



Høgskulen på Vestlandet

Masteroppgave i klinisk helse- og omsorgsvitenskap

HELS-OPPG

Predefinert informasjon

| | | | |
|-----------------------|-------------------------------|------------------------|----------------------------|
| Startdato: | 31-05-2018 09:00 | Termin: | 2018 VÅR2 |
| Sluttdato: | 01-06-2018 14:00 | Vurderingsform: | Norsk 6-trinns skala (A-F) |
| Eksamensform: | Masteroppgave | Studiepoeng: | 45 |
| SIS-kode: | 203 HELS-OPPG 1 O-1 2018 VÅR2 | | |
| Intern sensor: | Arne Wilhelm Rehnsfeldt | | |

Deltaker

| | |
|---------------------|------------------|
| Navn: | Anne Lise Økland |
| Kandidatnr.: | 403 |
| HVL-id: | 130048@hvl.no |

Informasjon fra deltaker

| | | | |
|--------------------------------|--|---|----|
| Tittel *: | Hverdagsrehabilitering- lengst mulig i eget hjem. En kvalitativ studie om hvilken betydning hverdagsrehabilitering har for brukerens opplevelse av egen helse. | | |
| Antall ord *: | 14938 | | |
| Navn på veileder *: | Benny Huser | | |
| Tro- og lovetklæring *: | Ja | Jeg bekrefter at jeg har registrert oppgavetittelen på norsk og engelsk i StudentWeb og vet at denne vil stå på vitnemålet mitt *: | Ja |

Jeg godkjenner avtalen om publisering av masteroppgaven min *

Ja

MASTEROPPGAVE

Hverdagsrehabilitering: Lengst mulig i eget hjem.

En kvalitativ studie om hvilken betydning hverdagsrehabilitering har for brukerens opplevelse av egen helse.

Reablement: As long as possible in your own home.

A qualitative study of the importance of reablement for the user's own health experience

Anne Lise Økland

Tverrfaglig master i Klinisk Helse- og Omsorgsvitenskap
Fakultet for helse og sosialvitenskap (FHS)/Institutt for helse-
og omsorg/ Masteroppgave i Klinisk Helse-og
omsorgsvitenskap HELS-OPPG.

Veileder: Benny Huser.

01.06.2018 kl. 14.00

Antall ord: 14938

Jeg bekrefter at arbeidet er selvstendig utarbeidet, og at referanser/kildehenvisninger til alle kilder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 10.

Førord

Studien som presenteres avslutter en fire år lang epoke, eller kanskje det er starten på en ny? Uansett har masterstudiet ”Klinisk helse- og omsorgsvitenskap” ved Høgskulen på Vestlandet vært livsforandrende, og rørt meg i det dypeste dype. Studien hadde ikke vært mulig uten støtte fra andre, og jeg ønsker å gi en stor takk til alle som har bidratt til resultatet som foreligger.

De første jeg vil rette en ydmyk takk til er informantene som har gjort denne studien mulig. Jeg setter stor pris på at dere viste meg tillit og ønsket å fortelle om deres opplevelser. Deres bidrag har gitt bedre forståelse og større innsikt i hvordan eldre mennesker med funksjonsfall opplever hverdagsrehabilitering og hvilken nytte dere har av det. Det er et stort privilegium å få æren av å ta del i deres historier, uten dere hadde ikke studien vært mulig! Jeg vil også takke kommunene for deres velvillighet og hjelp til å rekruttere informanter.

Den neste som fortjener en ekstra stor takk, er Benny Huser for super veiledning og tålmodighet når det buttet på som verst. Selve analyse arbeidet var mye mer omfattende og tidkrevende enn jeg på forhånd kunne forestille meg, og det har vært perioder det hele så uoverkommelig ut. Uten deg og ditt gode vesen, Benny, hadde jeg ikke komt meg gjennom disse fasene alene. «*Det i øyenfallende er ALLTID riktig!*» fortalte du smilende på en veiledning, og akkurat dette sitatet hjalp meg med å tro på meg selv i vanskelige stunder.

Jeg vil også rette en takk til mine medstudenter som har bidratt med faglig påfyll, gode, lærerike refleksjoner, inspirasjon og glede over den nye lærdommen klinisk helse- og omsorgsvitenskap har gitt. Deres bidrag fra deres praksisfelt har vært nyttige innspill under studiet!

Til slutt vil jeg takke familien min som tålmodig har støttet meg! Jeg er så uendelig glad i dere!

Tusen, tusen takk!

Anne Lise Økland, 27.mai 2018

Sammendrag

Tittel: Hverdagsrehabilitering- lengst mulig i eget hjem.

En kvalitativ studie om hvilken betydning hverdagsrehabilitering har for brukernes opplevelse av egen helse.

Bakgrunn: Hverdagsrehabilitering er en tverrfaglig, tidsavgrenset, intensiv og målrettet rehabilitering som foregår i brukernes hjem eller nærmiljø og bistår personen med trening og tilrettelegging av hverdagsaktiviteter som er viktige for personen selv.

Hensikt: Å få økt kunnskap og forståelse av hvilken betydning hverdagsrehabilitering har for brukere og hvordan de opplever sin egen helse.

Metode: Studien er kvalitativ med fenomenologisk- hermeneutisk perspektiv som forskningsdesign. Individuelle semistrukturerte intervjuer (N=5) med mennesker som har mottatt hverdagsrehabilitering er analysert med systematisk tekstkondensering.

Resultat: Funnene fremhevet tre hovedtema: å forsones seg med sykdom og alderdom, å ha framtidshåp og å være fri. Hjemmeboende eldre befinner seg i en rørelse når de på grunn av funksjonsfall har behov for hverdagsrehabilitering. De må forsones seg med funksjonsfallet, og her kan hverdagsrehabilitering bistå med hjelp og støtte i forsoningsprosessen.

Hverdagsrehabilitering bidrar til framtidshåp ved å hjelpe brukeren med å sette seg egne mål, og dele kunnskap som gir mulighet til forandring. Treneren og treningsopplegget styrker framtidshåpet ved å hjelpe brukeren til å styrke fysisk funksjon og til å se fremover. Målet til samtlige deltagere i denne studien var å bo lengst mulig i eget hjem, og hverdagsrehabilitering gjør dette mulig.

Konklusjon: Studien avdekket tre tema som kan øke forståelsen av hvordan eldre opplever helsen sin når de har behov for hverdagsrehabilitering. Hverdagsrehabilitering har betydning for Eldres helseopplevelse når alderdom og funksjonsfall oppstår i livet og skaper lidelse. Hjemmeboende eldre er i en rørelse mellom å ha lidelse og være avhengige av hjelp, til å ha framtidshåp i form av hjelp og støtte av helsepersonell til å klare seg selv og bo lengst mulig i eget hjem.

Nøkkelord: Helse, ontologisk helsemodell, forsoningsprosess, framtidshåp, frihet

ABSTRACT

Title: Reablement: As Long as possible in Your own Home.

A qualitative study of the importance of reablement for the user's own health experience.

Background: Re-ablement is a multidisciplinary, time-limited, intensive and goal-oriented rehabilitation that takes place in the user's home or local community and assists the person in training and facilitating everyday activities that are important to the person's life.

Aim: To increase knowledge and understanding of the importance of reablement for users and how they experience their own health.

Design and Methods: This is a qualitative study with a phenomenological-hermeneutic perspective as research design. Individual semi-structured interviews (N = 5) have been completed and analyzed using systematic text condensation.

Results: The findings highlighted three main themes: reconciling sickness and old age, having future hope and being free. Elderly people are in a movement between health and suffering when they are in need of reablement because of functional disability. They have to reconcile the suffering, and the reablement workers can give help and support in the reconciliation process. Reablement contributes towards future hope by helping the user set personal goals, and by sharing knowledge that causes change. The coach and training plan gives strength to the users future hope by helping them to strengthen physical function and to look forward. The participants main-goal was to live as long as possible in their own homes, and reablement makes this possible.

Conclusion: The study revealed three main themes that can provide increased knowledge to health professionals who work with reablement or who meet people with functional disabilities. This knowledge provides a new understanding of how users experience sickness and old age, and the importance of reablement for the life situation they are in.

Keywords: Health, ontological health model, reconciliation, future hope, freedom

Ny Lærdom:

*Utruleg lenge var eg sterk og sprekk
Og kunne halde fram min vante veg
Og trudde ikkje at slike vondt som råkar
Så mange gamle folk, skulle råke meg.*

*Eg såg gamle skrøplingar, og tenkte
At om dei for alvor sette viljen inn
Kunne dei vel te seg mindre ynkelege.
Ja, det er sant. Så hard var eg, så blind.*

*No har eg lært nytt. Min eigen kropp
Har drive meg på plass i skrøplinganes hær.
Ikkje kall oss stakkarslege når du ser oss.
Kall oss heller tapre. Det er det vi er.*

Halldis Moren Vesaas: Livshus, 1995 (Referert i Kirkevold, 2014,s. 23).

INNHALDSFORTEGNELSE

| | | |
|-------|---|----|
| 1 | INNLEDNING | 1 |
| 1.1 | Bakgrunn for valg av tema..... | 1 |
| 1.2 | Fokusområde..... | 1 |
| 1.3 | Oppgavens hensikt og problemstilling | 3 |
| 1.4 | Klinisk forankring i Praksis | 4 |
| 1.4.1 | Eldre og Hjemmesykepleie..... | 4 |
| 1.4.2 | Rehabilitering som arbeidsmetode..... | 5 |
| 1.5 | Begrepsavklaring..... | 6 |
| 1.6 | Oppgavens struktur..... | 6 |
| 2 | TEORETISK RAMME | 7 |
| 2.1 | Omsorgsvitenskapelig forankring | 7 |
| 2.1.1 | Helse..... | 7 |
| 2.1.2 | Den Ontologiske Helsemodellen..... | 8 |
| 2.1.3 | Livskraft..... | 9 |
| 2.1.4 | Forsoning..... | 10 |
| 2.2 | Tidligere forskning | 11 |
| 2.2.1 | Hverdagsrehabilitering..... | 12 |
| 2.2.2 | Omsorgsvitenskapelig forskning..... | 17 |
| 3 | METODE..... | 20 |
| 3.1 | Valg av forskningsmetode | 20 |
| 3.2 | Hermeneutisk og fenomenologisk vitenskapsteori | 21 |
| 3.3 | Fenomenologisk- hermeneutisk tilnærming som forskningsdesign..... | 23 |
| 3.4 | Systematisk tekst kondensering | 23 |
| 3.5 | Forskerens forforståelse..... | 25 |
| 3.6 | Gjennomføring av studien | 25 |
| 3.6.1 | Forskningsetikk..... | 26 |
| 3.6.2 | Formelle etisk krav..... | 26 |
| 3.6.3 | Utvalg | 27 |
| 3.6.4 | Innhenting av informert samtykke | 29 |
| 3.6.5 | Forberedelse til intervju..... | 29 |

| | | |
|-------|---|----|
| 3.6.6 | Det første møtet- gjennomføring av intervjuet | 29 |
| 3.6.7 | Transkribering..... | 30 |
| 3.7 | Analysen trinn for trinn | 30 |
| 3.7.1 | Å danne seg et helhetsinntrykk | 31 |
| 3.7.2 | Å finne meningsbærende enheter..... | 31 |
| 3.7.3 | Kondensering av teksten..... | 32 |
| 3.7.4 | Syntese..... | 33 |
| 3.8 | Metode diskusjon | 33 |
| 3.8.1 | Refleksivitet og Relevans | 33 |
| 3.8.2 | Validitet og reliabilitet..... | 34 |
| 3.8.3 | Metodens relevans for studien | 34 |
| 4 | RESULTATER | 35 |
| 4.1 | Kort presentasjon av artikkelens funn | 36 |
| 4.2 | Deltagernes totalinntrykk og anbefalinger til andre | 37 |
| 5 | DISKUSJON..... | 38 |
| 5.1 | Helhetsfortolkning av funn | 38 |
| 5.2 | Resultatene sett i et omsorgsvitenskapelig perspektiv. | 39 |
| 5.2.1 | Å forsone seg med alderdom og sykdom | 41 |
| 5.2.2 | Å ha framtidshåp | 42 |
| 5.2.3 | Å være fri..... | 43 |
| 5.3 | Resultatenes betydning for klinisk praksis. | 44 |
| 6 | KONKLUSJON | 45 |
| | REFERANSER | 46 |
| 7 | VEDLEGG..... | 53 |
| | Vedlegg 1: Artikkel | 53 |
| | Vedlegg 2: Svar på søknad NSD..... | 53 |
| | Vedlegg 3: Framleggsvurdering REK | 53 |
| | Vedlegg 4: Informasjonsskriv, kommune..... | 53 |
| | Vedlegg 5: Søknad, forskning og utvikling i kommune..... | 53 |
| | Vedlegg 6: Informasjonsskriv, informanter..... | 53 |
| | Figurer:53 | |

1 INNLEDNING

Dette er en masteroppgave i Klinisk helse- og omsorgsvitenskap. Studien ser på hvilken betydning hverdagsrehabilitering har for eldre mennesker, og hvordan de opplever egen helse. Masteroppgaven er skrevet som artikkel (vedlegg 1) med kappe.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

I arbeid som sykepleier i kommunehelsetjenesten er det å hjelpe og gi omsorg til andre mennesker en stor del av arbeidsdagen. Bakgrunn for valg av temaet er at kommunen jeg arbeider i holder på med et prosjekt i hverdagsrehabilitering som startet opp i november 2015. Interessen for rehabilitering startet da jeg arbeidet først som hjelpepleier og deretter som sykepleier ved en nevrologisk avdeling der slagenheten hadde fokus på rehabilitering og arbeidet i tverrfaglige team. I 2013 tok jeg etterutdanning i rehabilitering, der vi lærte om hverdagsrehabilitering (heretter kalt HR). På denne tiden arbeidet jeg også som sykepleier ved et kommunalt rehabiliteringssenter der tverrfaglig samarbeid og rehabilitering sto i fokus. Per dagsdato er jeg ansatt som nattevakt der jeg arbeider i hjemmetjenesten og inne på et omsorgssenter. Jeg møter pasienter som er sårbare, hjelpetrengende, noen er ensomme i tillegg og savner noen å prate med. Når jeg kommuniserer med menneskene jeg møter i løpet av en vakt er det veldig varierende i hvilken grad de ønsker hjelp eller rehabilitering hjemme dersom de får en funksjonsnedsettelse eller vansker med å utføre oppgaver eller aktiviteter som de til nå har mestret selv. På grunn av høy alder er det en del som ønsker seg kortidsopphold på omsorgssenter, i stedet for hjelp til dagligdagse behov hjemme. På samme tid er det interessant å se på den fremtidige demografiske floken og hvordan endre tanke sett fra pleiekultur til mestringskultur innen pleie- og omsorgstjenestene.

1.2 Fokusområde

Samhandlingsreformen tar utgangspunkt i fremtidige norske helseutfordringer (St. meld. 47, 2008-2009), og har økt satsning på helsefremming, forebygging og rehabilitering. I 2010 kom Stoltenberg regjeringen med Verdighetsgarantien: Forskrift for en verdig eldreomsorg som skal

sikre grunnlaget for et godt tjenestetilbud for eldre (2010). Garantien er et viktig bidrag i regjeringens arbeid for en bedre eldreomsorg sammen med en styrket kommuneøkonomi og bedre tilskuddsordninger til sykehjem og omsorgsboliger. St.meld. 29 vektlegger HR som en innovativ måte å tenke på i morgendagens omsorgstjeneste (2012-2013, Tuntland og Ness, 2014). I stedet for å hjelpe pasienten eller brukeren slik at han passifiseres snus tankegangen og en spør hva han har lyst til å mestre. ”Morgendagens omsorg” viser til at HR bidrar til økt livskvalitet og bedre funksjonsnivå hos brukerne og peker på at hjemmetjenesten kan involveres for at rehabilitering kan drives i større omfang (St. meld. 29, 2012-2013). HR tar utgangspunkt i å avdekke hvilke muligheter brukeren selv har til å bidra aktivt med å gjenopprette eller øke sitt tidligere funksjonsnivå med utgangspunkt i sine egne ressurser, ønsker og personlige mål (2012-2013). Som metode krever HR at de ansatte arbeider sammen med den enkelte bruker og ikke for. Ved å ha en tidlig tverrfaglig kartlegging av rehabiliteringspotensialet hos brukeren og tilsvarende intensiv opptrening økes mestringssevnen og behovet for hjelp fra det offentlige reduseres. Når hjemmetjenestene innfører HR opprettes vanligvis et tverrfaglig team av ergoterapeuter, fysioterapeuter, sosionomer, vernepleiere og sykepleiere med rehabiliteringskompetanse. Teamet vurderer den enkelte brukers rehabiliteringsmuligheter og samarbeider om å lære opp og veilede hjemmetjenestens ansatte til å stå for opptrening på brukerens naturlige arenaer (2012-2013). Ness et al (2012) har laget en rapport om HR. Selv om intervensjonen startet innen eldreomsorgen både i Sverige, Danmark og Norge, har de ulike kommunene uklare inklusjonskriterier og ulike målgrupper. Jeg velger derfor å bruke de oppsummerte inklusjonskriteriene til Ness et al (2012) på målgruppen i denne studien, presentert i tabell 1 sammen med oppsummering av kjennetegn HR. Ulike kommuner kontaktes ved rekruttering av informanter og kan ha ulike inklusjonskriterier for sine innbyggere.

Tabell 1: Kjennetegn hverdagsrehabilitering (Tuntland og Ness, 2014, s. 40) og inklusjons- og eksklusjonskriterier (Ness et al, 2012).

| KJENNETEGN HVERDAGSREHABILITERING | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • En starter med å stille deltageren spørsmålet: «Hva er viktige aktiviteter i livet ditt nå?» • målrettet og intensivt fokus på hverdagsaktiviteter som personen selv tillegger betydning • tidlig, tidsavgrenset innsats i personens nærmiljø • styrket involvering og samhandling mellom ergo- og fysioterapeuter og personell i hjemmetjenestene • økt selvhjulpenhet i daglige gjøremål, slik at personen fortsatt kan bo hjemme, være aktiv i eget liv og delta sosialt og i samfunnet • et tenkesett om at personen selv styrer deltagelse og hverdagsmestring • mulighet for inkludering av aktuelle nærpå personer, pårørende og frivillige | |
| INKLUSJONSKRITERIER | EKSKLUSJONSKRITERIER |
| Personer: <ul style="list-style-type: none"> • i alle aldre (men oftest eldre) som risikerer eller har funksjonsnedsettelse i hverdagsaktiviteter • som er motiverte og forstår situasjonen • som har rehabiliteringspotensiale • som bor hjemme • som er utskrivningsklare fra sykehus eller døgner rehabilitering | Personer som ikke har potensiale til rehabilitering (langtømne degenerative sykdommer, terminalt syke, personer med demens). |

1.3 Oppgavens hensikt og problemstilling

Formålet med prosjektet er å finne ut hvilken betydning HR har for brukere og hvordan de opplever sin egen helse. Studien har fokus på helse som ontologisk begrep, og Katie Erikssons ontologiske helsemodell - der helse ses på som en rørelse, der man prøver å tilpasse seg helse eller lidelse og løse problemer som måtte oppstå gjennom livet på en helhetlig måte. Når personer har behov for HR, er de i en rørelse for å gjøre helsen sin bedre. Jeg håper å få frem denne rørelsen gjennom studien ved å lytte til deltagerne sine opplevelser om hva som er meningsbærende for helsen. Oppgavens hensikt presiseres i følgende problemstilling:

«Hvordan opplever eldre helsen sin når de på grunn av alderdom og funksjonsfall har behov for hverdagsrehabilitering?»

1.4 Klinisk forankring i Praksis

I dette kapittelet vil jeg gjøre rede for klinisk forankring i praksis med fokus på begrepene eldre, hjemmesykepleie og rehabilitering.

1.4.1 Eldre og Hjemmesykepleie

Å ha et helhetlig menneskesyn der en erkjenner at det enkelte gamle mennesket er en sammensatt helhet som består av en biofysiologisk, psykisk, sosial og åndelig dimensjon er en forutsetning når man skal utøve sykepleie til gamle mennesker (Bondevik, 2006, s.124- 125). Tanken om aldring og alderdom melder seg ikke før man opplever at man ikke kan leve livet slik man er vant til og som vi ønsker å fortsette med. Årsaker til dette kan være at vi ikke kan gjøre ting så fort og uhemmet som før, når smerter, stivhet eller andre kroppslige plager, nedsatt syn eller hørsel og dårligere hukommelse erfares (Kirkevold, 2014, s. 23-24). Hjemmesykepleien møter eldre som på grunn av helsesvikt har behov for hjelp til å ivareta egenomsorgen sin (Fjørtoft, 2006, s. 63-67). Alder er ingen sykdom, men den påvirker helsetilstanden ved å kombinere normale aldersforandringer og sykdommer. Det er derfor vesentlig å finne ut om årsaken til funksjonssvikt hos den eldre er normal aldring eller sykdom. I følge Birkeland (2014, s. 21) er det overordnede målet innen hjemmesykepleie at pasienten skal mestre hverdagen i sitt eget hjem så lenge det er forsvarlig og ønskelig. Hjemmesykepleien som fagfelt og fagområde er i hovedsak dominert av omsorg, pasienter med kroniske, langvarige og/eller sammensatte lidelser og rehabilitering (Birkeland, 2014, s. 25). I følge Fjørtoft (2006, s. 204) er samhandling med brukeren grunnleggende i hjemmesykepleien. Uansett hva målet for samhandlingen er, handler det om relasjoner og kommunikasjon. Den gode samtalen i hjemmesykepleien er mellom en profesjonell fagperson og hjelpemottaker. Selv om vi er likeverdige personer har vi ulik kompetanse, og den profesjonelle fagpersonen har en kompetanse og maktposisjon ovenfor brukeren. Hjelperollen fører dermed med seg makt og ansvar. Gjennom samtalen kan en bli kjent og oppnå kontakt, og en god samtale kan oppleves som verdifull og stimulerende ved at brukeren blir sett og hørt, får delt tanker, følelser og livshistorien sin. Et viktig arbeidsområde innen hjemmesykepleien er å bistå brukeren med konkrete tiltak, men den gode samtalen er kanskje like viktig selv om den ikke står i vedtak eller det er satt av tid til den.

