kommunene vil ha gevinst av at pasienten mestrer hverdagslivet sitt.

Ness(2014) fokuserer på at den motiverende samtalen skal vise empati og støtte mestring, og samtidig vise at det fremdeles er en vei å gå før målet er nådd. Dette er en metode som pasienten og sykepleieren gjør sammen, for å lokke fram og forsterke pasientens egen motivasjon (Ness, 2014. s. 132-133).

Når vi spurte pasienten om hva som var viktig for deg, var det tydelig at dette var ett vanskelig spørsmål å svare på. Vi brukte derfor «aktivitetshjulet» hos alle pasientene vi var hos. Vi gav det somregel ut ved første møtet for å så gå igjennom det neste gang. Da fikk pasienten tid til å tenke gjennom hva som egentlig var utfordringene. Vi gikk nøye gjennom det sammen, og det viste seg at dette var en veldig fin hjelpemetode for å sette opp mål sammen med pasienten. Utfordringen med

dette hjulet er at det er mange spørsmål pakket inn i en sirkel, og man blir opphengt i de store spørsmålene og glemmer de små. Jeg merket at sykepleierkontakten min var veldig godt kjent med hjulet, og derfor kunne hente fram de «små» spørsmålene som under punktet personlig stell. Det er lett å tenke at personligstell kun innebærer påkledning og morgenstell. Hva med dusj situasjon, har du noen utfordringer der? Dette er et spørsmål som ikke kommer klart fram i aktivitetshjulet, men som er viktig. Jeg brukte derfor mye tid på å bli kjent med aktivitetshjulet, for å finne fram til de små spørsmålene.

I praksis opplevde jeg verdien av det å stille spørsmålet «Hva er viktig for deg?». Sykepleierkontakten min stilte spørsmålet og pasienten svarte «å dra til Frankrike med familien i sommer». For å nå målet måtte han ha mulighet for å gå i trapp, ja nettopp for å kunne gå om bord på flyet. Han visste nøyaktig hva som måtte til for at han skulle komme seg til Frankrike. Pasienten hadde fått ny hofte, og trengte derfor opptrening av denne. Motivasjonen var der hele tiden, ønske om å kunne dra til Frankrike var så sterkt, og det så ut til at ingenting stoppet han fra å nå dette målet.

Konklusjon

Hvordan kan sykepleier bidra til å opprettholde ressurser og øke aktivitet hos en pasient gjennom hverdagsrehabilitering?

I oppgaven viser det seg at det kan være behov for å snu holdningen til sykepleier mot mer aktivitet og mestring. Jeg tror at vi sykepleiere må bli flinkere til å fokusere på pasientens egne mål slik at vi ikke kun utfører tiltak basert på vedtak. Sykepleieren må tenke på at alderen er bare et tall, og pasienten kan være yngre til sinns enn det alderen tilsier. Man må også møte pasienten som et eget individ og ikke ta det forgitt at pasienten ikke klarer det ene eller andre ut ifra alderen. I tillegg bør vi bli flinkere til å evaluere og avslutte tiltak når pasienten selv mestrer målene sine. Jeg tror det vil bli en lang prosess å snu holdningene til sykepleiere, da jeg som en person måtte ha seks uker i praksis for å kunne tenke nytt og snu holdningen min. Hverdagsmestring er det nye fokuset i helsevesenet, det må bli mer fokus på å stille åpne spørsmål. Selv om fokuset nå skiftes mot aktivitet og mestring er det likevel viktig å huske på at i noen tilfeller er det viktig å «gjøre for» pasienten, i tilfeller hvor han/hun trenger og spare krefter. Pasienten er ekspert på sitt liv og sin kropp, mens sykepleieren er ekspert på sitt fagfelt. Det er viktig at disse to rollene møtes på midten for å få til en god omsorgstjeneste for den enkelte pasient.

Det har vært interessant og inspirerende å jobbe med dette tema, samtidig som at det til tider har vært utfordrende. Det har vært vanskelig å finne informasjon om sykepleierrollen innenfor hverdagsrehabilitering, siden den meste av litteraturen ikke fokusere på de enkelte yrkesgruppene. Jeg har lest flere artikler skrevet av ergoterapeuter, men dette gir meg ingen innblikk i sykepleierens rolle. Dette har i motsetning gjort det enda mer interessant og finne ut hvordan en sykepleier er med på å bidra til en mer selvhjulpent hverdag for pasientene. Det viser og at det trengs mer dokumentasjon og forskning på sykepleierens rolle i hverdagsrehabiliteringen. Jeg ser fram til å kunne starte som nyutdannet sykepleier med en holdning om å følge pasientene til å nå sine mål for egen hverdagsmestring.