1.4.2 Rehabilitering som arbeidsmetode.

Både Fjørtoft (2006) og Birkeland (2012) viser til at rehabilitering er en sentral funksjon innen arbeidet til hjemmesykepleien, noe som innebærer en systematisk, planmessig og tverrfaglig innsats. Definisjonen på rehabilitering er:

(...) tidsavgrenkede, planlagte prosesser med klare mål og virkemidler, hvor flere aktører samarbeider som å gi nødvendig assistanse til brukerens egen innsats for å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse sosialt og i samfunnet (St.meld. nr. 21 (1998-1999)).

I følge Kjekken (2003) er rehabilitering et felt som er i kontinuerlig vekst og endring og er i dag et begrep som brukes om behandling og opptrening av et økende antall gruppe mennesker. Antall aktører som er involvert i rehabiliteringsprosessen er også økende, og det vokser frem nye tiltak og metoder. Parallelt med utviklingen innen rehabilitering har det skjedd en ideologisk dreining med økt fokus på brukermedvirkning. Rehabilitering er brukerens egen prosess med målsetning å gjenvinne, bevare eller utvikle funksjons- og mestringsevne for å oppnå størst mulig grad av selvstendighet og livskvalitet (Fjørtoft, 2006, s. 58-59). I følge en rapport utført av Først og Høverstad ANS i regi av Kommune sektorens organisasjon er det forskjell på hjemmerehabilitering og HR. Det benyttes ulike begreper i litteraturen og hos kommunene med til dels avvikende og dels overlappende innhold. Hjemmerehabilitering kan omfatte brukere med store oppfølgingsbehov mens HR vektlegger forebygging og tidlig intervensjon for å forhindre eller utsette omfattende pleiebehov (Først og Høverstad, 2014). HR er en innovativ måte å tenke på når man snakker om helse og omsorgstjenester (Tuntland og Ness, 2014), og omfattes av definisjonen i forskrift om habilitering og rehabilitering som nevnt over. Det finnes ulike modeller av HR- hvilket brukergrunnlag og kompetanse som finnes i kommunen, bosettingsmønster og nødvendig kulturendring organisatorisk og i hjemmetjenesten spiller inn på hvilken modell som egner seg best. Det grunnleggende menneskesynet bak HR er at mennesker ønsker å være mest mulig selvhjulpne og mestre sin hverdag i størst mulig grad selv. En går fra å spørre ”Hva er problemet du trenger hjelp til?” til ”Hva er viktige aktiviteter i ditt liv som du ønsker å mestre?” (Først og Høverstad, 2014)

1.5 Begrepsavklaring

Litteraturen bruker ulike begreper om mottaker av helsehjelp, jeg vil derfor her presentere en begrepsavklaring og vise til hva jeg bruker som bærende begrep i denne besvarelsen. I analysedelen bruker jeg begrepet deltager eller informant. Om mennesker som mottar hjelp av hjemmetjenesten, HR eller i tilfeller der innholdet kan generaliseres benytter jeg begrepet brukere. Når det skrives i omsorgsvitenskapelig perspektiv benyttes begrepet mennesker.

1.6 Oppgavens struktur.

Kappen er en utdypende redegjørelse for hvilken teori og metodologi som er brukt i studien. Oppgaven starter med å presentere teoretisk referanseramme med teori fra klinisk helse- og omsorgsvitenskap i kapittel 2. Det fokuseres på helse som ontologisk kjernebegrep og den ontologiske helsemodellen i lys av Katie Erikssons tenkning. Kapittel 3 presenterer den kvalitative metoden som valgt forskningsmetode, med bakgrunn, gjennomføring og metodediskusjon. Artikkelen er skrevet i henhold til Tidsskrift for Omsorgsforskning gjeldende retningslinjer. Det valgte tidsskriftet bidrar til forskningsformidling og kompetanseheving i omsorgssektoren, og fremstår som et bindeledd mellom forskningssektoren og praktikerne der målet er å bidra til videreutvikling av omsorgsforskning i Norge. Tidsskriftet henvender seg til alle relevante fag- og forskningsmiljøer og yrkesgrupper innen kommunens helse- og omsorgstjeneste, forskningsmiljøer og studenter på høyskuler og universiteter, offentlige myndigheter og beslutningstakere (Tidsskrift for omsorgsforskning, 2018). I kapittel 4 presenteres en kortfattet versjon av funnene som i kapittel 5 drøftes i lys av omsorgsvitenskapelig teori og tidligere forskning. Oppgaven avsluttes med en konklusjon i kapittel 6.

2 TEORETISK RAMME

Dette kapitlet starter med omsorgsvitenskapelig forankring før sentrale begrep blir presentert.

2.1 Omsorgsvitenskapelig forankring

Klinisk helse og omsorgsvitenskap som akademisk disiplin er en ”ren” humanvitenskapelig orientert vitenskap der det overordnede målet er å danne idealer for omsorg, bringe idealene mot virkeligheten for så å bringe virkeligheten mot idealene (Eriksson og Lindström, 2003, s. 3). Vitenskapelige spørsmål fremkommer av ethos, ontologi, epistemologi, logikk og metodologi. Grunnmotivet innen klinisk helse og omsorgsvitenskap er ethos- og handler om den etiske innvirkningen på klinisk forskning som helhet. De ontologiske antagelsene som ligger til grunn for omsorgsvitenskapen er at mennesket ses på som en flerdimensjonal enhet av kropp, sjel og ånd (Asp og Fagerberg, 2012, s. 68).

2.1.1 Helse.

Helse er et ontologisk kjernebegrep og handler om det enkelte menneskets vorden og virkelighet (Eriksson, 1995a, s. 52). Gjennom de siste århundrene har det vært ulike definisjoner på begrepet helse- fra et humanvitenskapelig og holistisk syn til et naturvitenskapelig syn der helse ses på som fravær av sykdom (Wärnå-Furu, 2012, s. 199). Den biomedisinske tradisjonen definerer helse som en ressurs og styrke, der helse er å være i likevekt eller i form. I følge Eriksson (1995b, s. 7) løftes helsebegrepet og dets ulike definisjoner til et mer helhetlig, flerdimensjonalt og totalt helsesyn fordi helse kan relateres til flere andre begreper. I et omsorgsvitenskapelig perspektiv kan helse forstås i relasjon til livet og hvilken livssituasjon mennesket befinner seg i (Wärnå- Furu, 2012, s. 201). Helse finnes i mennesket som aktivt og bevisst har mulighet til å påvirke helsen sin gjennom de helsevalgene som tas, og uttrykkes gjennom følelser, holdninger, handlinger og prestasjoner. Ulike omsorgsteorier og omsorgsmodeller gir ulike beskrivelser av hvordan vi kan forstå helse som begrep. Helse kan forstås som tilpasning, livsprosess, normaltilstand eller som en tilvekst- og utviklingsprosess. I følge Nyström (2014) er helse og lidelse følgesvenner i etthverts menneskes

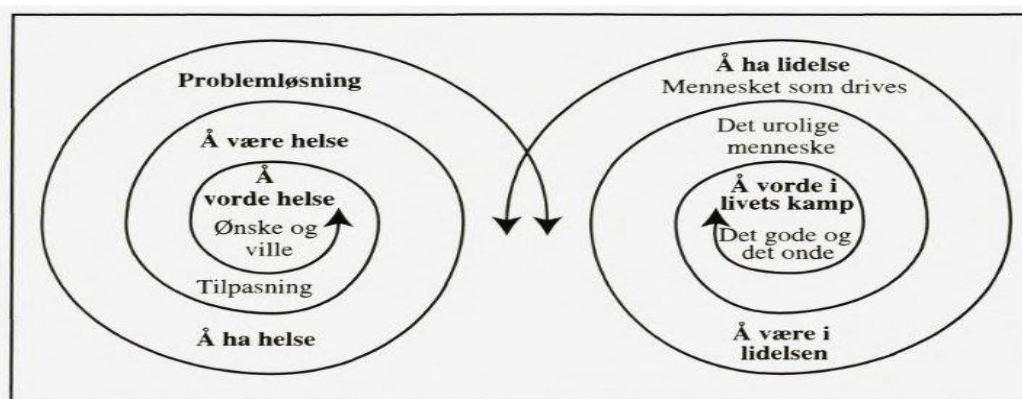
liv, og er der uavhengig av mennesket selv. Menneskets holdning til helse og lidelse varierer under livets gang og de omstendigheter livet fører med seg. Helse og lidelse har med selve vilkårene for å leve å gjøre. Det er ikke mulig å skille mellom helse, lidelse og liv, de er evige og tidløse. For å forstå helsebegrepet har man lenge sett på motsatser mellom helse og lidelse. Lidelse har større relasjon til sykdom og nød enn til helse. Forskning viser derimot at mennesket blir oppmerksomme på helsen sin når de opplever uhelse og sykdom. Nyström skriver at Gadamer mener at det er først når mennesket blir sykt hun blir oppmerksom på hva hun savner. Det virker som om helsen viser seg i forbindelse med sykdom (2014). Eriksson (2009 i Nyström, 2014, s. 14)) fører helse sammen med lidelse. Hun antyder at det heller er lidelsens forbindelse med sykdom som minner mennesket på helsen- ikke sykdommen i seg selv.

2.1.2 Den Ontologiske Helsemodellen.

I den ontologiske helsemodellen synliggjøres helsens dypere dimensjoner, der helse i dypeste mening fremstår som selve oppstarten og kan relateres til selve meningen med livet (Wärnå-Furu, 2012, s. 203). Det er helsens ontologi som er den virkelige helsen, og befinner seg under ulike måter å oppføre seg på i helse. Gjennom den ontologiske helsemodellen kan sykepleier eller omsorgsgiver oppdage, forstå og synliggjøre for pasienten hvordan helse viser seg hos pasienten (Wärnå-Furu, 2012, s. 211). Helse kan defineres som en tilblivelsesprosess, 'et vardande', som en rørelse i søken etter en dypere enhet og helligdom som tar menneskets lengsel etter verdighet og søken til å bli ett med seg selv som et helt menneske fremtrer. Mennesket kan oppnå 'vardande' ved å ta i bruk sine indre helseressurser . Ved å samtale om helsens indre dimensjon kan spørsmål om meningen med livet komme frem i samtalen og får frem en etisk dimensjon av helsesamtalen.

I følge Katie Eriksson betyr helse både begrepsmessig og historisk helhet og det å være 'hellig' (1995a, 58-60). Hellighet er hele skapningen med kropp, sjel og ånd som man ikke kan dele opp, de er uadskillelige. Helse i sin dypeste forstand blir hel i sin forening med lidelsen. De utfyller hverandre ved å være en naturlig del av det å være menneske. Eriksson skriver at helse er forenlig med utholdelig lidelse, og stiller et åpent spørsmål om det forholder seg slik under alle omstendigheter.

Helse i dypeste forstand er et ontologisk begrep som handler om enkeltmenneskets vorden og virkelighet. Den ontologiske helsemodellen tar utgangspunkt i menneskets vorden og mot en dypere enhet som er integrert i menneskers liv. Modellen ser på helse som en bevegelse mellom tre ulike nivåer: helse som *å gjøre* helse som *å være* og helse som *vorden*.



Figur 1 Den ontologiske helsemodellen: Helsens og lidelsens nivåer (Eriksson, 1995a, s. 60).

Bevegelsen i den ontologiske helsemodellen kommer til uttrykk i menneskets opplevelse av ulike problemer, behov eller begjær. *Å gjøre* ses på som et handlingsnivå der helse dømmes ut fra ytre og objektive kriterier. *Å være* ses på eksistensnivå, der en forsøker å komme til en form for balanse og harmoni. På *vorden*-nivået er ikke mennesket fremmed for lidelsen men søker en forsoning med livets omstendigheter for å bli hel på et dypere integrasjonsnivå (Eriksson, 1995a).

2.1.3 Livskraft

I følge Nyström (2014, s.17) er livskraft en helseressurs med et iboende helsepotensiale. Livskraft beskrives som helsens kjernesubstans og essens i omsorgsvitenskapelig perspektiv, og viser seg som energi, styrke, viljekraft og utholdenhet (Fagerström, 2012, s. 395). Når man ser på livskraft i et mangdimensjonelt og ontologisk perspektiv er livskraft den indre dimensjonen av helse (Nyström, 2014, s. 17). Eriksson viser til at sammenhengen mellom lidelse og lyst har betydning for hvordan vi ser på helse og sykdom og sammenhengen mellom lidelse og helse. Det er gjennom

lyst og lidelse et menneske får drivkraft til å utvikle seg til den personen livet gjør det til. Videre mener Eriksson at lidelse og lyst kan sammenlignes med dyd- det er en kamp som fremmer livslyst og utvikling (Eriksson, 1995a, s. 23). I forbindelse med den ontologiske helsemodellen har mennesket en indre lengsel, tørste og hunger som leder henne til å finne kilden til sine innerste behov og begjær. Dersom kilden til den indre kraften finnes som tillit til noen eller noe, har hun funnet sitt arkimediske punkt- livskraften. I følge Fagerström (2012, s. 395) har den ontologiske helsemodellen en klar kobling til menneskets åndlige og transcendentale dimensjon. I følge Nyström (2014, s. 19) innebærer helse som rørelse menneskets streben etter å forbedre sitt potensiale og er integrert i menneskets konstante utvikling og vekst. Når man som menneske er i utvikling eller strekker seg mot å bli et bedre menneske befinner man seg i en rørelse, uavhengig av tid og rom. Denne rørelsen er alltid en streben mot fornyelse. Lassenius og Severinsson (2014, s. 13-14) mener at lidelsen er en uunngåelig del av i utøvelsen av omsorg, med bakgrunn i at den menneskelige eksistensen aldri er uten smerte. Dette kommer særlig til uttrykk når uhelse og sykdom trer inn i livet.

2.1.4 Forsoning

Forsoning er et omsorgsvitenskapelig grunnbegrep og nært knyttet til begrepene helse og lidelse og mennesket som «bærer» av forsoningen. Forsoning kan beskrives som å akseptere seg selv, eller selv-aksepsjon (Gustafsson, 2012, s. 473-474). Å ha helse innebærer at mennesket har forsonet seg med lidelsen, og denne muligheten finnes hos alle mennesker. Den omsorgsvitenskapelige forståelsen av forsoning som begrep er at det handler om mennesket selv og den forsoningen som skjer innvendig. Når mennesket står ovenfor vanskelige livssituasjoner kommer spørsmålet, og kanskje vanskelighetene om forsoning frem. Derfor er forsoning aktuell innen alle typer omsorgshandlinger. For at vårdandnet skal støtte pasienten og dens helseprosesser er det viktig at omsorgsgiver har forståelse for forsoningsprosessen og stiller seg åpen for at alle menneskers forsoningsprosess er unik. Forsoning gjenoppretter menneskets helse og legger opp til nye muligheter. Forsoning kan forstås som å finne seg i at lidelse er en del av livet, og dermed forenlig med helse hos mennesker i forsoningsprosessen. Forsoning kan tolkes som renselse, eller å skjære gjennom skyld og skam, for å muliggjøre forsoning med lidelsen. Omsorgsgiver kan støtte og hjelpe pasienten i forsoningsprosessen, men ikke gjøre det for ham.

2.2 Tidligere forskning

I dette kapittelet presenteres først tidligere forskning om hverdagsrehabilitering. Deretter presenteres omsorgsvitenskapelig forskning. For å finne forskning om hverdagsrehabilitering anvendes databasen CINAHL og frisøk i Google Scholar. Søk i SveMed på søkeordet ”hverdagsrehabilitering” gav fem treff. Av disse var en av interesse. Litteratursøk i databasen CINAHL og PubMed er gjort for å finne omsorgsvitenskapelig forskning. Pensumlitteratur og annen faglitteratur som var relevant for mitt tema er hentet fra biblioteket ved Høgskolen på Vestlandet campus Rommetveit og Campus Haugesund, Oria og internett. Søkemotoren Google og Google Scholar er brukt. Norsk Lovdata er brukt for å få et innblikk i hva lovverket sier om temaet. Jeg har også søkt manuelt i anerkjente tidsskriv.

Basert på hva Tuntlant og Ness (2014) og Førland og Skumnes (2016) skriver om tidligere forskning på hverdagsrehabilitering har jeg valgt å bruke samme hovedsøkeord. I Norden brukes hverdagsrehabilitering, vardagsrehabilitering, hjemmerehabilitering og hemrehabilitering. Disse er oversatt til engelskspråklige ord: Reablement, Home-care re-ablement, Home care rehabilitation, Restorative (Home) care, Restorative rehabilitation. I april 2018 gjorde jeg et nytt søk og tok med Home rehabilitation og fikk 81 treff i Cinahl hvor åtte av disse så ut til å ha relevans for oppgaven. Ved nærmere gjennomgang av artiklene valgte jeg å ekskludere dem på grunn av annen intervensjon enn det som kjennetegner hverdagsrehabilitering, eller reablement på det engelske språk. Jeg kombinerte disse søkene med AND brukeropplevelser/OR erfaringer på norsk. Engelskspråklig kombinerte jeg søkene med AND participation/ OR experiences. Jeg har brukt systematisk søk, men fant flest brukbare artikler på manuelt søk. Manuelt søk i Idunn resulterte i 16 treff på nordiske artikler. Ved nærmere gjennomgang var to av disse relevante for denne studien. Jeg valgte artiklene på bakgrunn av deres relevans for tema og problemstilling.

2.2.1 Hverdagsrehabilitering.

Senter for omsorgsforskning i Bergen har gjort en multisenterstudie med følgeevaluering av implementering av HR i 43 norske kommuner (n=833) (Langeland, et al, 2016). Det er den største forskningsstudien om HR der flest kommuner er inkludert, både nasjonalt og internasjonalt. Studiens hovedformål var å få økt kunnskap hvilken effekt HR har for brukerne, hvilken effekt det har for kommune-økonomien og om noen modeller fremsto som mer hensiktsmessige enn andre for å nå målene. For denne studien er det særlig interessant å se på hvilken effekt HR har for deltagerne. Det var signifikante forskjeller mellom intervensjonsgruppen og kontrollgruppen på utførelse og tilfredshet av daglige aktiviteter etter ti uker og seks måneder. Ved tolv måneder var det mindre men fremdeles signifikant forskjell i favør av HR. Det var også signifikant forskjell i favør av HR gruppen innen fysisk funksjon (balanse, gange, reise/sette seg) og helserelatert livskvalitet (gange, personlig stell). Studien konkluderer med at HR har bedre effekt enn ordinære tjenester på utførelse av daglige aktiviteter, reise og sette seg, totalskår på fysisk funksjon og personlig stell etter tolv måneder. I følge Langeland et al (2016) vil det være behov for mer forskning når kommunene har HR som ordinær drift; både effektstudier og kvalitative studier om brukernes erfaringer og ansatte i ulike roller.

Tuntland, Aaslund, Espehaug, Førland og Kjeken (2015) har utført en randomisert kontrollert studie der 61 hjemmeboende eldre voksne med funksjonsnedsettelse deltok i studien. Intervensjonsgruppen (n=31) mottok et ti ukers multikomponert hverdagsrehabiliteringsprogram. Det resulterte i signifikant forbedring i HRs favør etter tre og ni måneder på COPM utøvelse og tilfredshet. Studien konkluderer med at et ti ukers HR program gir bedre resultater i utøvelse av aktivitet og langsiktig tilfredshet på hjelpetilbudet. Studien fant ikke signifikante gruppeforskjeller på COPM tilfredshet på tre måneder, fysisk kapasitet eller helserelatert livskvalitet. Det finnes lite kunnskap om HR, og at det er behov for mer forskning på hvilken klinisk og kostnadseffektiv effekt HR har for hjemmeboende eldre og for kommunene (Tuntland et al, 2015).

Hjelle, Tuntland, Førland og Alvsvåg (2016) påpeker at den aldrende befolkningen er økende på verdensbasis, og at det derfor er internasjonal interesse for hverdagsrehabilitering som intervensjon. De beskriver hverdagsrehabilitering som en tidlig, tidsavgrenset og hjemmebasert intervensjon som vektlegger en intensiv, målrettet og tverrfaglig rehabilitering for eldre som har behov for rehabilitering eller har risiko for funksjonsnedsettelse. Studien er kvalitativ og hensikten er å beskrive hvordan eldre opplever egen deltagelse i hverdagsrehabilitering. Åtte eldre voksne deltok i semistrukturerte intervjuer, med kvalitativ innholdsanalyse som forskningsdesign. Resultatet får frem fire hovedtema som står sentralt: Det er nødvendig å ha viljestyrke, å ha personlige ting og kjente i nærheten, hjemmetrenere er essensielle for meg og trening er fysisk øvelse, ikke hverdagsaktiviteter. Studien konkluderer med at det er de eldre voksnes egen forståelse av hvilke aktiviteter som er viktige for ham/henne i rehabiliteringsprosessen som er viktig å fokusere på for å lykkes med intervensjonen. Indre motivasjonsfaktorer som å være med å bestemme selv og å ta ansvar er drivkrefter for å nå egne mål i rehabiliteringsprosessen. En annen drivkraft og viktig ytre motivasjonsfaktor er det tverrfaglige samarbeidet med trenerne. Studien understreker viktigheten av å ha en forståelse av hvordan indre og ytre motivasjonsfaktorer påvirker rehabiliteringsprosessen for å optimalisere eldre voksnes aldringsprosess på en sunn måte. Hjemmebaserte tjenester bør følge opp deltagerne med et individuelt tilpasset oppfølgingsprogram for å opprettholde den fysiske funksjonen, det innebærer at nødvendige ressurser og midler må tildeles fra regjeringshold.

En engelsk kvalitativ studie av Wilde & Glendinning (2012) peker på at HR står høyt på den engelske helse-, sosial- og omsorgspolitiske agendaen. Intervensjonen kan hjelpe mennesker å gjenvinne evnen til egenomsorg og selvtilitt. Effekten av HR kan redusere hjelpebehov og være langsiktig kostnadsbesparende. HR beskrives som en kortsiktig, intensiv tjeneste som skal hjelpe mennesker å re-etablere sine evner og tillit til å ivareta sine personlige behov og egenomsorg i hjemmet- og på denne måten redusere behov for langsiktig hjelp. Semistrukturerte intervjuer av 34 deltagere og ti omsorgspersoner fra fem etablerte steder som driver HR i England.

Hjelle, Skutle, Førland og Alvsvåg (2016) har gjort en kvalitativ studie på hvordan integrerte tverrfaglig team opplever deltagelse i hverdagsrehabilitering. Studien resulterte i tre hovedtema,

der *eldres målsetning er avgjørende, en annerledes måte å tenke og handle på- en endring i arbeidskultur og et bedre rammeverk for samarbeid og anvendelse av faglig kompetanse og vurdering*. De tverrfaglige teamene samarbeidet med de eldre om å nå målsetningen for rehabiliteringsprosessen. Teamene støttet de eldre i utøvelse av aktiviteter i stedet for å utføre oppgavene for dem.

Birkeland, Langeland, Tuntland, Jacobsen og Førland (2018) har gjort en kvalitativ studie som en del av en følgeevalueringsstudie av 43 kommuner på oppdrag av Helsedirektoratet, ledet av Senter for omsorgsforskning, Vest (Langeland et al, 2016.) Studien hadde en åpen tilnærming med fokusgruppeintervju av ansatte som hadde daglig samarbeid (n=33). Ved å spørre om hva som er viktig for brukeren flyttes oppmerksomheten bort fra det som er skadet og mot hverdagsaktiviteter, hele livssituasjonen i hjemmet eller i nær tilknytning til hjemmet. Med bakgrunn i at brukerne fikk anledning til å fortelle hva som var viktig for dem dukket det opp sammensatte og dagligdage utfordringer der mange av brukerne hadde behov for veiledning og trening. Dette førte til at HR ble en form for helhetlig rehabilitering med fokus på hjemmesituasjonen.

Birkeland, Tuntland, Førland, Jakobsen og Langeland (2017) har i en kvalitativ studie sett på hvordan det norske tverrfaglige samarbeidet i hverdagsrehabiliteringsteamet fungerer. De har utført syv fokusgruppe intervju med 33 helsepersonell som arbeider i tverrfaglige rehabiliteringsteam over hele landet. Resultatene viser at *deltagernes egne mål er en felles tverrfaglig plattform, det er et positivt faglig samfunn, de lærer av hverandres ferdigheter og får nye roller og felles innsats, men mer spesifikk kompetanse*. Tverrfaglig samarbeid innen hverdagsrehabilitering avhenger av hvordan deltagerne definerer rehabiliteringsmålene sine. Det var viktig for de ulike profesjonene å følge deltagerens ønske om å nå egne mål og støtte deres deltakelse i rehabiliteringsprosessen, derfor aksepterte de at de måtte arbeide på tvers av profesjonene. De konkluderer med at det er positivt for det tverrfaglige samarbeidet at deltagerne av hverdagsrehabilitering setter sine egne mål men også hvor mange og hvilke profesjoner som er involvert i rehabiliteringsprosessen, hvor mye tid det er satt av til kommunikasjon og hvordan de fordeler planlegging og beslutningstaking underveis.

Jokstad, Landmark, Hauge og Skovdahl (2016) skriver at HR er tverrfaglig, målrettet og tidsbegrenset og skjer i brukerens hjem og nærmiljø. De understreker at det er begrenset kunnskap om Eldres opplevelser og erfaringer med HR. Hensikten var å beskrive og utforske eldre personers erfaringer med HR. Studien har et kvalitativt beskrivende design med en induktiv tilnærming. Fem individuelle semistrukturerte intervjuer ble analysert ved bruk av kvalitativ innholdsanalyse. Resultatene viser at selv om tro på egne muligheter og ressurser er begrenset i starten av rehabiliteringen er det mulig å starte en vellykket rehabiliteringsprosess. Når teamet stiller krav samtidig som det gir støtte styrkes brukerens tro på egne muligheter og ressurser. Resultatene peker mot viktigheten av et dynamisk samspill som bygger på balanse mellom krav og støtte. Dette bidrar til at brukerne kommer inn i en positiv spiral hvor de opplever mestring som fremmer rehabiliteringsprosessen. Studien konkluderer med at en personsentrert tilnærming inviterer brukeren til å formulere egne mål med utgangspunkt i spørsmålet: «Hva er viktig for deg?» Hverdagsrehabilitering utfordrer holdninger og tankesett hos brukere, personale og de tradisjonelle rammene for kommunehelsetjenesten.

Jeg tar med en masteroppgave innen HR:

Samuelson (2015) har i sin kvalitative studie intervjuet tre menn og to kvinner mellom 84 og 92 år og søkte deltagerens opplevelser med hverdagsrehabilitering mens det pågikk og i etterkant. Metoden var fenomenologisk hermeneutikk og analysen ble gjennomført etter Lindseth og Norbergs analysemetode. Resultatet viser tre hovedtema: 1) Ved oppstart av hverdagsrehabiliteringen: Ufullstendige målsetninger og manglende forankring i den Eldres liv 2) Underveis i hverdagsrehabiliteringen: En beskattet aktivitet i den Eldres hverdag. 3) Tiden etter hverdagsrehabilitering: Sviktende motivasjon og manglende oppfølging. Studien konkluderer med at HR bidro til struktur i hverdagen mens det pågikk. Informantene savnet fokus på deltakernes historie og livskvalitet, og denne manglende oppmerksomheten kom frem som en sentral faktor for de Eldres utbytte av HR.

For å bygge opp under kunnskapsgrunnlaget tar jeg med rapporter fra Norge, Danmark og England som sier noe om HR eller belyser mangelfull kunnskap om brukerens opplevelser med HR:

Førland og Skumsnes (2016) har gjennomført en kunnskapsoppdatering om HR som inkluderer 112 publikasjoner fra forsknings- og utviklingsarbeid og offentlige dokumenter som kan relateres til temaet. De fant fire tidligere forskningsarbeid på brukeres erfaringer med HR nasjonalt og internasjonalt og understreker at det er behov for mer forsknings – og erfaringskunnskap om HR.

Socialstyrelsen (2013b I: (Tuntland og Ness (2014, s. 174-175)) har gitt ut en kunnskapsoppsummering på hvilken evidens effekt av rehabilitering har for eldre som har nedsatt funksjonsevne. Det ble da ikke funnet noen fagfellevurderte vitenskapelige artikler som opprinnelig kom fra Skandinaviske land.

Hansen, Eskelinen, Rahbæk & Helles (2015) har på oppdrag fra Kora i Danmark gjort en studie i tre Danske kommuner som har holdt på med HR, blant annet om Eldres deltagelse i hverdagsrehabilitering og hvilke muligheter og utfordringer det gir. Studien viser at det er et gjennomgående mål i hverdagsrehabilitering å gjenopprette nedsatt funksjonsevne, dette betraktes som en generell motivasjonsfaktor, sammen med ønske om å kunne leve sitt liv uavhengig av hjelp fra andre til dagligdagse aktiviteter. Brukerne ønsker også å slippe å planlegge hverdagen sin ut fra når det kan komme folk å hjelpe dem. Eldre har et større ønske om uavhengighet når det gjelder personlig pleie enn for eksempel hjelp til rengjøring. Rapporten viser at Eldres egen vurdering av muligheten til å bli bedre og ha krefter er av betydning for deres tro på at de er i stand til å utføre dagligdagse gjøremål selv. Med utgangspunkt i tidligere undersøkelser lister forfatteren opp forhold som fremmer deltagelse: å ha et ønske om å gjenvinne tidligere ferdigheter og leve et liv uavhengig av hjelp fra andre, nedsatt funksjonsevne kommer av en plutselig hendelse, viljestyrke til å gjenvinne tidligere ferdigheter, at personen forstår formålet med HR og klarer å formulere egne mål som er tilpasset personens krefter og ønsker. Det er også fremmende for deltagelse at de ansatte i HR team viser innlevelse og har empati for den eldre og deres livssituasjon og klarer å skape en god menneskelig relasjon og tillit til den eldre. Forhold som hemmer deltagelse er manglende tro på egne krefter til å utføre daglige aktiviteter, fremskredet nedsatt funksjonsevne, den eldre har tilpasset seg å få hjelp eller at den eldre tror at nedsatt funksjonsevne kommer av høy alder. Det er også hemmende at formålet med HR er uklart for den eldre eller de har et ønske om å bruke krefter på sosiale og kulturelle aktiviteter fremfor husarbeid.

Cochrane et al (2013) har lagd en protokoll der de ser på effekten av hverdagsrehabilitering og sammenlignet det med vanlige pleie og omsorgstjenester og eldre som står på ”ventelister” fordi de på grunn av funksjonsnedsettelse trenger hjelp til å klare seg selv i dagligdagse aktiviteter. Bakgrunnen for protokollen er at forfatterne ønsker å gjøre en metaanalyse. Hverdagsrehabilitering reflekterer samarbeidet mellom eldre mennesker og de som utfører helsetjenester, og brukerdeltagelse ses i denne sammenheng som viktig. Hverdagsrehabilitering står i kontrast til hjemmetjenesten fordi den fokuserer på at eldre skal klare gjøremål selv i stedet for at hjemmetjenesten gjør dem for dem.

2.2.2 Omsorgsvitenskapelig forskning

Arman, Ranheim, Rydenlund, Rytterström og Rehnsfeldt (2015) har i sitt prosjekt samarbeidet om å finne ut av den nordiske omsorgsvitenskapens natur og essens. Resultatet presenterer en deskriptiv syntese for den nordiske omsorgsvitenskapelige tenkningen, der omsorgsvitenskap som humanistisk vitenskap er unik og har dype røtter i livet og menneskets eksistens. De konkluderer med at omsorgsvitenskap i Nordisk tradisjon er en autonom og humanvitenskapelig disiplin der spørsmål om liv og eksistens danner grunnlaget for helse og omsorg. Essensen innen omsorg starter med mennesket, og deres helse og lidelse er integrert. Pasienten som menneske er førsteprioritet, og pasienten verden viser veien for omsorg. Omsorgshandlinger inkluderer utvikling av bevissthet, å vise refleksjon over den enkelte pasientens individuelle situasjon fra en universell horisont. Den Nordiske tradisjonen innen omsorgsvitenskap har gjennom utvikling av teorier og konsepter utviklet seg mot en dypere forståelse av omsorgens kjerne og hvilket potensial det har for pasientens helse og velbefinnende og lindring av lidelse.

Levy-Malmberg, Eriksson og Lindholm (2008) har undersøkt hva teorien sier om caritas som er sentralt i Erikssons caritative omsorgsteori. Studien beskriver og analyserer hvilket grunnlag caritas har og representerer en ny forståelse av caritas som en grunnpilar i fremtidig teori. Resultatene gir en ny forståelse av caritas der omsorg er en etisk akt, og å ha en caritativ holdning er et sentralt motiv dypt knyttet til kjærlighet. Den nye forståelsen av caritas er at omsorg er en etisk handling, et sentralt motiv og kjernen i omsorgsteori og omsorgshandling. Det er signifikant at caritas fra ren

kjærlighet er forbundet til Gud og menneskelige holdninger og kan fungere som grunnlag innen fremtidig analyse og teori-bygging innen omsorgsvitenskap.

Omsorgsvitenskapelig forskning viser at egenomsorg må være mer enn råd, opplæring og trening for mennesker som har sammensatte lidelser. Veien til helse begynner der den lidende opplever hvordan det er å bli tatt vare på. Det er klinisk støtte for at en caritativ omsorgskultur vil hjelpe pasienter til deltagelse i medfølende forhold med seg selv og andre mennesker og danner grunnlaget for å vekke til livet en naturlig evne til egenomsorg (Arman og Hök, 2015).

Salmela, Fagerström og Eriksson (2007) har gjort en begrepsanalyse for å klargjøre og tydeliggjøre hva som er meningsbærende i begrepet forandring for å fordype forståelsen for menneskenes helseprosesser. Forandring i relasjon til helseprosessen innebærer at helsen stadig er i rørelse mellom dimensjonene i den ontologiske helsemodellen mot en helhetlig opplevelse av kropp, sjel og ånd. Forandring i den integrerte helseprosessen viser seg i forandring og endret tankemønster. Mennesket trenger en indre og ytre omstilling for å kunne forme livet og helsen sin og nå et høyere nivå av helse og en helhetlig helseopplevelse.

Venke Ueland (2013) har gjort en doktoravhandling om lengselens betydning for menneskets liv og helse. Hun har laget en teorimodell som kan bidra til å øke helsepersonells beredskap i møte med den lidende pasientens eksistensielle tanker i de hverdagslige pleierelasjoner, og setter fokus på lengsel for å gi innsikt i samspill og sammenhenger mellom lengsel og helse. Studien har et hermeneutisk eksplorativt design og et omsorgsvitenskapelig perspektiv [caring science¹], basert på hermeneutisk lesning av tekster av Augustin, Kierkegaard og fortolkning av forskningsintervju med ni kvinner som har vært rammet av kreft. Studien viser at lengsel synes å berøre selve kjernen i mennesket slik den utfolder seg og fremstår i livet, der det hellige i lengselen møter hjertets dypeste søken. Lengselen frigir kraft hos det lidende mennesket, og denne kraften omformer, fordyper og forsoner livet og lidelsen. Lengsel kan vise seg på ulike måter ut fra hvilket helsenivå

¹ Caring Science er utformet ved enheten for Vårdvetenskap, Åbo Akademi, Vasa i Sverige. I denne oppgaven benyttes den norske betegnelsen; omsorgsvitenskap om Caring Science.

i den ontologiske helsemodellen mennesket befinner seg på. På væren-nivået, som er den ontologiske helsemodellens andre nivå, trer dypere behov og lengsler frem. I det tredje nivået forsones selvet slik at mennesket kan leve i nuet og dermed oppfyller lengselen slik at de gjennom forsoningen kan møte lidelse og død. Mennesket som følger sin lengsel kan overskride egne grenser og fornyes idet en ontologisk sårbarhet oppstår, og dermed søke mot en åndelig virkelighet for å erfare det transcendent spranget.

Haugen, Moksnes og Løhre (2016) har i sin studie sett på sammenhengen mellom håp, selv-transcendens, mening og sykepleier- pasient forholdet opp mot livskvalitet hos sykehjemspasienter. Selv om sykehjemspasienter ikke er inkludert i studien min er det interessant å se på funnene i studien. Analysen viser at interpersonell selv-transcendens har en eksepsjonell posisjon opp mot livskvalitet. Meningsforholdet i interaksjonen mellom sykepleier og pasient viser at uavhengighet er signifikant i lys av livskvalitet. Studien konkluderer med at interpersonell transcendens, mening i livet og sykepleier- pasientforhold er kraftfulle helsefremmende faktorer med signifikant innflytelse på sykehjemspasientenes livskvalitet. Omsorgsgivere bør derfor mer kunnskap om helsefremmende interaksjoner.

Arman og Rehnsfeldt (2007) har i sin studie sett etter klinisk empiriske indikasjoner på hva som kjennetegner god etisk omsorg, og sett nærmere på hva som er idealistisk sykepleie i praksis. Studien har en hermeneutisk tilnærming med caritativ omsorgsteori og teori om etikk for å øke forståelsen av livet, med to sokratiske samtaler med sykepleiere og sykepleierstudenter, samt intervjuer med to tidligere pasienter. Resultatene viser at når omsorgsgivere gir det lille ekstra, føler pasienten seg sett fra et medmenneskelig perspektiv. ”Å gi det lille ekstra” har kraft til å bevare verdighet og få pasienten til å føle segverdsatt, noe som igjen gir håp. Å være vitne til velvillige handlinger som å gi det lille ekstra baner også vei for at pasienter og omsorgspersoner øker sin forståelse av livet.

3 METODE

I dette kapitlet beskrives den metodiske tilnærmingen som ligger til grunn for oppgaven og valgene som er tatt gjennom hele prosessen. Kapittelen starter med et teoretisk innblikk i kvalitativ metode basert på tenkningen til Kirsti Malterud, fenomenologi og hermenutikk som vitenskapsteori og bakgrunnen til hvorfor fenomenologi ble valgt som metodisk tilnærming. Videre beskrives innsamlingsstrategier, det kvalitative forskningsintervjuet, transkribering og analysen av datamaterialet trinn for trinn før kapitlet avsluttes med metodologisk drøfting.

3.1 Valg av forskningsmetode

Kvalitative metoder har økt forståelse som mål og skaper rom for forskning på felt som i utgangspunktet har et tynt kunnskapsgrunnlag. Spørsmålet som skal besvares er avgjørende for hvilken forskningsmetode som velges for å svare på problemstillingen (Malterud, 2013, s. 28-29). Hensikten med denne studien er å få økt kunnskap og forståelse av hvilken betydning hverdagsrehabilitering har for brukere og hvordan de opplever sin egen helse. Kvalitativ metode passer dermed godt til å svare på studiens problemstilling, da økt forståelse er målet. *Metode* som begrep betyr *veien til målet* (Kvale og Brinkmann, 2015, s. 215-219). I følge Malterud (2013, s. 26) bygger kvalitative metoder på teorier om menneskelig erfaring (fenomenologi) og fortolkning (hermeneutikk). Metoden har som mål å utforske meningsinnholdet i sosiale og kulturelle fenomener slik det oppleves for de involverte parter innenfor sin naturlige sammenheng. Kvalitative metoder kan bidra til å presentere et mangfold og nyanser, da en og samme virkelighet alltid kan beskrives ut fra ulike perspektiver. Studien har en induktiv tilnærming, der de empiriske dataene legger føringer nedenfra og opp for å finne svar (Malterud, 2013, s. 176). I følge Thommasen (2006, s. 47) tar en induktiv tilnærmelse utgangspunkt i det som sansene våre sier er sant.

3.2 Hermeneutisk og fenomenologisk vitenskapsteori

For å få en overordnet forståelsesramme om hermeneutikk og fenomenologi som tenkning og metode har jeg støttet meg til klinisk helse- og omsorgsvitenskapelig tenkning og Malteruds kvalitative metode i medisinsk forskning.