Kildehenvisninger:

Aktivitetshjulet. [Bilde] (2015). Hentet fra

http://www.rana.kommune.no/helse_sosial_og_omsorg/omsorgstjenester/Sider/Hverdagsrehabilitering-gir-hverdagsmestring.aspx

Bergland, A. & Slettebø, Å. (2014). Health capital in everyday life of the oldest old living in their own homes. *Ageing and Society*, 2014, 1-20.

Dalland, O.(2012). *Metode og oppgaveskriving* (5.utg.) Oslo: Gyldendal akademisk.

Engedal, K. (2009). Alderdom. *Store medisinske Leksikon*. Hentet fra <https://sml.snl.no/alderdom>

Fjørtoft, A.-K. (2012). *Hjemmesykepleie: Ansvar, utfordringer og muligheter* (2. utg.) Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørg AS.

Folkehelseinstituttet(2015). Helse hos eldre i Norge-folkehelse rapporten 2014. Hentet den 17.04.15, fra

http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=239&trg=Content_7242&Main_6157=7239:0:25,8904&MainContent_7239=7242:0:25,8931&Content_7242=7244:111678::0:7243:1:::0:0

Hegli, T. (2006). «...Å ikke lage pleiepasienter i hjemmet...». *Norsk Tidsskrift for sykepleierforskning*, 2006(4), 51-60

Kirkevold, M. (2008). Individuell sykepleie. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A.H Ranhoff (red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (101-109). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Kristoffersen, N.J. (2011). Teoretisk perspektiver på sykepleie. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt & E-A. Skaug (red.), *Grunnleggende sykepleie*, bind 1. (2.utg.) (s. 227-258). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Kristoffersen, N.J. (2011). Stress og mestring. I N.J. Kristoffersen, F. Nortvedt & E-A. Skaug (red.), *Grunnleggende sykepleie*, bind 3. (2 utg.) (s. 166). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Kristoffersen, N.J. (2011). Den myndige pasienten. I N.J. Kristoffersen, F. Nortvedt & E-A. Skaug (red.), *Grunnleggende sykepleie*, bind 3. (2 utg.) (s. 350-351). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Kunnskapssenteret. (2008) Sjekkliste for vurdering av forskningsartikler. Henta 2. Mai. 2014 fra <http://www.kunnskapssenteret.no/verktoy/sjekkliste-for-vurdering-av-forskningsartikler>

St. Meld. Nr. 47(2008-2009). (2009). *Samhandlingsreformen- rett behandling- på rett sted-til rett tid*. Hentet fra

<https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm200820090047000dddpdfs.pdf>

St. Meld. Nr. 29(2012-2013). (2013). *Morgendagens omsorg*. Hentet fra

<https://www.regjeringen.no/nb/dokumenter/meld-st-29-20122013/id723252/>

Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). Lov om pasient- og brukerrettighet. (Pasient- og brukerrettighetsloven. Hentet fra https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63#KAPITTEL_3

Strand, B.H., H.M. Eriksen, K. Tambs, V. Skirbekk (2014). Helse hos eldre i Norge- *Folkehelse rapporten 2014*. Folkehelseinstituttet. Hentet fra

http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=239&trg=Content_7242&Main_6157=7239:0:25,8904&MainContent_7239=7242:0:25,8931&Content_7242=7244:111678::0:7243:1:::0:0

Motiverende samtale film 1 (2015). [Videoklipp] hentet fra

<http://www.kunnskapscenteret.no/kvalitet-og-pasientsikkerhet/kvalitetsforbedring/pasientforlop/eldre-og-kronisk-syke/ti-filmer-om-motiverende-samtaler;jsessionid=D0613E8F7EFA137AD77E3160C936AE28>

Tuntland, H. & Ness N.E. (2014). Hva er hverdagsrehabilitering? I H. Tuntland & N.E. Ness (red.), *Hverdagsrehabilitering* (s. 25-40). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Tuntland, H. (2014). Hvem kan ha nytte av hverdagsrehabilitering? I H. Tuntland & N.E. Ness (red.), *Hverdagsrehabilitering* (s. 25-40). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Ness, N.E. (2014). Hvordan samarbeide om virksomhetsområdet? I H. Tuntland & N.E. Ness (red.), *Hverdagsrehabilitering* (s. 132-133). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Ness, N.E. (2014). Hvordan organisere hverdagsrehabilitering? I H. Tuntland & N.E. Ness (red.), *Hverdagsrehabilitering* (s. 158-165). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Vedlegg 1

Mestring gir muligheter!