”Hermeneutikk” som betegnelse kommer fra det greske ”*hermeneuein*”, som betyr å tolke eller fortolke (Thommasen, 2006, s. 157). Hans Georg Gadamer er hermeneutikkens far, hans ide var å kartlegge vilkårene for forståelsen av mennesket. Han mente ontologisk og universell hermeneutikk er etisk i sin natur gjennom tilegnelsesmomentet der en griper inn i en praksis (1960, I: Eriksson og Lindström, 2003). Helse og omsorgsvitenskapelig tradisjon er forankret i hermeneutisk tenkning med et klart uttalt ethos og ontologi (Eriksson og Lindström, 2003). Ethos beskriver etikken innen helse og omsorgstradisjonen. Ontologien angir bestemmelser som tilskrives mennesket, eksempelvis helse, lidelse, omsorg, og verden. Hermeneutikk gir en dypere forståelse av vårdandets verden, og den virkelige virkeligheten av pasienten som det lidende menneskets’ verden. Lindström (2014, s. 33) skriver om omsorgsvitenskap og hermeneutikk i praksis og viser oss at ved hjelp av hermeneutikk oppnås en dypere forståelse av ”*vårdandets*” verden. Det er naturlig at den epistemologiske forankringen innen omsorgsvitenskapelig tradisjon finnes i hermeneutikken fordi den har et klart uttalt ethos og det er en bevegelse av ontologiske forestillinger. Kvalitative metoder tilhører en hermeneutisk erkjennelsestradisjon, som handler om tolkning av meninger i menneskelige uttrykk (Malterud, 2013, s. 44-45). Historisk sett startet den hermeneutiske tradisjonen med tolkning av bibeltekster, og er en eldre erkjennelsestradisjon enn den naturvitenskapelige som dagens medisinske tradisjon er bygget på. En hermeneutisk forståelse har gjennom årenes løp dannet grunnlaget for de humanistiske disiplinene, og det er utviklet et stort filosofisk felt der kunnskapsutvikling utdypes på et hermeneutisk grunnlag. Den som skal bruke kvalitative metoder trenger ikke nødvendigvis å fordype seg tungt i det filosofiske grunnlagsstoffet, men det kan bidra til at forskerens kunnskapsforståelse settes inn i en større sammenheng. Forsker skal erkjenne at forholdet til begrepet ”hermeneutisk” er tynt om dybdekunnskapen er mangelfull, og håndtere det med tilsvarende respekt. Det handler om å tolke menneskelig mening, og det er ikke tilstrekkelig å beskrive forskningsmetoden som en hermeneutisk metode da det sier lite om den spesifikke fremgangsmåten. Beskrivelse og tolkning går hånd i hånd, men det er mulig for

forskeren å vektlegge den ene dimensjonen mer enn den andre i datainnsamling og analysen av det kvalitative materialet. Dersom forskeren inntar en uttalt, tolkende posisjon, letes det etter meninger bak det empiriske materialet som for deltageren representerer en ubevisst forståelse. Det er avgjørende for resultatet hvordan forskeren stiller seg til sin forforståelse og den teoretiske referanserammen. Forskeren må ta stilling til mange utfordringer av etisk art, i analysen og formidling av resultatene. Ved å velge en uttalt, beskrivende holdning kan noen av disse problemene unngås. Intensjonen blir da å representere informantenes stemme så lojalt som overhodet mulig. Forsker må derfor sette sin forforståelse og teoretiske ramme til side for å unngå at dette spiller inn på analysen og resultatet. Den kunnskapen som informanten deler med forskeren i den gitte situasjonen i form av data og utsagn, aksepteres uten å stille spørsmål om det er sant eller riktig. En kan også møte på utfordringer ved å ha en beskrivende holdning som forsker, men disse utfordringene er av en annen karakter enn den tolkende posisjonen. Det nedlegges mye arbeid i å skape en tillitsfull ramme for utveksling av kunnskap og utvikling av data. Forsker må tåle ambivalens med bakgrunn i å kunne påvirke materialet, samtidig som en tilstreber å redusere denne innfytelsen. Når kunnskapen sammenfattes må en ta ansvar for at det utføres på en måte som er lojal ovenfor den enkelte deltagers uttrykk og erfaringer, samtidig har forskeren forpliktelse til sammenfatning og forståelse. Da kan forsker dra nytte av et fenomenologisk perspektiv.

”Fenomenologi” som betegnelse kommer fra det greske *phainomenon* og betyr fremtoning, det som viser seg eller kommer til syne og *logos*; som betyr lære. Filosofen Edmund Husserl (1859-1938) er grunnleggeren av den sentrale tankeretningen som i filosofiens verden betegnes som fenomenologi. Fenomenologi som begrep viser hvordan vi kan forstå sosiale fenomener ut fra menneskets egne perspektiver for å beskrive verden slik den oppleves for den enkelte informant (Kvale og Brinkmann, 2009, s. 45). Dette gjøres ut fra forståelsen av at den virkelige virkeligheten er den mennesker oppfatter. Objektivitet er et tegn på troskap ovenfor de undersøkte fenomenene innen fenomenologisk filosofi. Målet er å nå frem til en undersøkelse av essenser- fenomenenes vesen- ved å gå fra å beskrive enkeltfenomer til å søke etter deres allmenne vesen. Fenomenologi beskrives av Malterud som et omfattende felt innen filosofisk teori, og representerer en forståelsesform der menneskers erfaringer blir regnet som gyldig kunnskap (2013, s. 46). Forsker må ha bakgrunnskunnskap om den fagfilosofiske litteraturen for å bruke betegnelsen

”fenomenologisk” om tilnærmingen for prosjektet. Det er bedre å unngå å bruke betegnelsen om denne kunnskapen er fraværende. En forutsetning for å gjøre en tolkning som kan lede til ny kunnskap er å ha en fordomsfri beskrivelse. Det er særlig viktig i analysefasen at forsker erkjenner sitt tyngdepunkt mellom beskrivelse og tolkning. Det gir klarhet i hva som har stått sentralt for mønsterdannelsen og hjelper forsker med å overveie hva som har påvirket resultatene.

3.3 Fenomenologisk- hermeneutisk tilnærming som forskningsdesign

Det ble naturlig å velge en fenomenologisk- hermeneutisk tilnærming i denne studien for å nå målet om økt kunnskap og forståelse av deltagerens opplevelse av egen helse og hvilken betydning hverdagsrehabilitering har i livene deres. Jeg valgte å bruke individuelle, semistrukturerte intervju. Ved å velge kvalitativt forskningsintervju som metode søkes en forståelse av verden sett fra informantens ståsted og på denne måten skape mening og ny forståelse (Kvale og Brinkmann, 2015, s.20). I følge Malterud (2013, s. 129) innebærer samtaler mellom mennesker både informasjonsutveksling og sosial samhandling. Vi skaper den virkeligheten vi er en del av gjennom ordene. Konteksten rundt samtalen vil være en viktig ramme for kunnskapsutvikling når kvalitative data hentes gjennom samtale. Det er viktig å forstå hva som foregår mellom deltager og intervjuer, og hvilken betydning det har for tolkning og funn. Semistrukturerte intervjuer er betegnelsen for intervjuer med individuelle deltagere, også kalt dybdeintervjuer. Relasjonen mellom deltager og forsker og hvilken problemstilling prosjektet har er av betydning for hvor dypt samtalen går. Forsker lager en intervjuguide i stikkordsform i forkant av intervju, som et hjelpemiddel for å minne oss på hvilke tema vi ønsker å snakke om. Skal vi gjennomføre en samtale som kan bidra til å åpne opp for nye spørsmål angående problemstillingen eller få vite noe vi ikke visste om fra før, skal en ikke følge intervjuguiden slavisk eller for detaljert. Klarer vi å invitere deltageren til å dele erfaringene sine i form av konkrete hendelser som leder til en opplevd historie som betydde noe spesielt angående en konkret sak kan forsker sitte igjen med rik kunnskap.

3.4 Systematisk tekst kondensering

Ved å analysere kvalitative data kommer en frem til nye beskrivelser, nye begreper eller nye teoretiske modeller. I følge Kvale og Brinkman er formålet med analysen å avdekke meningen med spørsmålet, slik at man får frem de forutantakelsene som ligger bak. Dette utgjør den implisitte

opfatningen av kvalitativ forskning. Å analysere betyr at man deler noe opp i biter eller elementer (2015, s. 215-219). Systematisk tekstkondensering er pragmatisk for tematisk tverrgående analyse av kvalitative data, og er inspirert av Giorgi's fenomenologiske analyse og Grounded theory, men modifisert av Malterud (2017, s. 95-99). I følge Giorgi er formålet med den fenomenologiske analysen å utvikle kunnskap om informantens erfaring og livsverden innenfor et bestemt område (2009; I: Malterud, 2013, s. 97). Intervjuer søker å sette sin egen forforståelse i parentes i møte med data i søken etter hvilke essenser eller vesentlige kjennetegn ved fenomenet som studeres. Istedenfor å gå bredt ut i forkant av analysen med et stort antall temaer og koder bruker forsker et begrenset antall foreløpige temaer før disse videreutvikles til kodegrupper. Det er viktig å ha en iterativ og fleksibel analyseprosess, spesielt med tanke på at forskeren skal kunne åpne blikket for mønstre som ikke kom frem innledningsvis. Systematisk tekstkondensering har en spesifikk fremgangsmåte for kondensering og abstrahering av datamaterialet, derfor skiller den seg ut fra andre tverrgående analysemetoder. Den er utviklet med tanke på forskere som er nye innen hvordan analyseprosessen kan gjennomføres på en systematisk og overkommelig måte og kan brukes til analyse av ulike typer empiriske data og med ulik grad av teoretisk forankring. Hovedsaklig brukes teorien som en inspirasjon og bakgrunn for å bidra til å vise hvilket tolkningsfokus som prioriteres. Lillebeth Larun peker på viktigheten av analyselogg som virkemiddel for refleksitet når man gjør kvalitative studier. Gjennom analyseloggen dokumenterer man prosessen, fremgangsmåten, hvordan man kommer frem til funnene og tanker og refleksjoner man har underveis og i etterkant (2010). Studien vil bruke fenomenologi for å analysere dataene (Malterud, 2013, s. 96, Forskningsetiske retningslinjer, 2010). Malterud skriver at systematisk tekstkondensering deler fenomenologiens oppfatning av at subjektive erfaringer fra livsverden kan regnes som gyldig kunnskap, men fordyper seg ikke i livsverden som grunnleggende analyseperspektiv (2017, s.116). I følge Malterud er en fordomsfri beskrivelse en forutsetning når en skal gjøre en tolkning som skal lede frem til ny kunnskap. En forutsetning for å dele forskningsprosessen med andre er intersubjektivitet. Ved å bruke et fenomenologisk perspektiv deler jeg mine erfaringer av denne delen av verden i form av denne studien, og gjør den tilgjengelig for andre subjekter enn meg selv (Malterud, 2013, s. 82). Malterud viser til at kvalitativ forskningsmetode benyttes som virkemiddel når man ønsker å utvikle ny kunnskap om kvaliteter, egenskaper og karaktertrekk ved ulike

fenomener (2011, s. 82). Malterud (2017, s. 98-111) deler analysen inn i fire trinn som presenteres i kapittel 3.7.

3.5 Forskerens forforståelse

Min forforståelse bygger på utdannelsen min som sykepleier med etterutdanning innen rehabilitering. Interessen for HR som intervensjon i møte med eldre med funksjonsnedsettelse kom første året som ferdig utdannet sykepleier. Jeg arbeidet på et rehabiliteringssenter og verdsatte sterkt samarbeidet med andre profesjoner som fysio-og ergoterapeut i møte med pasienter som var på korttidsopphold. Fysio og ergoterapeutene fulgte disse opp videre når de kom hjem, og det var en fin flyt i oppfølgingen av pasientene med behov for rehabilitering eller som var på korttidsopphold. Da det ble tilbud om studie innen rehabilitering på Høgskulen Stord Haugesund meldte jeg meg på- og det var her HR ble nevnt og forelest om, selv om det i senere år har fått egen plass i studieprogrammet. Jeg har hatt møter med ressursgruppe innen HR, men ellers har jeg ikke bred erfaring innen emnet. Min forståelse av hvem omsorgsmottaker er bygger på teori, tidligere forskning og erfaringer jeg har fått underveis i karrieren som sykepleier. Møtet med dagens hjelpetrequende er ikke ensbetydende med at de er gamle og pleietrequende. Etter å ha deltatt i tverrfaglige diskusjonsforum med rom for refleksjon og ettertanke av hvordan HR og hjemmerehabilitering fungerer i praksis har jeg gjort meg opp noen tanker og refleksjoner av den omsorgstrengende. Det er ikke alltid alder eller alvorlighetsgrad av funksjonstap er av betydning, men hvordan en planlegger, legger opp til rehabiliteringsopplegg og ikke minst møter personen man skal hjelpe. Skaper man en god relasjon allerede fra første møtet kan det ha positiv ringvirkning på gjennomførelse og utfall av rehabiliteringsplanen. Tidligere forskning har fokus på hvilken kostnadseffektiv betydning HR for kommunene, og lite om hvordan brukerne selv opplever dette og hvilken nytteverdi de sitter igjen med. Sett i lys av omsorgsvitenskapen kan det tenkes at ulike sider av møtet med HR teamet kan gi omsorgsmottakeren andre opplevelser av relasjonell karakter. Man møter det andre mennesket i dens livsverden og har mulighet til å bidra til mestring av hverdagen ut fra hva som er viktig for enkeltmennesket.

3.6 Gjennomføring av studien

I dette kapittelet vil jeg beskrive studiens fremgangsmåte trinn for trinn.

3.6.1 Forskningsetikk

I følge forskningsetiske retningslinjer (2010) innebærer kvalitative studier fordypning i data der den enkelte deltaker bidrar med betydelige mengder informasjon. Det er viktig at forsker kjenner og forstår forskningsetiske prinsipper og regler (Malterud, 2013, s. 201). Som forsker vil jeg følge forskningsetiske prinsipper å opptre på en respektfull måte ovenfor informantene. Forskningsprosjektet baseres på en rettferdig utforming og utførelse. Jeg plikter å følge anerkjente normer og opptre på en ansvarlig, åpen og ærlig måte overfor deltagerne i studien, kommunene som har bidratt med informanter, utdanningsinstitusjon og offentlighet (etikkom, 2010). Masteroppgaven publiseres i samarbeid med Høgskulen på Vestlandet. Deltagere til studien er fra andre kommuner, det er ikke tatt med sitat fra enkeltpersoner for bedre ivaretagelse av deltagerens anonymitet i publiseringen og for best mulig ivaretagelse av personvern.

3.6.2 Formelle etisk krav

Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste AS godkjente studien 24.10. 2016 (Ref.: 50280/3 /BGH, vedlegg 2). Regional Etisk Komité, REK-vest vurderte studien ikke søknadspliktig 07.02.2017 da studien er en evaluering av helsetjenesten og faller utenfor virkeområdet til helseforskningsloven (ref:2017/230, vedlegg 3). Rekruttering av informanter følger det generelle forskningsetiske prinsippet om frivillig deltagelse basert på et informert samtykke som beskrevet i Helsinkideklarasjonen (Forskningsetiske retningslinjer, 2010). Kommuner som driver med HR ble kontaktet via telefon og de kommunene som ønsket å delta fikk et informasjonsskriv om studien. To kommuner ønsket å delta av seks spurte. Fire av kommunene var ikke kommet skikkelig i gang med HR enda og ønsket ikke å delta i studien. Utvalget har demografiske forskjeller og størrelser i areal og har derfor ulike modeller som tilbud til sine innbyggere/brukere. Informantene i en kommune brukte ikke ordet hverdagsrehabilitering men hjemmerehabilitering- derfor endret jeg ordet i informasjonsskrivet slik at informantene skulle kjenne seg igjen i temaet for intervjuet. Brukere som ønsker å delta i studien fikk en forenklet versjon av informasjonsskrivet sammen med forespørsel om deltagelse og skjema med informert samtykke. Informantene ble informert om at de når som helst kan velge å trekke seg fra studien i dette skrivet og ble informert på nytt i det første møtet. Hjemmerehabilitering- og hverdagsrehabiliteringsteamene i deltagende kommuner var behjelpelige med utdeling av informasjonsskriv til sine brukere. Det er søkt om forlengelse av

studien hos NSD den 22.01.2018. NSD svarte med bekreftelse på endring den 25.01. 2018, og registrert ny dato for prosjektslutt 01.07. 2018 med bakgrunn i at prosjektopplegget er uendret.

3.6.3 Utvalg

Det var ønskelig å ha fire til seks informanter som deltok i studien. Dette ble bestemt sammen med veileder. Inklusjons- og eksklusjonskriterier er presentert i tabell 2 sammen med presentasjon av utvalget. I følge Malterud er utvalget avgjørende for hvordan problemstillingen kan belyses (2011, s. 63). Innen kvalitativ forskningsmetode søkes et strategisk utvalg for å belyse problemstillingen som tas opp best mulig. Forskeren kan styrke den interne validiteten ved å gjøre et godt teoretisk forarbeid og trinnvis analyse. I følge Malterud (2011, s. 55) vil empiriske data være kilden til svar på spørsmålene som utgår av problemstillingen, og utvalget vil være med på å bestemme hva det er grunnlag for å si noe om uavhengig om målet med studien er utvikling av beskrivelser, begreper eller teoretiske modeller. Videre skal de være overførbare til flere sammenhenger. Et viktig kriterium for overførbarhet av funnene er at de kan gi innsikt i en annen sammenheng enn der de opprinnelig ble hentet fra. Den kvalitative forskeren må være årvåken for utvalgets egenart og betydningen dette har for overførbarhet av kunnskapen som utvikles. Utvalget består av hjemmeboende eldre som har funksjonsnedsettelse og har behov for hjelp fra kommunen/ er kandidat for hverdagsrehabilitering. Kommunene kontaktes og får et informasjonsskriv om studiens formål og hensikt og en forespørsel om passende informanter blant sine brukere (vedlegg 4)

Tabell 2: Inklusjons- og eksklusjonskriterer og oversikt over utvalg (N=5)

| INKLUSJONSKRITERIER | | | | EKSKLUSJONSKRITERIER |
|--|--------|--------------------|---------------------------------------|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • hjemmeboende eldre som oppfyller kravene til hverdagsrehabilitering • påbegynt eller nylig avsluttet rehabiliteringsprosess | | | | Personer som ikke har potensiale for rehabilitering (langtkomne degenerative sykdommer, terminalt syke personer med demens) |
| UTVALG | KJØNN | ALDER | DIAGNOSE | REHABILITERING |
| Informant 1 | Kvinne | 83 år | Helvetesild, slag | Hjemmerehabilitering, avsluttet. |
| Informant 2 | Kvinne | 62 år | Amputert fot, protese | Hjemmerehabilitering, avsluttet. |
| Informant 3 | Kvinne | 73 år | Lårhalsbrudd | Hverdagsrehabilitering, pågående 4. uke. |
| Informant 4 | Mann | Pensjonist < 63 år | Lårhalsbrudd | Hverdagsrehabilitering, pågående 3. uke. |
| Informant 5 | Mann | 74 år | Hjerneblødning/funksjonsfall over tid | Hverdagsrehabilitering, pågående 3. uke. |

Kontakt med utvalget blir opprettet i samarbeid med kommunen, der utvalget oppfordres til å ta kontakt med u.t. på telefon eller gi beskjed til kommunen om at de har ønske om å delta slik at u.t. kan kontakte dem via telefoni og avtale videre tid og sted for møte. I starten var det vanskelig å rekruttere informanter, og det virket som om HR ikke var så implementert i kommunene som antatt. Etter en god stund og ny rekrutteringsrunde fikk jeg tak i to informanter, men disse hadde hjemmerehabilitering. Jeg valgte å inkludere dem i studien, da prinsippene er mye like HRs prinsipper. Etter disse intervjuene ble det en ny runde med rekruttering. Jeg endret demografisk område for studien, og måtte gjennom ny søkeprosess til en kommune (Vedlegg 5) der HR var godt implementert med egne kommunale HR-team som hjalp meg med å dele ut

informasjonsskriv for rekruttering av informanter. Her meldte det seg tre nye informanter fortløpende i mai 2017.

3.6.4 Innhenting av informert samtykke

Det er en forutsetning med informert samtykke for all forskning som omfatter mennesker og det kreves skriftlig forhåndssamtykke fra informanten ved lydopptak av autentiske situasjoner med pasienter (Malterud, 2013, s.70). Kommunens representanter for HR hjalp meg med å dele ut en forenklet versjon av informasjonsskriv sammen med informert samtykke (Vedlegg 6). Når jeg møtte informantene hadde jeg med et eget eksemplar av informasjonsskrivet og skriftlig informert samtykke. Jeg gikk gjennom skjemaet og forklarte at deltagelse i studien er frivillig og anonym, ingen personopplysninger deles og at de når som helst kan velge å trekke seg fra studien. Samtlige skrev under på skriftlig informert samtykke.

3.6.5 Forberedelse til intervju

I forkant av intervjuene leste jeg om hvordan møte informantene og hvordan forberede seg til intervjusituasjonen (Kvale og Brinkmann, 2015). Jeg forhåndstestet båndopptakere og graderte meg med mobilt opptak i tillegg i tilfelle noe skulle gå galt med båndopptakeren. Nye batterier ble kjøpt inn og jeg tok med ekstra i tilfelle det var behov for det og for å unngå at jeg sto uten mulighet til å ta opp intervjuet. Jeg kjøpte inn forfriskning og noe lett å bite i. Første intervjuet var båndopptakeren stilt inn på 25 min slik at jeg ikke fikk med hele intervjuet på diktafonen. Jeg fikk dermed erfare viktigheten av å ha ekstra opptak av intervjuet på mobil enhet. Etter denne opplevelsen fikk jeg hjelp av IKT ved HVL Stord til å formatere båndopptakeren slik at det ikke var tids innstilling på lengden på intervjuet.

3.6.6 Det første møtet- gjennomføring av intervjuet.

Det første møtet med informantene var veldig ulikt fra person til person. Noen likte veldig godt å snakke og fortelle om egen opplevelse av HR, mens andre ikke helt visst hva de skulle si, og jeg var redd for å forme ordene deres til noe jeg ønsket å ha i oppgaven. Felles for alle møtene var at jeg representerte meg og takket for at de ville bidra i studien min. Deretter fant jeg frem

forfriskninger og vi snakket litt løst for å skape en tillitsfull relasjon. Informantene hadde fått utlevert skjema for skriftlig samtykke sammen med informasjonsskrivet men jeg hadde med ekstra skjema i tilfelle de ikke hadde dem ferdig utfylt. Jeg gikk gjennom det som sto i informasjonsskrivet og samtykkeerklæringen i tilfelle de hadde noen ubesvarte spørsmål og for å avklare at deltagelse i studien er basert på frivillig deltagelse og alle personopplysninger anonymiseres og behandles konfidensielt. Før intervjuet presiserte jeg at de når som helst kan trekke seg fra studien.

3.6.7 Transkribering.

Etter at alle informantene var intervjuet transkriberte jeg første og andre intervju i to forskjellige dokument og skrev disse ut. Analysen av intervju en gikk fint, men intervju to var på 50 transkriberte sider og det var vanskelig å lage struktur i analysen. Dette førte til at motivasjonen dalte, og jeg følte jeg gikk meg vill i jungelen av meningsbærende enheter, særlig i forhold til å ha fokus på helsebegrepet i problemstillingen. Når alle intervjuene var transkribert satt jeg igjen med 114 transkriberte sider. Erfaringene jeg fikk av å transkribere to intervjuer fortløpende gjorde at jeg endret taktikk, og måtte jobbe litt inn og ut av intervjuene og bevege meg mellom de ulike delene. Analysen av intervju tre, fire og fem var gjort på et par dager, men jeg satt igjen med tanker og refleksjoner om strukturen var bra nok. Jeg merket at jeg hadde en annen holdning i forhold til å beskrive tema etter hvordan personene jeg intervjuet var og hvilken hverdagskompetanse de gav uttrykk for å sitte inne med.

3.7 Analysen trinn for trinn

Systematisk tekstkonsensering er brukt for å analysere datamaterialet (Malterud, 2017, s. 97-99). Målet med analysen er å utvikle kunnskap om hvilken betydning HR har for brukerens helseopplevelse, den har derfor en induktiv og iterativ tilnærming. Malterud mener at det er godt tegn på kreativ og iterativ analyse at de foreløpige temaene videreutvikler temaene fra intervjuguiden (2017, s. 100). I følgende avsnitt vil jeg vise hvordan jeg som forsker har gått frem i analysearbeidet trinn for trinn. Jeg prøvde å frigjøre meg fra tanker ved å gjøre noe helt annet i forkant og skrive ned de tankene jeg satt med på notatblokken før første lesing eller lagde tankekart

på whiteboard. I analyseprosessen er det skrevet analyselogg som hjelpemiddel og for å dokumentere prosessen, fremgangsmåten og hvilke funn som dukket opp.

3.7.1 Å danne seg et helhetsinntrykk

Som Malterud beskriver startet jeg første trinn i analysearbeidet med å bearbeide rådata fra intervjuene til tekstsikrevne sider. Hensikten med det første analysetrinnet er å bli kjent med materialitet. Intervjuene ble lyttet til en siste gang før de ble lest i et fugleperspektiv for å få et helhetsbilde og mest mulig nærhet til deltagerens stemmer. Jeg hadde problemstillingen nedskrevet foran meg, mens forforståelsen, tidligere forskning og teoretisk ramme ble satt i midlertidig parentes så godt det lot seg gjøre. Jeg leste intervjuet en gang til, denne gangen gjorde jeg notater i marginen når noe intuitivt fanget oppmerksomheten min. Deretter skrev jeg alle temaene ned på notatblokk og endte opp med sju av 29 foreløpige tema som jeg sammenlignet med tema fra intervjuguiden for å se om de var videreutviklet (tabell 3). Noen av temaene kan relateres til hverandre mens andre ikke. Denne prosessen gjentok jeg på de andre intervjuene.

Tabell 3: Presentasjon av foreløpige tema sammenlignet med tema fra intervjuguiden

| Foreløpige tema | Intervjuguiden |
|------------------------------------|----------------------------------|
| lengsel (etter det som var) | Deltagelse |
| Savn: kunne hjelp andre | Positiv/negativ opplevelse |
| Tap av funksjoner | Ivaretagelse av personlige behov |
| Sosialt samvær | Sosialt nettverk/støtte |
| Selvhjelpenhet | Opplevelse av egen helse |
| Langtidsjukdom | |
| Setter pris på samvær med familie- | |

3.7.2 Å finne meningsbærende enheter

Analyseprosessens andre trinn har som hensikt å organisere datamaterialet som skal studeres nærmere. De foreløpige temaene ble utviklet fra temaer til koder. Jeg satte meningsbærende utsagn fra transkripsjonen over i en tabell og lagde kunstige sitat i form av ”jeg” setninger, som om informaten skulle sagt det selv. Hele datamaterialet var på 114 tekstsikrevne sider, og det var vanskelig og tidkrevende å systematisere dette alene. Eksempelvis satt jeg igjen med 29 koder etter

gjennomgang av det første intervjuet. Deretter gikk jeg tilbake til de foreløpige temaene og såg på hva som kunne slås sammen for å gå tilbake til teksten og ta ut relevante utsagn som var kunnskapsbærende for de foreløpige temaene. Disse skulle systematiseres gjennom koding-systematisk dekontekstualisering- ved å identifisere og sortere alle meningsbærende enheter i teksten. Fem koder var et overkommelig antall kodegrupper, Malterud viser til at en kan utvide nyanser underveis i prosessen ved å gå to skritt frem og tre tilbake. Når alle meningsbærende enheter fra de fem intervjuene var tatt ut satt jeg igjen med 42 sider transkribert tekst systematisert som vist i tabell 4.

Tabell 4: Eksempel på systematisk dekontekstualisering og systematisering av tema.

| UTSAGN INTERVJU 1 | KONDENSAT | ABSTRAKSJON | TEMA |
|---|--|---|---|
| «De lærer meg å gjøre sjøl. Sånne ting som er godt for meg. Som eg kan gjøre sjøl når eg har gjort det noen ganger» | Når jeg har gjort det trenerne lærer meg noen ganger, klarer jeg meg etter hvert selv. | Trenerne er en ressurs til å ivareta funksjoner. Å klare seg selv. | Selvhjulenhet Hverdagsmestring |

3.7.3 Kondensering av teksten

På analysens tredje trinn abstraheres den sorterte informasjonen fra andre trinn ved å identifisere og kode de meningsbærende enhetene som henger sammen. Jeg gikk mye frem og tilbake mellom de ulike trinnene underveis i prosessen, til slutt klippet jeg ut og sortere alle meningsbærende enhetene jeg satt med. Grunnen til det var at de fem intervjuene hadde ulike foreløpige tema, og koder, og det var lettere å finne likheter mellom de foreløpige analysene for til slutt å sitte igjen med tre til fem kodegrupper av meningsbærende enheter som fortalte noe nytt om hvilken betydning HR har for brukernes opplevelse av egen helse. Subgrupper som kunne belyse problemstillingen ble tatt med videre og kategorisert i kategorier som sa noe om problemstillingen. Fremdeles måtte jeg gå frem og tilbake mellom de ulike trinnene, og endre på hvilke grupper som gav mening til hvilke kategorier. Det ble skrevet en sammenhengende tekst i form av kondensat som illustrerte helheten av de meningsbærende enhetene under hver subgruppe, og lagt gull- sitat for å illustrere det abstraherte innholdet fra tekstene.

3.7.4 Syntese

Analysens fjerde trinn skal bitene settes sammen igjen, og rekontekstualiseres. Det ble skrevet analytiske tekster i tredje- person for hver av subgruppene med utgangspunkt i de kondenserte tekstene og gull-sitatene for å gjenfortelle hva datamaterialet sier om problemstillingen. De analytiske tekstene bærer med seg essensen fra samtlige deltagere og presenterer funnene av analysen. Når jeg såg nærmere på subgruppene og kategoriene fant jeg ut at det var tre hovedtema som presenterte funnene, som presentert i tabell 5.

Tabell 5: Hovedtema med katerogi og subgrupper

| SUBGRUPPE | KATEGORI | HOVEDTEMA |
|--|-------------------------------------|---|
| Skam Aksept Livsholdning og livskraft | <i>Livskraft</i> | <i>Å forsone seg med sykdom og alderdom</i> |
| Målsetning og ny kunnskap Treneren Treningsopplegget | <i>Opplevelse av Hverdagsrehab.</i> | <i>Å ha framtidshåp</i> |
| Å klare seg selv Å være trygg Å få rett hjelp Å være takknemlig | <i>Å klare seg selv</i> | <i>Å være fri</i> |

3.8 Metode diskusjon

Jeg vil i dette kapittelet se på sterke og svake sider ved valgt metode og kritisk vurdere forskningsprosessen.

3.8.1 Refleksivitet og Relevans

Som forsker må en følge visse grunnbetingelser for vitenskapelig kunnskap. Malterud (2013, s. 17) sammenfatter disse som refleksivitet, relevans og validitet. Refleksivitet omhandler forskerens forutsetninger og tolkningsrammer. Min forforståelse som sykepleier viser at jeg ikke har arbeidet direkte med HR, dette kan styrke studien og bidra til at forforståelsen lettere settes til side å ha et åpent sinn med plass for tvil, ettertanke og uventede konklusjoner. Relevans handler om hva kunnskapen brukes til. Det var lite forskning på eldres helseopplevelse i lys av HR, og studien kan derfor gi en betydelig kunnskapsøkning til praksisfeltet.

3.8.2 Validitet og reliabilitet

Validitet handler om i hvilken grad en metode undersøker det den er ment å undersøke (Kvale og Brinkmann, 2015, s. 276). Metoden som er valgt representerer en relevant vei til kunnskap som kan belyse problemstillingen, og validering skal klargjøre hvilke muligheter og begrensninger den gir. Ved å stille spørsmål om relevans gjennom alle ledd i forskningsprosessen kan forsker åpne opp for viktige overveielser om gyldighet. Ved at forskeren har et kritisk syn på sine fortolkninger, uttrykkes perspektivene om fenomenet på en begripelig måte.

Reliabilitet handler om forskningsresultatenes konsistens og om de er utført på en troverdig måte (Kvale og Brinkmann, 2015, s. 276). Som uerfaren forsker har jeg prøvd å gjøre en detaljert beskrivelse av forskningsprosessen i dette kapitlet der jeg trinnvis har forklart hvordan jeg har gått frem og hvordan jeg har tenkt på de forskjellige stadiene i forskningsprosessen. Jeg har satt meg grundig inn i metodelitteratur og tilstrebet å følge de anbefalinger som er satt for å sikre studiens kvalitet. Jevnlige diskusjoner med veileder om forskningsprosessen og hvilket ståsted jeg har hatt har redusert min påvirkningskraft som forsker. Dersom studiens resultater vurderes som pålitelige, kan en stille spørsmål om resultatene kan overføres til andre brukergrupper og situasjoner, eller om det var snakk om «lokal» interesse (Kvale og Brinkmann, 2015, s. 289). I denne studien er det fem deltagere fra to ulike kommuner med ulik størrelse og befolkningsvekst. Funnene om deltagerens positive opplevelser med treningen og treneren bekreftes av tidligere forskning, og funnene i denne studien viser at trenerne har stor betydning for deltagerens eksistensielle helse med tanke på deres opplevelse av god helse og et godt liv.

3.8.3 Metodens relevans for studien

Hensikten med studien er ny kunnskap og forståelse til dagens begrensede kunnskap ved å beskrive og utforske eldres opplevelser med hverdagsrehabilitering. Kvalitativ metode ble valgt fordi den har økt forståelse som mål, og egner seg til å studere eldres helseopplevelse som fenomen. Metoden passer godt til å svare på studiens problemstilling, da økt forståelse er målet. Malterud skriver at

spørsmål om relevans kan stilles gjennom alle ledd i den kvalitative forskningsprosessen og åpne for viktige refleksjoner angående studiens gyldighet (2013, s. 181). Som forsker opplever jeg metoden som relevant. I metodekapitlet har jeg tilstrebet å dokumentere hele forskningsprosessen for å dokumentere valgene som er gjort og gjøre det lettere for leseren å følge prosessen. I forkant av intervjuene prøvde jeg å sette forforståelsen som sykepleier til side, og forholdt meg til intervjuguiden som var utarbeidet med oppfølgingsspørsmål for å unngå å stille ledende spørsmål. En svakhet ved studien er at det var HR team som rekrutterte informanter. De kan ha hatt en underliggende intensjon om å velge brukere de hadde lyktes med. I kommunen som hadde hjemmehabilitering som intervensjon valgte de bevisst ut fem potensielle informanter fra deres egen vurdering av hvem de antok klarte å gjennomføre et intervju. De hadde også innvendinger til lengden på intervjuene, og ønsket at jeg skulle endre intervjutiden i informasjonsskrivet fra 1,5 time fra jeg kom til jeg gikk til 30 -45 min. Dette skapte også forventninger til meg som forsker i møte med deltagerne. Det første intervjuet varte i 30 minutt mens det andre intervjuet varte i 90 minutt. Det kan ha vært en svakhet at jeg som forsker ikke hadde forventet å få et intervju med varighet på 90 min. Derimot styrket denne erfaringen meg til de neste intervjuene. En annen kommune delte først ut informasjon om studiet til halvparten av teamets brukere etter avtale med forsker, og det var ikke behov for å dele ut flere da ønsket mengde informanter var rekruttert. En deltager hadde ektefelle til stede under intervjuet. Ektefellens tilstedeværelse kan ha påvirket hva deltageren valgte å fortelle til forsker, selv om jeg opplevde at deltageren brukte vedkommende for å berike sider av fortellinger deltageren hadde vansker med å huske og gjenfortelle. Derfor kan ektefellens tilstedeværelse vært både en styrke og en svakhet ved studiet. Det er en styrke ved studien at eldre får fortelle om sine egne opplevelser med HR, da det er lite forskning på dette fenomenet.

4 RESULTATER

Studiens resultater presenteres i artikkelen som er vedlagt (Vedlegg 1) men her kommer en kort presentasjon av funnene. Som det fremkommer i tabell 5 framhevet resultatene av analysen tre hovedtema basert på ti subgrupper.

4.1 Kort presentasjon av artikkelens funn.

Det første temaet er *å forson seg med sykdom og aldersom* og kom fram av deltagerens opplevelser av skam som følge av at de ikke klarte seg like bra som før sykdom og alderdom. Det var vanskelig å akseptere at en hadde forandret seg, men det var viktig å bli bra igjen. Deltagerne ville komme seg videre i livet, derfor var det viktig å akseptere funksjonsnedsettelsen og skammen de bar på. Flere av deltagerne fortalte at de ikke kunne gjøre noe med at de var rammet av sykdom og alderdom, og dermed måtte godta at helsen opplevdes dårligere. HR har ført til at deltagerne følte seg tryggere, både under treningsopplegget og i tiden etterpå. Denne tryggheten gjorde det lettere å akseptere funksjonsnedsettelsen, fordi flere etter hvert klarte å gjøre hverdagsaktiviteter selv. Deltagerne i studien fremsto med en positiv livsholdning, noe som antagelig fikk positive konsekvenser for utbyttet de fikk av HR. Det var viktig å trene for å beholde helsen, og ville bli bedre til tross for sykdom og alderdom. Her bidro HR med øvelser som styrket fysikken slik at det var lettere å gå i trapper og bevege seg. At deltagerne klarte seg bedre på grunn av HR førte til vekking av livskraften deres. Flere snakket om hvordan livskraften hang sammen med deres opplevelse av fysiske krefter. De var bevisste på at livskraft kom fra dem selv gjennom positive handlinger og tanker.

Det andre temaet *å ha framtidshåp* handler om deltagerens opplevelse av å få håp om framtiden fordi treneren hjalp dem å sette seg mål som var viktige for dem, gav dem ny kunnskap som hjalp dem til å bli uavhengige, hjalp dem å gjennomføre treningsopplegget. Deltagerne hadde innsikt i at de måtte være flinke selv og bruke det de hadde lært av HR, og det gav dem tro på framtiden. Å få spørsmålet: "Hva vil du? Hva er viktige aktiviteter for deg?" var betydningsfullt for samtlige deltagere, og treneren utmerket seg spesielt sammen med at treningsopplegget ble tilpasset deres behov. De ble glade og motiverte av å vite at treneren kom til fast tidspunkt hver dag, og de satte pris på kommunikasjonen og at de kunne snakke om noe annet enn sykdom.

Å være fri beskriver hvor viktig det er for deltagerne å bo lengst mulig i eget hjem. Studien viser at det er viktig å klare seg selv, og gjøre hverdagsaktiviteter som oppleves meningsfulle. Selv om det tok på kreftene så følte det godt å klare å gjennomføre noe selv. Flere hadde funnet andre måter å utføre hverdagsaktiviteter eller personlig pleie på. Det var delte meninger om hvordan det

opplevdes å få hjelp av andre. Samtlige opplevde trygghet som følge av HR, og å være trygg gikk på tvers av flere av temaene i analysen. Det å få rett hjelp har stor innvirkning på livet, og deltagerne opplevde å få rett hjelp når de fikk tilbud om HR. Deltagerne var takknemlige for hjelp fra familie, hjemmetjenesten og HR fordi de hjalp dem til det de ville aller mest: å bo lengst mulig i eget hjem.

4.2 Deltagernes totalinntrykk og anbefalinger til andre

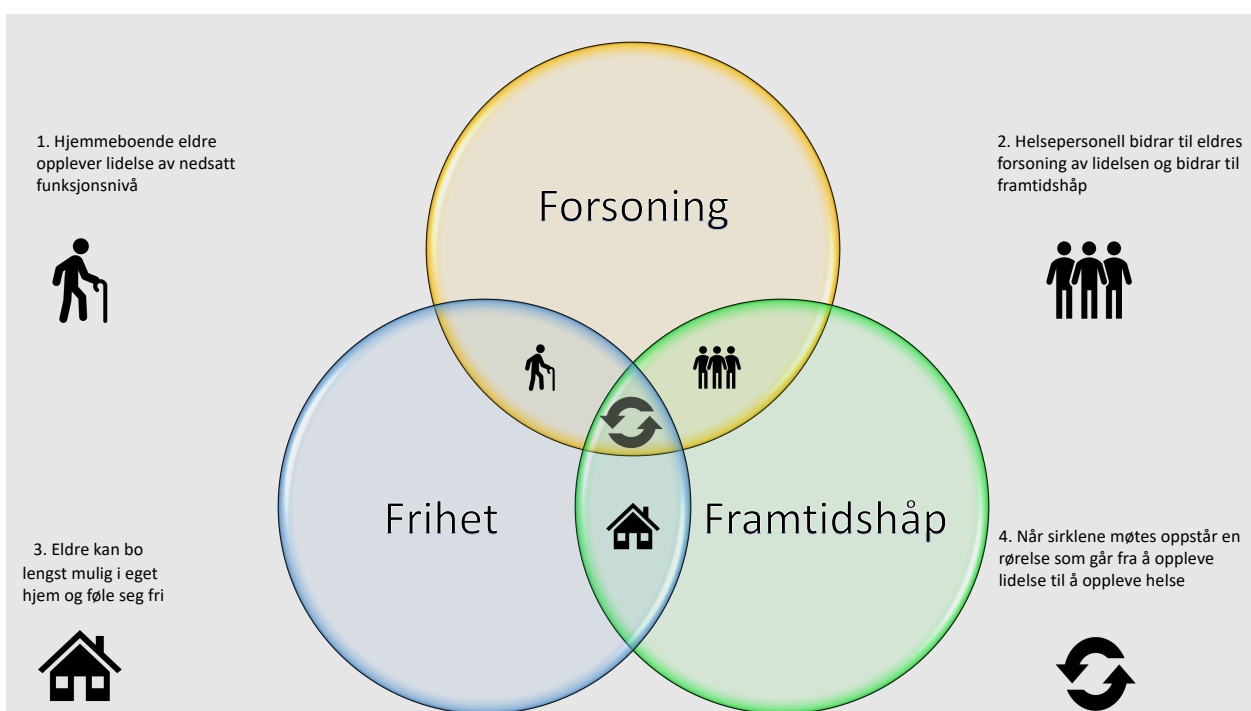
Som avslutning i intervjuguiden stilte jeg spørsmål om hvilket totalinntrykk deltageren satt igjen med, og om de hadde noen anbefalinger, råd eller advarsler til andre kommuner eller mennesker som har behov for HR. Fire av informantene gav utfyllende svar på denne delen av intervjuet, mens en deltager var sliten og ønsket å avslutte. Samtlige deltakere var veldig fornøyde med HR. En av deltagerne visste ikke hvilket totalinntrykk hun satt igjen med, for hun var ikke vant til å feile noe og måtte vente til hun var på bena igjen før hun visste om HR hadde gjort noe med helsen. En annen deltager anbefalte andre å komme seg opp, det er altfor mange som blir sittende i en stol. En tredje deltager likte måten de tok opp HR når teamet kom på hjemmebesøk. De spurte: «Har du noe du vil vi skal gjøre for deg? Er det noe vi skal satse på?» Deltageren svarte på disse spørsmålene, og slik ble det. Deltageren mente det var lite gagn i at det er de som skal hjelpe som bestemmer hva som skal gjøres, og trodde ikke at det var det som hjalp når en skulle bli bedre. Det beste var å få bestemme selv, og få velge selv. Det var da de fant ut hvilke personlige behov som trengte å dekkes. Alle deltagerne syntes HR var verdt å satse på og at det var et godt tilbud. Det var bra at de ble «tvunget» inn i et system der det var rutine å trene. En deltager fortalte at han ble mer motivert av HR, og fikk mer ut av det enn om han skulle gjort det alene. En annen deltager mente at de rette personene måtte være på plass i HR teamet, og administrasjonen måtte være bra. At treningsprogrammet tilpasses hver enkelt var alle enige om var bra. Som råd til andre kommuner som vurderte HR anbefalte deltagerne å satse, for de måtte tjene på å få mindre folk på sykehjem. Til andre mennesker som hadde behov for HR var det ikke tvil: Deltagerne anbefalte det til andre mennesker som har behov for HR. De må stå på og tenke positivt! Selv om HR ikke er medisin i den forstand, så kan det hjelpe på sikt.

5 DISKUSJON

I dette kapitlet utdypes helhetsfortolkningen av funnene som er presentert i artikkelen og diskuteres i lys av omsorgsvitenskapelig teori og tidligere forskning. Den ontologiske helsemodellen er diskutert i artikkelen og får mindre oppmerksomhet i dette kapitlet.

5.1 Helhetsfortolkning av funn

Som beskrevet i artikkelen oppsummerer hovedtemaene essensen i analysen, og har ført til en relasjonsmodell over ansatte i HR sin betydning for eldres helseopplevelse. Da funnene kan ha overførbarhet til praksisfelt der helsepersonell møter eldre med funksjonsnedsettelse velger jeg å bruke begrepet helsepersonell i presentasjon av Relasjonsmodellen (figur 2). Studien viser at helsepersonell har betydning for eldres helseopplevelse når sykdom og alderdom oppstår i livet og skaper lidelse. Den forklarer hvordan hjemmeboende eldre er i en rørelse mellom å ha lidelse og være avhengige av hjelp, til å ha framtidshåp i form av hjelp og støtte av helsepersonell til å klare seg selv og bo lengst mulig i eget hjem.



Figur 2: Modell over helsepersonells betydning for Eldres helseopplevelse når sykdom og alderdom oppstår i livet og skaper lidelse. Modellen viser vei til hvordan hjemmeboende eldre beveger seg fra uhelse til helse med hjelp og støtte fra ansatte i hverdagsrehabiliteringsteam.

Funnene får meg til å undre. Hva er det som fører til at HR har så stor betydning for livene til hjemmeboende eldre? Teorien viser at hjelperollen fører med seg makt og ansvar (Fjørtoft, 2006, s. 204). Studien til Birkeland et al (2017) indikerer at deltageres egne mål er en felles tverrfaglig platform, og det tverrfaglige samarbeidet avhenger av hvordan deltagerne definerer rehabiliteringsmålene sine. De ansatte opplever et positivt faglig samfunn der de lærer av hverandres spisskompetanse og får nye roller ved å arbeide mot en felles innsats. Dette gir også mer spesifikk kompetanse. Kan det tenkes at dette spiller inn på hvordan det tverrfaglige teamet opptrer overfor deltagerne? Funnene i studien min viser at deltagerne var gjennomgående fornøyde med trenerne, og ingen av dem fortalte om episoder der de følte HR teamet misbrakte makten sin. Tvert imot var de glade for at det tverrfaglige teamet delte sin kunnskap og kompetanse med dem slik at de under rehabiliteringsprosessen klarte seg bedre selv. Dette støttes opp av forskning som viser at det tverrfaglige samarbeidet deltageren har med trenerne er en ytre motivasjonsfaktor og drivkraft for å nå egne mål i rehabiliteringsprosessen (Hjelle et al, 2016). Ansatte i hverdagsrehabiliteringsteam opplever at deltageres målsetning er avgjørende og nøkkelen til en vellykket rehabiliteringsprosess (Hjelle et al, 2016). Denne slutningen velger jeg fra funnene i denne studien også, med bakgrunn i deltageres fortellinger om hvor viktig det er å få bestemme selv hva som er viktig for dem.

5.2 Resultatene sett i et omsorgsvitenskapelig perspektiv.

Temaet *Å forsones seg med sykdom og alderdom* kan tilføre ny forståelse om hvilken betydning HR har for Eldres opplevelse av helse etter funksjonsnedsettelse. Det å bli eldre betyr noe for hvordan deltagerne opplevde helsen sin, og at noen andre var der og bekreftet at de kunne bli bedre fra funksjonsfallet hadde positiv innvirkning på livsholdning og livskraft slik at det var lettere å forsones seg med livssituasjonen og gå videre i livet.

Temaet *Å ha framtidshåp* sier noe om hvordan HR gir framtidshåp for deltagerne. Det å sette egne mål for rehabiliteringen sammen med ny kunnskap fra trenerne gav dem håp og tro på at det var

mulig å bli bedre slik at de kunne klare seg selv. I denne studien handlet det om å lære å leve livet på nytt, noe som førte til håp om det alle deltagerne ønsket mest, å bo hjemme lengst mulig.

Temaet *Å være fri* handler om hva som var viktig for deltagerne for at de skulle klare seg lengst mulig i eget hjem. I studien kom det fram at det var viktig å klare seg selv, å være trygg og få hjelp til de rette tingene, noe samtlige var taknemmlige for.

Helse er et ontologisk kjernebegrep, og handler om det enkelte menneskets vorden og virkelighet (Eriksson, 1995a, s. 52). Funnene viser at når deltagerne opplevde tap av funksjoner, opplevde de samtidig at helsen deres ble dårligere. Kan dette tolkes som deltagernes eksistensielle sannhet der og da? Omsorgsvitenskapelig teori viser at helse kan forstås i relasjon til livet og hvilken livssituasjon mennesket befinner seg i (Wärnå-Furu, 2012, s. 201). Mennesket har mulighet til å påvirke helsen sin gjennom de helsevalgene som tas, og uttrykker helse gjennom følelser, holdninger, handlinger og prestasjoner. Når deltagerne i studien fikk hjelp av HR til å starte med rehabilitering, hadde de i forkant følt på en ontologisk sårbarhet i form av nedsatt funksjon. Det handler om at den menneskelige eksistens brister i møte lidelsen. Gadamer mener at det først er når mennesket blir sykt hun blir oppmerksom på hva hun savner, derfor virker det som helsen viser seg i forbindelse med sykdom (Nyström, 2014, s.14). Deltagernes fortellinger viser at det var vanskelig i starten, fordi de trengte hjelp til hverdagsaktiviteter de har klart selv. Det kan tolkes som at det var når de ble rammet av lidelse de merket at de savnet helsen sin, i form av å klare ting uten å få hjelp, smerter, ubehag eller mobiliseringsvansker. Det eksistensielle planet til deltagerne var i ubalanse som følge av funksjonsnedsettelsen, og det rørte ved deltagernes opplevelse av helse som kropp, sjel og ånd. Noen av deltagerne snakket om den åndelige balansen og at den egentlig henger sammen med alt. Når lidelsen gjør at deltagerne savner helse, har de behov for forandring, mot bedre helse. Hva gjør dette med deltagerne og deres grunnvilkår for å leve? Forskning viser at helsepersonell kan øke sin beredskap i møte med den lidende pasientens hverdagslige pleierelasjoner, ved å se på lengselens betydning og hvordan den spiller inn i sammenhenger mellom lengsel og helse. Salmela et al (2007) mener mennesket trenger en indre og ytre omstilling for å kunne forme livet sitt og helsen slik at de når et høyere nivå av helse og en helhetlig helseopplevelse. Studien min viser at HR bidrar til at deltageren får en ytre omstilling i form av trening og ny kunnskap, slik at de kan oppnå bedre helse. Dersom de i tillegg fokuserer på

deltagernes indre omstilling, kan HR bidra til at deltagerne beveger seg mot en helhetlig helseopplevelse og framtidshåp.

5.2.1 Å forsonne seg med alderdom og sykdom

Temaet *Å forsonne seg med sykdom og alderdom* kom frem av fire subtema. Skam, aksept, livsholdning og livskraft er essensen i deltageres fortellinger om hvordan de opplever helsen sin når alderdom og funksjonsfall er en del av livssituasjonen. Teorien viser at forsoning er nært knyttet til begrepene helse og lidelse, der mennesket er ”bærer” av forsoningen (Gustafsson, 2012). Videre beskrives forsoning som å akseptere seg selv, mens å ha helse innebærer at mennesket har forsonet seg med lidelsen. I studien min kommer det frem at HR kan bidra på en betydelig måte i deltageres forsoningsprosess. Flere av deltagerne syntes det var vanskelig å forholde seg til at nedsatt funksjonsnivå var synlig for andre, men for å komme seg videre i livet måtte de akseptere skammen de bar på. Teorien viser at forsoning er et omsorgsvitenskapelig grunnbegrep og nært knyttet til begrepene helse og lidelse og mennesket som «bærer» av forsoningen (Gustafsson, 2012, s. 473-474). Selv om det er vanskelig å akseptere at helsen oppleves dårligere, hjelper det å få bekreftelse av andre på at det var greit å for eksempel hvile for å ha nok krefter til det som oppleves meningsfullt i hverdagen. Forsoning gjenoppretter menneskets helse og legger opp til nye muligheter. For å klare dette må en ha krefter til å klare å gå gjennom en endring. Livskraft beskrives som helsens kjernesubstans, og viser seg som energi, styrke, viljekraft og utholdenhet (Nyström, 2014). Disse egenskapene blir styrket av HR. Deltagerne hadde viljekraft til å komme seg ut av lidelsen, fordi de ville ha en bedre helseopplevelse. Forsoning kan tolkes som renselse, eller å skjære gjennom skyld og skam, for å muliggjøre forsoning med lidelsen. Hva er det som rører ved menneskets eksistensielle side under forsoning med lidelse? Forskning viser at en indre drivkraft på eldres deltagelse er å nå egne mål i rehabiliterings prosessen (Hjelle et al, 2016). Forsoning kan forstås som å finne seg i at lidelse er en del av livet, og dermed forenlig med helse hos mennesker i forsoningsprosessen. Funnene i denne studien peker også i retning mot at målsetning er av stor betydning for deltagerne. Det er viktig å ha noe å tro på i det øyeblikket helsen ikke fungerer som den skal, og å ha tro på at helsen kan bli bedre gir livskraft.

5.2.2 Å ha framtidshåp

Temaet å ha framtidshåp kom frem av tre subgrupper: *Målsetning og ny kunnskap, treneren og treningsopplegget*. Deltagerne fortalte at å sette personlige mål med utgangspunkt i aktiviteter som var viktige for dem bidro til framtidshåp sammen med ny kunnskap de fikk fra HR teamet for å bedre funksjonsfallet og helsen.

Teorien viser at helse kan forstås i relasjon til livet, og finnes i mennesket som aktivt og bevisst har mulighet til å påvirke helsen sin gjennom de helsevalg som tas. Helse uttrykkes gjennom følelser, holdninger, handlinger og prestasjoner (Wärnå-Furu, 2012, s. 201). Dette beskriver deltagerne gjennom deres fortellinger om hvordan de opplever helsen sin. Ved å sette seg nye mål som er personlige og handler om meningsfulle hverdagsaktiviteter, uttrykker de at de vil forandre på det som er skadet og gå gjennom en fornyelsesprosess mot bedre helse. Men har dette noe med framtidshåp å gjøre? Deltagerene har en holdning som viser at de er klar over at de må bidra selv og bruke den nye kunnskapen de fikk av treneren for å oppnå bedre helse. De viser gjennom sine helsevalg, holdninger, handlinger og prestasjoner at de vil bli bedre, de strekker seg mot noe som er frem i tid. Dette støttes opp av i forskning om HR, som viser at eldres egen vurdering av hvilken mulighet de har til å bli bedre og ha krefter har betydning for deres tro på at de er i stand til å utføre dagligdagse gjøremål selv (Hansen et al, 2015).

Funnene i studien viser at deltagerne hadde positive opplevelser og erfaringer med treneren. Men hva med dem som ikke har tro på at de kan bli bedre, men kommunen likevel legger opp til et forløp med HR? Selv om funnene i studien viser at HR bidrar til framtidshåp, er det ikke sikkert at det gjør det for alle eldre med funksjonsnedsettelse. Det handler om i hvilken grad den eldre har evne til egenomsorg og kraft til å se fremover og komme seg ut av lidelsen. I følge Arman og Hök (2015) er egenomsorg mer enn råd, opplæring og trening for mennesker med sammensatte lidelser, og veien til helse starter der den lidende opplever hvordan det er å bli tatt vare på. Levy-Malmberg, Eriksson og Lindström (2008) peker på at omsorg er en etisk handling og sentralt motiv innen omsorgsteori og omsorgshandling. Her kan de ansatte i rehabiliteringsteamet bidra med hjelp og støtte for å bekrefte ovenfor deltageren at de kan bli bedre i framtiden for å styrke deres framtidshåp. En caritativ omsorgskultur hjelper mennesket til deltagelse i medfølende forhold med

seg selv og andre mennesker, og kan vekke til live en naturlig evne til egenomsorg (Arman og Hök, 2015). Ut fra den omsorgsvitenskapelige forskningen kan faktisk ansatte i HR øke forståelsen av livet og bruke en caritativ omsorgskultur i møte med de eldre for å hjelpe og støtte dem til å ha tro på framtiden. Det handler om å gjøre det lille ekstra for å bidra til at brukeren får kraft til å bevare verdighet og føler seg verdsatt fordi det gir håp og hjelper brukeren til også øke sin forståelse av livet. Funnene viser at alle deltagerne var glade for å få HR, og det var betydingsfullt for deres opplevelse av helsen å få spørsmålet ”Hva vil du? Hva er viktige aktiviteter for deg?”. Dette gjorde at de opplevde at treningsopplegget bli tilpasset deres behov og dermed fikk bedre nytte av det. Dette støttes opp om av forskning på HR (Hjelle et al, 2016, Jokstad et al, 2016, Birkeland et al, 2017).

5.2.3 Å være fri

Temaet *Å være fri* er kommet av subgruppene *å klare seg selv, å være trygg, å få rett hjelp og å være takknemlig*. Det var viktig for samtlige deltagere å bo lengst mulig i eget hjem, og være uavhengig av hjelp i den grad det lot seg gjøre. At de var trygge og fikk rett hjelp førte til at de var takknemlige ovenfor ansatte i hverdagsrehabilitering, hjemmetjenesten eller pårørende.

Teorien viser at mennesker ønsker å være mest mulig selvhjulpne, og mestre sin hverdag i størst mulig grad selv (Fürst og Høverstad, 2014). Dette er også det grunnleggende menneskesynet bak HR. Samtlige deltagere var inne på at det var viktig for dem å klare seg selv, og noen uttrykket at de fant alternative måter å utføre dagligdagse gjøremål som husarbeid og personlig pleie på. En av deltagerne gikk gjerne barføtt for å slippe å ta på seg sokker hver dag, det var vanskelig for ham å klare det selv, og han visste at han lettere kunne falle om han prøvde selv. Forskning viser at brukere av hjemmetjeneste og HR ønsker å slippe å planlegge hverdagen sin ut fra når det kan komme folk å hjelpe dem (Hansen, et al, 2015). Flere av deltagerene i denne studien var inne på at de ble passive av å få hjelp til ting de kan klare selv. Selv om det var delte meninger i studien om det å få hjelp av andre, syntes samtlige at det var trygt å vite at treneren kom. Det var flere som fortalte at det var godt å få hjelp av noen som visste hva som var godt for dem. Dette kan tolkes som at de fikk kraft og energi til bevege seg bort fra lidelsen og mot et bedre helsenivå, fordi treneren kom til dem og lagde struktur i hverdagen. Samuelsen (2015) fant også ut at HR gav

struktur i hverdagen mens det pågikk, selv om deltagerne savnet fokus på livshistore og livskvalitet. Men hva betyr dette for eldres opplevelse av å være fri? Kan det tenkes at ved å få bekreftelse på at man kan klare seg selv, tror på det? Helse kan som beskrevet tidligere, defineres som en tilblivelsesprosess der menneskets lengsel etter verdighet og ønsket om å bli ett med seg selv fremtrer. Forskning viser at det er sammenheng mellom personlig transcens har en eksepsjonell posisjon opp mot livskvalitet (Haugen et al, 2016). Det er sammenheng mellom håp, personlig transcens, mening og sykepleier-pasient forholdet. Oppnår deltagerne et høyere nivå av transcens i møte med HR? Flere deltagere i denne studien fortalte at det å få rett hjelp hadde innvirkning på livet, og det opplevde de når de endelig fikk HR. De var fornøyde med treneren og mente de kunne hjelpe med stort sett alt du hadde lyst til. Denne positive kraften deltagerne gir uttrykk for ovenfor HR kanskje rører det arkimediske punktet deres? Samtlige snakket om takknemlighet, fordi de opplevde bedre helse som følge av HR. Forskning viser at et gjennomgående mål innen HR er å gjenopprette nedsatt funksjonsevne, og dette i seg selv er en motivasjonsfaktor sammen med ønske om å leve livet uavhengig av hjelp fra andre til hverdagsaktiviteter (Hansen et al, 2015).

5.3 Resultatenes betydning for klinisk praksis.

Forskning viser at det er begrenset kunnskap om eldres opplevelser og erfaringer med HR (Jokstad et al, 2016, Samuelsen, 2015). Funnene kan ha overførbarhet til praksisfelt der helsepersonell møter eldre med funksjonsnedsettelse. Studien viser at helsepersonell har betydning for eldres helseopplevelse når sykdom og alderdom oppstår i livet og skaper lidelse. Den forklarer hvordan hjemmeboende eldre er i en rørelse mellom å ha lidelse og være avhengige av hjelp, til å ha framtidshåp i form av hjelp og støtte av helsepersonell til å klare seg selv og bo lengst mulig i eget hjem fordi helsen blir bedre. Forskning og teori viser at helsepersonell ikke kan forsonse pasienter eller brukere, men bidra med støtte og hjelp i forsoningsprosessen. På den måten tilrettelegger helsepersonell og samarbeider med eldre slik at de blir uavhengige og får framtidshåp om at helsen bedres. Da oppleves frihet i større grad fordi de bedres av funksjonsnedsettelsen på grunn av hjelp, støtte, ny kunnskap og veiledning fra hverdagsrehabiliteringen.

6 KONKLUSJON

Studien konkluderer med at ansatte i hverdagsrehabilitering kan bidra med hjelp og støtte slik at eldre forsones med lidelse, får framtidshåp og opplever frihet. Ved å bruke omsorgsvitenskapen i møte med eldre kan en få en større forståelse av hvordan eldre opplever den helhetlige helsen sin. Studien har overførbarhet til praksis og relasjonsmodellen om helsepersonells betydning kan brukes i andre sammenhenger der helsepersonell møter personer med funksjonsnedsettelse. Studien avdekket tre hovedtema som kan gi økt kunnskap til helsepersonell som arbeider med hverdagsrehabilitering eller som møter mennesker med funksjonsfall. Denne kunnskapen gir ny forståelse av hvordan brukere opplever sykdom og alderdom, og hvilken betydning hverdagsrehabilitering har for livssituasjonen deres.

REFERANSER

- Arman, M. & Hök, J. (2015). Self-care follows from compassionate care – chronic pain patients' experience of integrative rehabilitation. *Scandinavian Journal of Caring Science*. 2015. doi: 10.1111/scs.12258
- Arman, M., Ranheim, A., Rydenlund, K., Rytterström, P. & Rehnsfeldt, A. (2015). The Nordic Tradition of Caring Science: The Works of Three Theorists. *Nursing Science Quarterly* 4 (28) s. 288-296. Doi: 10.1177/0894318415599220
- Arman, M. & Rehnsfeldt, A. (2007). The 'Little extra' that alleviates suffering. *Nursing Ethics*(14)3, s. 372-386. Doi: <https://doi-org.galanga.hvl.no/10.1177/0969733007075877>
- Asp, M. & Fagerberg, I. (2012). Begreppsutveckling på livsvärldsfenomenologisk grund. I: L. Wiklund Gustin (Red.) & I. Bergbom. (Red.). *Vårdvetenskapliga begrepp i teori och praktik*. (s. 65-77). Lund: Studentlitteratur
- Birkeland, A. & Flovik, A.M. (2014). *Sykepleie i hjemmet*. Oslo: Cappelen Damm Akademisk
- Birkeland, A., Langeland, E., Tuntland, H., Jacobsen, F.F. & Førland, O. (2018). Hverdagsrehabilitering- spesialisert eller integrert? *nordisk Tidsskrift for Helseforskning nr. 1*(14). Doi: <http://dx.doi.org/10.7557/14.4403>
- Birkeland, A., Tuntland, H., Førland, O., Jakobsen, F.F. & Langeland, E. (2017). Interdisciplinary collaboration in reablement – a qualitative study. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 10. S. 195-203 Doi: <https://doi.org/10.2147/JMDH.S133417>

- Bondevik, M. (2006). Sykepleie til eldre- grunnleggende prinsipper. I M. Bondevik & H. A. Nygaard (Red.). *Tverrfaglig geriatri: En innføring*[2. Utg.]. S. 123-131. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad og Bjørke
- Cochrane, A, McGilloway, S., Furlong, M., Molloy, D.W., Stevenson, M. & Donnelly, M. (2013). Home-care 're-ablement' services for maintaining and improving older adults' functional independence. *Cochrane Library: Database of systematic Reviews*(11). DOI: 10.1002/14651858.CD010825
- Eriksson, K. (1995a). *Den lidande människansket*. Oslo: Tano: Aschehoug.
- Eriksson, K. (Red.) (1995b). *Den mångdimensionella hälsan- värklighet och visioner*. Vasa sjukvårdsdistrikt SKN och Institutionen för vårdvetenskap, Åbo Akademi, Slutrapport. S. 7-19.
- Eriksson, K. & Lindström, U. Å. (2003). Klinisk vårdvetenskap. I: K. Eriksson & U. Å. Lindström (Red.). *Gryning II, Klinisk vårdvetenskap* (s. 3-20). Vasa: Institutionen for vårdvetenskap, Åbo Akademi.
- Fagerström, L. (2012). Livskraft och livshålling. I: L. Wiklund Gustin (Red.) & I. Bergbom. (Red.). *Vårdvetenskapliga begrepp i teori och praktik*. (s. 391-406). Lund: Studentlitteratur
- Fjørtoft, A.-K. (2006). *Hjemmesykepleie: Ansvar, utfordringer og muligheter*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad og Bjørke
- Forskningsetiske Komiteer. (2010). *Veiledning for forskningsetisk og vitenskapelig vurdering av kvalitative forskningsprosjekt innen medisin og helsefag*. Hentet 14. April 2016 fra <https://www.etikkom.no/globalassets/documents/publikasjoner-som-pdf/kvalitative-forskningsprosjekt-i-medisin-og-helsefag-2010.pdf>

- Forskrift om habilitering og rehabilitering (2011). *Forskrift 16. desember 2011 nr.1256 om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator*. Hentet fra: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2011-12-16-1256>
- Fürst, R. & Høverstad, L. (2014). *Fra passiv mottaker til aktiv deltaker. Hverdagsrehabilitering i norske kommuner*. KS FoU-prosjekt nr. 134027.
- Førland, O. & Skumsnes, R. (2016). *Hverdagsrehabilitering. En oppsummering av kunnskap*. Omsorgsbiblioteket. Hentet fra: <https://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/handle/11250/2412233/hverdagsrehabilitering.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Gustafsson, L.-K. (2012). Försoning. I: L. Wiklund Gustin (Red.) & I. Bergbom. (Red.). *Vårdvetenskapliga begrepp i teori och praktik*. (s. 473-486). Lund: Studentlitteratur
- Hansen, E.B., Eskelinen, L., Rahbæk, M.Ø. & Helles, J.N. (2015). *Ældres deltagelse i hverdagsrehabilitering- muligheder og udfordringer*. Rapport. København:Kora. Hentet fra:http://www.kora.dk/media/3482208/10858_aeldres-oplevelse-hverdagsrehab.pdf
- Haugan, G., Moksnes, U.K. & Løhre, A. (2016). Intrapersonal self- transcendens, meaning- in- life and nurse-patient interaction: powerful assest for qualitativ in live in cognitively intact nursing-home patients. *Scandinavian Journal of Caring Science*. 30(4). s. 790-801. doi.org/10.1111/scs.12307
- Helse og omsorgsdepartementet. (2008-2009). *Samhandlingsreformen: Rett behandling- på rett sted – til rett tid*. (Meld. St. 47:2008-2009) Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm200820090047000dddpdfs.pdf>

- 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* (9). s. 575-585). Doi: <https://doi.org/10.2147/JMDH.S115588>
- Hjelle, K.M., Tuntland, H., Førland, O. & Alvsvåg, H. (2016). Driving for home-based reablement; a qualitative study of older adults' experiences. *Health and social care in the community*. 2016. doi: 10.1111/hsc.12324.
- Kirkevold, M. (2014). Gammel og syk. I: M. Kirkevold, K. Brodtkorb, & A. H. Ranhoff (Red.). *Geriatrisk Sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten*. [2. utg.] (s. 22-28). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Kjeken, I. (2003). ICF- Rammeverk I rehabilitering. *Ergoterapeuten*, 46(02). s- 16-23.
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative Forskningsintervju*. [3.utg.]. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Jacobsen, F.A. & Vik, K. (2018). Health professionals' perspective of next of kin in the context of reablement. *Disability and Rehabilitation*. doi:<https://doi.org/10.1080/09638288.2018.1450452>
- Jokstad, K., Landmark, B.T., Hauge, S. & Skovdahl, K.-I. (2016). Eldres erfaringer med hverdagsrehabilitering- mestring og muligheter- krav og støtte i et dynamisk samspill. *Tidsskrift for omsorgsforskning* 2(3). S. 212-221. DOI: 10.18261/issn.2387-5984-2016-03-07
- Langeland, E., Førland, O., Aas, E., Birkeland, A., Folkestad, B., Kjeken, I., Jacobsen, F.F. & Tuntland, H. (2016). *Modeller for hverdagsrehabilitering- en følgeevaluering i norske kommuner: Effekter for brukerne og gevinster for kommunene?* Senter for omsorgsforskning, Vest: rapportserie 6/2016. Bergen: Senter for omsorgsforskning

- Larun, L. (2010). Analyselogg som virkemiddel for refleksivitet i kvalitative studier. *Michael* 9: 55-60. Hentet 17. April 2018 fra: <http://www.michaelquarterly.no/pdf/supplements/michaelsuppl9-v02-2/55-60.pdf>
- Lassenius, E. & Severinsson, E. (2014). Introduktion. I: E. Lassenius & E. Severinsson (Red.). s. 13-21. *Hermeneutikk i vårdpraxis. Det næra, det flyktiga, det dolda*. Malmö: Gleerups
- Levy-Malmberg, R. Eriksson, K. & Lindholm, L. (2008). Caritas- caring as an ethical conduct. *Scandinavian Journal of Caring Science* (22) s. 662-667. doi: 10.1111/j.1471-6712.2007.00578.x
- Lindström, U.Å. (2014). Vårdvetenskap och hermeneutik i praxis. I: E. Lassenius & E. Severinsson (Red.). s. 33-42. *Hermeneutikk i vårdpraxis. Det næra, det flyktiga, det dolda*. Malmö: Gleerups
- Malterud, K. (2013). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning: En innføring*[3.utg]. Oslo: Universitetsforlaget.
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning: En innføring*[4.utg]. Oslo: Universitetsforlaget.
- Ness, N.E., Laberg, T., Haneborg, M., Granbo, R., Færevaa, L. & Butli, H. (2012). *Hverdagsmesting og hverdagsrehabilitering*. Oslo: Ergoterapeutene, Norsk Sykepleierforbund, Norsk Fysioterapiforbund. Hentet 14. Februar 2017 fra http://hverdagsrehabilitering.no/sites/hverdagsrehab/files/Rapport%20Hverdagsrehabilitering_0.pdf

Nyström, L. (2014). Hälsa, lidande och liv. I: C. Wärna-Furu. & L. Nyström (Red). *Hälsans praxis- i liv och arbete*. (s.13-47). Stockholm: Liber

Salmela, S., Fagerström, L. & Eriksson, K. (2007). Begreppsbestämning av förändring i relation till hälsoprocesser. *Nordic Journal of Nursing Research & Clinical Studies/ Vård i Norden*.(4) 86, vol. 27 s. 20-25

Samuelsen, M. (2015). *Eldres opplevelser med hverdagsrehabilitering- en kvalitativ intervjustudie*. (Masteroppgave). Fakultet for helsevitenskap, Høgskolen i Vestfold og Buskerud

St. meld. 21. (1998-1999). *Ansvar og meistring*. Hentet 14. Februar 2017 fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-21-1998-99-/id431037/sec1>

St. meld. 29. (2012-2013). *Morgendagens omsorg*. Hentet 10.april 2016 fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-29-20122013/id723252/?ch=1&q=>

Thommasen, M. (2006). *Vitenskap, kunnskap og praksis. En innføring i vitenskapsfilosofi for helse- og sosialfag*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Tidsskrift for Omsorgsforskning (2018). *Om*. Doi: <https://doi.org/10.18261/issn.2387-5984>

Tuntland, H., Aaslund, M.K., Espehaug, B., Førland, O. & Kjekken, I. (2015). Reablement in community-dwelling older adults: a randomized controlled trial. *BMC Geriatric*. 4. 15:145. doi: 10.1186/s12877-015-0142-9

Tuntland, H.K., Kjekken, I., Langeland, E., Folkestad, B., Espehaug, B., Førland, O. & Aaslund, M.K. (2017). Predictors of outcomes following reablement in community-

dwelling older adults. *Clinical Interventions in Aging*. 2017(12). s. 55-63 doi:
[10.2147/CIA.S125762](https://doi.org/10.2147/CIA.S125762)

Tuntland, H. & Ness, N.E. (2014). Hva er hverdagsrehabilitering? I: H. Tuntland & N.E. Ness (Red.). *Hverdagsrehabilitering*. s. 21-41. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Ueland, V. (2013). *Lengsel- en kraft til helse*. (Doktoravhandling). Åbo Akademi: Sverige.

Verdighetsgarantien. (2010). *Forskrift om en verdig eldreomsorg av 12. November 2010*. Hentet 10. April 2016 fra <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2010-11-12-1426>

Wilde, A. og Glendinning, C. (2012). 'If they're helping me then how can I be independent?' The perceptions and experience of users of home-care re-ablement services. *Health and Social care in the community*, 20: 583-590. doi:[10.1111/j.1365-2524.2012.01072.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2524.2012.01072.x)

Wärnå-Furu, C. (2012). Hälsa. I: L. Wiklund Gustin (Red.) & I. Bergbom. (Red.). *Vårdvetenskapliga begrepp i teori och praktik*. (s. 199-212). Lund: Studentlitteratur

7 VEDLEGG

Vedlegg 1: Artikkel

Vedlegg 2: Svar på søknad NSD

Vedlegg 3: Framleggsvurdering REK

Vedlegg 4: Informasjonsskriv, kommune

Vedlegg 5: Søknad, forskning og utvikling i kommune

Vedlegg 6: Informasjonsskriv, informanter

Figurer:

Figur 1: Den ontologiske helsemodellen, s. 9

Figur 2: Helhetstolkning av funn. Relasjonsmodellen, s. 39

Tabeller:

Tabell 1: Kjennetegn hverdagsrehabilitering og inklusjons- og eksklusjonskriterier.s. 7

Tabell 2: Inklusjons- og eksklusjonskriterer og oversikt over utvalg (N=5), s. 28

Tabell 3: Presentasjon av foreløpige tema sammenlignet med tema fra intervjuguiden, s. 31

Tabell 4: Eksempel på systematisk dekontekstualisering og systematisering av tema, s. 32

Tabell 5: Hovedtema med kateologi og subgrupper, s. 33

Vedlegg 1: Artikkel

«Hverdagsrehabilitering: Lengst mulig i eget hjem».

En kvalitativ studie om hvilken betydning hverdagsrehabilitering har for brukers opplevelse av egen helse.

Corresponding Author

Anne Lise Økland, Sykepleier/ Masterstudent i Klinisk Helse-og Omsorgsvitenskap,
Høgskulen på Vestlandet avd. Stord. E-post: anneliseokland@gmail.com.

Antall ord: 5372

Tabeller: 3

Figurer: 2

Merknad: Artikkelen vil bli justert iht Tidsskrift for omsorgsforskningens retningslinjer før innsending.

Funding

This research received no specific grant from any funding agency in the public, commercial, or non-profit sectors.

Conflict of interest

The authors declare that there is no conflict of interest.

Sammendrag

Bakgrunn: Hverdagsrehabilitering er en tverrfaglig, tidsavgrenset, intensiv og målrettet rehabilitering som foregår i brukerens hjem eller nærmiljø og bistår personen med trening og tilrettelegging av hverdagsaktiviteter som er viktige for personen selv.

Hensikt: Å få økt kunnskap og forståelse av hvilken betydning hverdagsrehabilitering har for brukere og hvordan de opplever sin egen helse.

Design og metode: Dette er en kvalitativ studie med fenomenologisk- hermeneutisk perspektiv som forskningsdesign. Individuelle semistrukturerte intervjuer (N=5) er gjennomført og analysert ved bruk av systematisk tekstkondensering.

Funn: Funnene fremhevet tre hovedtema: å forsones seg med sykdom og alderdom, å ha framtidshåp og å være fri.

Konklusjon: Studien avdekket tre hovedtema som kan gi økt kunnskap til helsepersonell som arbeider med hverdagsrehabilitering eller som møter mennesker med funksjonsfall. Denne kunnskapen gir ny forståelse av hvordan brukere opplever sykdom og alderdom, og hvilken betydning hverdagsrehabilitering har for livssituasjonen de da er i.

- **Nøkkelord:** Helse, ontologisk helsemodell, forsoning, framtidshåp, frihet

Title: Reablement: As Long as possible in Your own Home.

A qualitative study of the importance of reablement for the user's own health experience

Abstract

Background: Re-ablement is an multidisciplinary, time-limited, intensive and goal-oriented rehabilitation that takes place in the user's home or local community and assists the person in training and facilitating everyday activities that are important to the persons life.

Aim: To increase knowledge and understanding of the importance of reablement for users and how they experience their own health.

Design and Methods: This is a qualitative study with a phenomenological-hermeneutic perspective as research design. Individual semi- structured interviews (N = 5) have been completed and analyzed using systematic text condensation.

Results: The findings highlighted three main themes: reconciling sickness and old age, having future hope and being free.

Conclusion: The study revealed can provide increased knowledge to health professionals who work with reablement or people with functional disabilities. This knowledge provides a new understanding of how users experience sickness and old age, and the importance of reablement for the life situation they are in.

Keywords: Health, ontological health model, reconciliation, future hope, freedom

INTRODUKSJON

Regjeringen fokuserer på økt satsning på helsefremming, forebygging og rehabilitering (Meld. St. 47, 2008-2009). Hverdagsrehabilitering er et av flere tiltak for å bidra til bedre helse og en aktiv alderdom (Omsorg 2020, s. 27).

I følge Førland og Skumsnes (2016, s. 11) defineres hverdagsrehabilitering som «en tidsavgrenset, intensiv og målrettet rehabilitering i hjem og nærmiljø rettet mot personer som har opplevd et funksjonsfall, og der terapeuter, sykepleiere og ansatte i hjemmetjenesten i kommunen samarbeider og bistår personen med trening og tilrettelegging av hverdagsaktiviteter som er viktige for personen selv».

Definisjonen oppsummerer hverdagsrehabilitering i Norge og Skandinavia i dag, og har flere fellestrekk med rehabilitering slik det er definert i Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011). Det som skiller dem er at hverdagsrehabilitering retter seg mot hjemmeboende eldre personer som står i fare for å bli avhengig av fast kommunal hjelp, selv om det kan gis til alle uavhengig av alder. Det er typisk at hverdagsrehabilitering skjer i den eldres hjem eller nærmiljø, og det er tett samarbeid med hjemmetjenesten (Førland og Skumsnes, 2016, s. 11). Kjennetegn på hverdagsrehabilitering er presentert i tabell 1 (Tuntland og Ness, 2014, s. 26) sammen med oppsummerte inklusjons- og eksklusjonskriterier utviklet av Ness et al (2012).

Tabell 2 Kjennetegn hverdagsrehabilitering (Tuntland og Ness, 2014)) og inklusjons- og eksklusjonskriterier (Ness et al, 2012).

| KJENNETEGN HVERDAGSREHABILITERING | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • En starter med å stille deltageren spørsmålet: «Hva er viktige aktiviteter i livet ditt nå?» • målrettet og intensivt fokus på hverdagsaktiviteter som personen selv tillegger betydning • tidlig, tidsavgrenset innsats i personens nærmiljø • styrket involvering og samhandling mellom ergo- og fysioterapeuter og personell i hjemmetjenestene • økt selvhjulpenhet i daglige gjøremål, slik at personen fortsatt kan bo hjemme, være aktiv i eget liv og delta sosialt og i samfunnet • et tenkesett om at personen selv styrer deltagelse og hverdagsmestring • mulighet for inkludering av aktuelle nærpå personer, pårørende og frivillige | |
| INKLUSJONSKRITERIER | EKSKLUSJONSKRITERIER |
| Personer: <ul style="list-style-type: none"> • i alle aldre (men oftest eldre) som risikerer eller har funksjonsnedsettelse i hverdagsaktiviteter - som er motiverte og forstår situasjonen - som har rehabiliteringspotensiale - som bor hjemme - som er utskrivningsklare fra sykehus eller døgnrehabilitering | Personer som ikke har potensiale til rehabilitering (langtkomne degenerative sykdommer, terminalt syke, personer med demens). |

Hverdagsrehabilitering kan hjelpe mennesker å gjenvinne evnen til egenomsorg, bedre ivaretagelse av personlige behov og redusere behovet for langsiktig hjelp av kommunen (Wilde og Glendinning (2012). To norske studier viser at hverdagsrehabilitering har bedre effekt enn ordinære tjenester på utførelse og tilfredshet av daglige aktiviteter, reise og sette seg, totalskår på fysisk funksjon og personlig still etter tolv måneder (Langeland et al, 2016, Tuntland, Aaslund, Espehaug, Førland og Kjekken, 2015). Tre studier beskriver hvordan eldre opplever egen deltagelse i hverdagsrehabilitering: Det er nødvendig å ha viljestyrke, å ha personlige ting og kjente i nærheten, hjemmetrenere er essensielle og trening er fysisk øvelse, ikke hverdagsaktiviteter. For å lykkes med hverdagsrehabilitering er det viktig å fokusere på eldres egen forståelse av hvilke aktiviteter som er viktige i rehabiliteringsprosessen. Indre motivasjonsfaktorer som å være med å bestemme selv og å ta ansvar er drivkrefter for å nå egne mål. En ytre motivasjonsfaktor er det tverrfaglige samarbeidet med hjemmetrenere. Det er viktig å ha forståelse for hvordan indre og ytre motivasjonsfaktorer påvirker rehabiliteringsprosessen for å optimalisere eldres aldringsprosess på en sunn måte (Hjelle, Tuntland, Førland og Alvsvåg, 2016). I følge Jokstad et al (2016) er det mulig å starte en vellykket rehabiliteringsprosess ved at hverdagsrehabiliteringsteamet stiller krav til og støtter brukeren til å tro på egne muligheter og ressurser. Ved å danne et dynamisk samspill med

balanse mellom krav og støtte, kan en hjelpe brukeren inn i en positiv spiral hvor de opplever mestring som fremmer rehabiliteringsprosessen. En personsentrert tilnærming, der de stiller spørsmålet: «Hva er viktig for deg?» hjelper brukeren til å formulere egne mål og utfordrer holdninger og tankesett. En dansk studie viser at et gjennomgående mål innen hverdagsrehabilitering er å gjenopprette nedsatt funksjonsevne. Dette anses som en generell motivasjonsfaktor, sammen med ønsket om å leve sitt liv uavhengig av hjelp fra andre til å klare dagligdagse aktiviteter. Eldres egen vurdering av muligheten til å bli bedre og å ha krefter er av betydning for deres tro på at de er i stand til å utføre dagligdagse gjøremål selv (Hansen, Eskelinen, Rahbæk & Helles (2015))

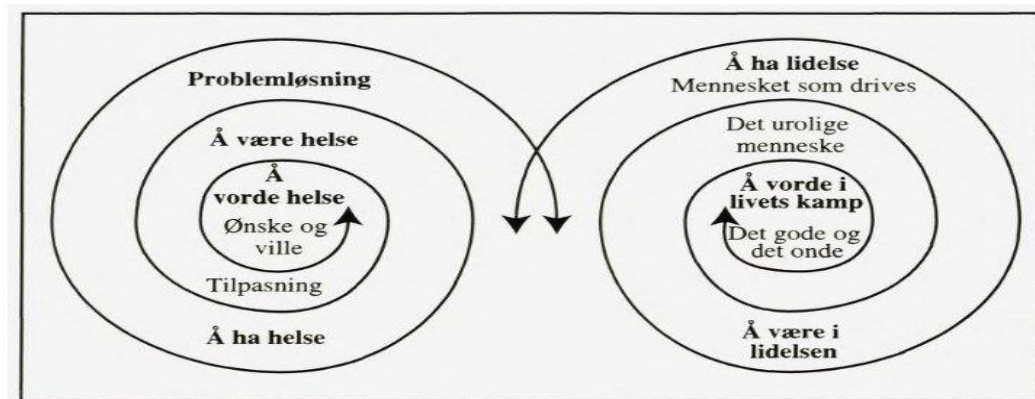
For å bygge om opp kunnskapsgrunnet i artikkelen inkluderes artikler med studier på ansatte i hverdagsrehabiliteringsteam sine perspektiv på hverdagsrehabilitering, da det fremhever forståelse om brukernes målsetning.

Ansatte i hverdagsrehabiliteringsteam opplever at deltagerens målsetning er avgjørende og nøkkelen til en vellykket rehabiliteringsprosess (Hjelle, Skutle, Førland og Alvsvåg, 2016). Dette støttes opp om i to kvalitative studier på det norske tverrfaglige samarbeidet innen hverdagsrehabilitering. En studie konkluderer med at deltagerens mål er en felles tverrfaglig plattform. Det er viktig for de ulike profesjonene å følge deltagerens ønske om å nå egne mål og støtte deres deltagelse i rehabiliteringsprosessen (Birkeland, Tuntland, Førland, Jakobsen og Langeland, 2017). I studien til Birkeland et al. (2018) kom det frem at ved å spørre om hva som var viktig for brukeren ble oppmerksomheten flyttet bort fra det som var skadet og mot hverdagsaktiviteter og hele livssituasjonen til deltageren. Når brukerne fikk anledning til å fortelle hva som var viktig for dem dukket det opp sammensatte og dagligdagse utfordringer der mange av brukerne hadde behov for veiledning og trening. Dette førte til at hverdagsrehabilitering ble en form for helhetlig rehabilitering med fokus på hjemmesituasjonen.

To masteroppgaver har sett på Eldres opplevelse med hverdagsrehabilitering. Den ene viser at hverdagsrehabilitering gir struktur i hverdagen mens det pågår (Samuelsen, 2015). Deltagerne i studien savnet fokus på livshistorie og livskvalitet, og denne manglende oppmerksomheten kom fram som en sentral faktor for hvilket utbytte de fikk av hverdagsrehabilitering. I studien til Huse (2016) var det viktig for deltagerne å ha tro på at de kunne gjøre aktiviteter, være selvstendige, trygge og styre sin egen hverdag.

Klinisk helse- og omsorgsvitenskapelig perspektiv

Artikkelen har et omsorgsvitenskapelig perspektiv. Klinisk helse og omsorgsvitenskap er en akademisk disiplin basert på en «ren» humanvitenskapelig orientert vitenskap. Det overordnede målet er å danne idealer for omsorg, bringe idealene mot virkeligheten for så å bringe virkeligheten mot idealene (Eriksson og Lindström, 2003, s. 3). Omsorgsvitenskap i Nordisk tradisjon er en unik, autonom og humanvitenskapelig disiplin der spørsmål om liv og eksistens danner grunnlaget for helse og omsorg. Omsorgens essens starter med mennesket, og deres helse og lidelse er integrert. Pasienten som menneske er førsteprioritet, og pasientens verden viser veien til omsorg. Omsorgshandlinger inkluderer utvikling av bevissthet og refleksjon over den enkelte pasientens individuelle situasjon fra en universell horisont. Den Nordiske tradisjonen innen omsorgsvitenskap har gjennom utvikling av teorier og konsepter utviklet seg mot en dypere forståelse av omsorgens kjerne, og hvilket potensial det har for pasientens helse, velbefinnende og lindring av lidelse (Arman, Ranheim, Rydenlund, Rytterström og Rehnsfeldt, 2015). Caritas er sentralt i Erikssons omsorgsteori, der omsorg ses på som en etisk akt. Å ha en caritativ holdning er et sentralt motiv dypt knyttet til kjærighet, og gir forståelse av at omsorg er en etisk handling og kjernen i omsorgsteori og omsorgshandlinger (Levy-Malmberg, Eriksson og Lindholm, 2008). Den ontologiske helsemodellen tar utgangspunkt i menneskets tilblivelse og mot en dypere enhet som er integrert i menneskers liv. Helse ses på som en rørelse mellom tre ulike nivåer, illustrert i figur 1.



Figur 1: Rørelsen mellom helse og lidelse i den ontologiske helsemodellen kommer til uttrykk i menneskets opplevelse av ulike problem, behov eller begjær (Eriksson, 1995, s. 60).

Å ha helse ses på som et handlingsnivå der helse dømmes ut i fra ytre og objektive kriterier. *Å være helse* ses på eksistensnivå, der en forsøker å komme til en form for balanse og harmoni. På *å vorde helse*-nivået er ikke mennesket fremmed for lidelsen men søker en forsoning med livets omstendigheter for å bli hel på et dypere integrasjonsnivå. (Eriksson, 1995, s. 53).

Forandring i relasjon til helseprosesser er en rørelse mellom dimensjonene i den ontologiske helsemodellen mot en helhetlig opplevelse av kropp, sjel og ånd, og viser seg i forståelse og endret tankemønster. Mennesket trenger en indre og ytre omstilling for å kunne forme livet og helsen sin og nå et høyere nivå av helse og en helhetlig helseopplevelse (Salmela, Fagerström og Eriksson, 2007). Omsorgsvitenskapelig forskning viser at egenomsorg er mer enn råd, opplæring og trening for mennesker med sammensatte lidelser. Veien til helse begynner der den lidende opplever hvordan det er å bli tatt vare på, og det er klinisk støtte for at en caritativ omsorgskultur vil hjelpe pasienter til deltagelse og vekke til live en naturlig evne til egenomsorg (Arman og Hök, 2015). Arman og Rehnsfeldt (2007) viser til at når omsorgsgivere gir det lille ekstra, føler pasienten seg sett fra et medmenneskelig perspektiv. «Å gi det lille ekstra» har kraft til å bevare verdighet slik at pasienten føler seg verdsatt, noe som igjen fører til håp. Pasienter og omsorgspersoner kan øke sin forståelse av livet ved å være vitne til velvillige handlinger som å gi litt mer enn forventet av seg selv. Forskning viser

at helsepersonell kan øke sin beredskap i møte med lidende pasienters eksistensielle tanker i hverdagslige pleierelasjoner ved å vite om samspill og sammenhenger mellom lengsel og helse (Ueland, 2013). Lengsel synes å berøre selve kjernen i mennesket slik den utfolder seg og fremstår i livet, der det hellige i lengselen møter hjertets dypeste søken. Lengselen frigir kraft hos det lidende mennesket, og denne kraften omformer, fordyper og forsoner livet og lidelsen. Lengsel kan vise seg på ulike måter ut fra hvilket helsenivå i den ontologiske helsemodellen mennesket befinner seg på. På væren-nivået trer dypere behov og lengsler frem. På å-voerde-nivået forsones selvet slik at mennesket kan leve i nuet og oppfylle lengselen slik at de gjennom forsoning kan møte lidelse og død. Mennesket som følger sin lengsel kan overskride egne grenser og fornyes idet en ontologisk sårbarhet oppstår, og dermed søke mot en åndelig virkelighet for å erfare det transcendent spranget.

Forskning viser at det er begrenset kunnskap om Eldres opplevelser med hverdagsrehabilitering (Jokstad et al, 2016; Langeland et al, 2016, Samuelsen, 2015). Hensikten med artikkelen er å tilføre økt kunnskap og forståelse til dagens begrensede kunnskap ved å beskrive og utforske Eldres opplevelser med hverdagsrehabilitering i et omsorgsvitenskapelig perspektiv.

METODE

En fenomenologisk-hermeneutisk metode ble valgt fordi den har økt forståelse som mål, og egner seg til å studere Eldres helseopplevelse som fenomen.

Design

Studien har et kvalitativt, deskriptivt design med en induktiv tilnærming. Individuelle, semistrukturerte intervjuer med personer som deltok eller hadde deltatt i et hverdagsrehabiliteringsforløp ble benyttet til datainnsamling. Temaguiden hadde et hovedspørsmål: «*Hva har hverdagsrehabilitering gjort med eller for helsen din?*» der deltagerne ble oppfordret til å fortelle om hvordan de opplevde hverdagsrehabilitering etterfulgt av oppfølgingsspørsmål om deltagelse, positive og negative opplevelser, ivaretagelse av personlige behov, opplevelse av egen helse og hvilket totalinntrykk de satt igjen med.

Rekruttering og utvalg

Informantene ble rekruttert fra to kommuner via deres hverdagsrehabiliteringsteam. Alle informantene hadde innvilget fire uker hverdagsrehabilitering. Inklusjons- og eksklusjonskriterier og oversikt over utvalget er presentert i tabell 2.

Tabell 3: Inklusjons og eksklusjonskriterier og oversikt over utvalget (N=5) som deltok i studien

| INKLUSJONSKRITERIER | | | | EKSKLUSJONSKRITERIER |
|--|--------|--------------------|---------------------------------------|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • hjemmeboende eldre som oppfyller kravene til hverdagsrehabilitering • påbegynt eller nylig avsluttet rehabiliteringsprosess | | | | Personer som ikke har potensiale for rehabilitering (langtkomne degenerative sykdommer, terminalt syke personer med demens) |
| UTVALG | KJØNN | ALDER | DIAGNOSE | REHABILITERING |
| Informant 1 | Kvinne | 83 år | Helvetesild, slag | Hjemmerehabilitering, avsluttet. |
| Informant 2 | Kvinne | 62 år | Amputert fot, protese | Hjemmerehabilitering, avsluttet. |
| Informant 3 | Kvinne | 73 år | Lårhalsbrudd | Hverdagsrehabilitering, pågående 4. uke. |
| Informant 4 | Mann | Pensjonist < 63 år | Lårhalsbrudd | Hverdagsrehabilitering, pågående 3. uke. |
| Informant 5 | Mann | 74 år | Hjerneblødning/funksjonsfall over tid | Hverdagsrehabilitering, pågående 3. uke. |

To menn og tre kvinner i aldersgruppen 62- 83 år deltok i studien. To av deltagerne var fra en kommune som hadde hjemmerehabilitering som intervensjon, mens tre var fra en større kommune med hverdagsrehabilitering. Begge kommunene var godt etablert med egne team. Informantene hadde hatt et plutselig funksjonsfall og noen hadde et sammensatt sykdomsbilde. Det var rehabiliteringsteamet som rekrutterte informanter og gav muntlig og skriftlig informasjon om studien. I den ene kommunen valgte de ut fem aktuelle informanter som fikk informasjonsskriv om studien. I den andre kommunen delte de ut femten informasjonsskriv. Fem informanter ønsket å delta i studien, og tok selv kontakt med forsker som avtalte tidspunkt for intervju.

Datainnsamling.

Individuelle, semistrukturerte intervju med støtte av temaguide ble gjennomført av forsker i hjemmet til informantene våren 2017 og varte mellom 30 og 90 minutter. De ble tatt opp på bånd og transkribert ordrett. Alle intervjuene ble inkludert i analysen og innebærer 114 sider tekst som ble lest gjennom med forforståelsen satt til side.

Dataanalyse.

De transkriberte intervjuene ble analysert induktivt av forsker ved bruk av Malteruds systematiske tekstkondensering (2017, s. 95). Metoden består av fire trinn: Å danne et helhetsinntrykk, identifisere meningsbærende enheter, abstrahere innholdet i de meningsbærende enhetene og sammenfatte betydningen av dette (Malterud, 2017, s. 98-99). Analysen startet med gjentatte gjennomlesinger av den transkriberte teksten for å få et helhetsinntrykk og foreløpige tema for hvert intervju ble valgt. Meningsbærende enheter i teksten ble tatt ut og kondensert til en sammenhengende tekst av kunstige sitat i form av jeggsetninger, og i så stor grad som mulig med deltagerens egne ord. Det ble tatt ut gull-sitat som syntes å illustrere teksten på en god måte. Disse dannet grunnlaget for ulike tema som førte til subgrupper og kategorier. I siste trinn ble det skrevet en analytisk beskrivelse av kodegruppene skrevet i tredjeperson med utgangspunkt i gull-sitater fra trinn tre. Etter den analytiske beskrivelsen ble subgrupper og kategorier omarbeidet til hovedtema som presenteres i tabell 3.

Tabell 4: Hovedtema med kategori og subtema

| SUBGRUPPE | KATEGORI | HOVEDTEMA |
|--|-------------------------------------|---|
| Skam Aksept Livsholdning og livskraft | <i>Livskraft</i> | <i>Å forsone seg med sykdom og alderdom</i> |
| Målsetning og ny kunnskap Treneren Treningsopplegget | <i>Opplevelse av Hverdagsrehab.</i> | <i>Å ha framtidshåp</i> |
| Å klare seg selv Å være trygg Å få rett hjelp Å være takknemlig | <i>Å klare seg selv</i> | <i>Å være fri</i> |

Forskningsetiske overveielser.

Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste AS godkjente studien 24.10. 2016 (Ref.: 50280/3 /BGH). Regional Etisk Komité, REK-vest vurderte studien ikke søknadspliktig 07.02.2017 da studien er en evaluering av helsetjenesten og faller utenfor virkeområdet til helseforskningsloven (ref:2017/230). Informantene fikk skriftlig og muntlig informasjon om bakgrunnen for og hensikten med studien, at deltagelse var frivillig og at de når som helst kunne velge å trekke seg fra studien uten å oppgi grunn og uten at det fikk konsekvenser for tjenestetilbudet fra kommunen (Helsinkideklarasjonen, 2013). Alle informantene gav skriftlig samtykke til å delta i studien, og det er benyttet sitater fra alle fem. For å sikre personvern og unngå at informantene kan identifiseres knyttes ikke sitatene til enkeltinformanter. Personlige opplysninger og lydopptak er oppbevart innelåst og adskilt fra datasamlingen. Lydopptak slettes når studien er avsluttet.

RESULTAT

Studien fremhevet tre hovedtema: *å forsones seg med sykdom og alderdom, å ha framtidshåp og å være fri.*

Å forsones seg med sykdom og alderdom

Funnene viser at hverdagsrehabilitering kan bidra på en betydelig måte i deltagerens forsoningsprosess. Temaet *å forsones seg med sykdom og alderdom* inkluderer subgruppene «Skam», «aksept» og «livsholdning og livskraft» og handler om hvordan deltagerne opplevde tap av funksjoner, skammen det innebar, veien mot å akseptere funksjonsfall og hvordan livsholdning og livskraft spiller inn i forsoningsprosessen i lys av hverdagsrehabiliteringen.

Skam

Deltagerne var inne på subtema skam i forhold til det å ikke klare seg selv like bra som før de fikk nedsatt funksjonsnivå. Det førte til at de gruet seg til å gjøre hverdagsaktiviteter eller bevege seg utendørs.

«Jeg gruer meg til å gå ut blant folk fordi helsetilstanden hemmer meg i dagliglivet og jeg er redd folk kan se at jeg trenger hjelpemidler når jeg går og ikke klarer å spise uten å søle».

Flere av deltagerne syntes det var vanskelig å forholde seg til nedsatt funksjonsnivå og at det var synlig for andre at de hadde fallert gjorde dem skamfulle. Det var viktig for samtlige å bli bedre, og treneren bidro til trygghet slik at helsen opplevdes bedre.

Aksept

For å komme seg videre i livet var det viktig for deltagerne og akseptere funksjonsnedsettelse og skammen de bar på. Flere sa at de ikke kunne gjøre noe med at de var rammet av sykdom eller alderdom og dermed måtte godta at helsen opplevdes dårligere.

«Det tærer på livskraften å miste krefter på grunn av sykdom og alderdom, men jeg må bare godta det selv om det ikke er slik jeg ville gjort det før. Jeg blir så ufattelig trøtt og må hvile, det har jeg bare akseptert».

Deltagerne opplevde at hverdagsrehabilitering bidro til trygghet i utførelse av hverdagslige aktiviteter. Det gjorde det lettere å akseptere funksjonsnedsettelse, og trening førte til at deltagerne klarte å utføre gjøremål bedre selv om det tok på kreftene. Flere syntes det var vanskelig å lære nye ting, og måtte hvile i løpet av dagen. Dette opplevdes vanskelig å akseptere fordi det gjenspeilet at helsen var dårligere. Trenerens bekreftelse på at det var vanlig å hvile gjorde det lettere å akseptere.

Livsholdning og livskraft

Deltagerne hadde en livsholdning og innstilling til livet som var positiv, dette fikk antageligvis positive konsekvenser for utbyttet de fikk av hverdagsrehabiliteringen. Det kom fram at det var viktig å trene for å beholde helsen og ville bli bedre. Hverdagsrehabilitering har bidratt med øvelser som styrker fysikken, og fire deltagere sier at det er lettere å gå i trapper mens samtlige synes det er lettere å bevege seg. En deltager fortalte at det viktigste var at hverdagsrehabiliteringen hadde gjort ham gladere, og at det var viktig å være i balanse for å nå målene han hadde satt seg. Han følte omgivelsene satte mindre krav til ham, noe han også gjorde selv. Det nyttet ikke å tenke på alt han skulle gjort når han visste at han ikke kunne klare det, da ville han grue seg.

«Det er viktig å være i balanse for å nå de målene du har satt deg. Jeg er optimistisk og positiv selv om sykdom og alderdom har forandret meg!».

Flere deltagere snakket om livskraft og hvordan den hang sammen med deres opplevelse av fysiske og psykiske krefter. De var bevisste på at det var en livskraft som kom fra dem selv, gjennom positive handlinger og tanker.

«Selv om sykdom og alderdom tærer på livskraften, er det positive krefter rundt oss og i oss mennesker. Den åndelige balansen henger sammen med alt! Når noe ikke fungerer som det skal, er det viktig å bruke kreftene på å tenke positivt om det som er vondt og heller hjelpe hverandre».

Deltagerne fortalte at det var viktig å ha noe å tro på i det øyeblikket helsen ikke fungerte som den skulle. Å ha tro på at helsen kunne bli bedre gav livskraft.

Å ha framtidshåp

Temaet *å ha framtidshåp* inkluderer tre subgrupper: *«Målsetning og ny kunnskap»*, *«treneren»* og *«treningsopplegget»*. Deltagerne fortalte at å sette personlige mål med utgangspunkt i aktiviteter som var viktige for dem bidro til framtidshåp sammen med ny kunnskap de fikk fra hverdagsrehabiliteringsteamet for å bedre funksjonsfallet og helsen.

Målsetning og kunnskap

Deltagerne var klar over at de ikke kunne ha hverdagsrehabilitering hele tiden, de måtte være flinke selv og bruke det de hadde lært. Det var viktig å få kontroll over kroppen, og bli helt bra igjen.

«Målet var å bli frisk igjen, og klare å gå skikkelig uten å bruke hjelpemidler. En må være flink å bruke det de har lært deg, for det er viktig å bli frisk igjen og ha kontroll over kroppen. Jeg har et lite håp om at treningen hjelper, og det er motiverende å ha den troen!»

Når treneren spurte om hvilken målsetning deltagerne hadde og hva de ville ha ut av treningen, var det viktig å gjenvinne nedsatte funksjoner ved å styrke mobiliteten. Dette førte til at deltagerne ble motiverte og fikk tro på at helsen kunne bli bedre i fremtiden.

Treneren

Samtlige deltagere hadde positive opplevelser og erfaringer med treneren. De ble glade og motiverte av å vite at treneren kom til et fast klokkeslett hver dag. En deltager fortalte at det sosiale betydde veldig mye, både for humøret og hvordan han hadde det ellers i livet og satte pris på møtene med treneren. En annen syntes at treneren var flink, han trivdes med henne og kunne snakke litt om det daglige. Det var viktig for flere deltagere at treneren var blid, hyggelig og fokusert, lett å snakke med og gav klare beskjeder.

«Jeg blir glad av å vite at treneren kommer til fast klokkeslett hver dag, det motiverer meg og betyr mye for humøret mitt. Vi kan snakke om det daglige, og det er viktig for meg at treneren er blid, fokusert og hyggelig. Treneren gir beskjed om jeg gjør noe galt eller feil ... og allikevel så synes jeg det er det beste de noen gang har funnet opp!»

Noen deltagere påpekte at treneren var rask å gi tilbakemeldinger når de hadde forbedring, og satte pris på ulike måter å trene på både inne og utendørs. Tempoet var overkommelig for samtlige, og det var ikke mas om at de måtte gjøre det på en bestemt måte.

Treningsopplegget

Alle deltagerne var glade for å få hverdagsrehabilitering, og særlig treneren har utmerket seg gjennom analysen. Det å få spørsmålet: «Hva vil du? Hva er viktige aktiviteter for deg?» har vært betydningsfullt, og deltagerne opplevde at treningsopplegget ble tilpasset deres behov.

«Jeg er kjempeglad for å ha fått rehabilitering! Det starter og slutter med at de ser hvordan jeg går og hvor stødig jeg er. Øvelsene er lette, så jeg kommer til å fortsette med dem etterpå. Det er lettere å gå i trapper og i opp og nedoverbakker uten å bruke alle kreftene på det. De har hjulpet meg å søke om bil, og ordnet med praktiske ting i tillegg til å trene.»

Det gjør at de klarer å mestre opplegget og dra nytte av det, samtidig som samtlige opplevde en form for framgang. Den personlige relasjonen til treneren gjør at deltagerne sammen med treneren tilpasser programmet underveis, deltagerne angir derfor at de klarer å holde på motivasjonen og fortsette med programmet fremover.

Å være fri.

Temaet *Å være fri* er basert på subgruppene «å klare seg selv», «å være trygg», «å få rett hjelp» og «å være takknemlig». Temaet handler om at det var viktig for samtlige deltagere å bo lengst

mulig i eget hjem, og være uavhengig av hjelp i den grad det lot seg gjøre. At de var trygge og fikk rett hjelp førte til at de var takknemlige ovenfor ansatte i hverdagsrehabilitering, hjemmetjenesten eller pårørende.

Å klare seg selv

Samtlige deltagere var inne på viktigheten med å klare seg selv. Tre av dem syntes det var trygt å bruke rullator som hjelpemiddel, da klarte de å gå selv uten hjelp. Det var meningsfullt for flere å klare å gjennomføre turer ute uten å bli helt utslitt, det følte veldig godt å klare det.

«Selv om jeg blir trøtt, oppleves det veldig meningsfullt å klare ting selv og ikke bare ligge på sofaen. Det er meningsfullt å klare å ta en dusj, og komme ut igjen uten å ramle. Det er mange som vil hjelpe meg, men jeg ber om hjelp når jeg vil ha det! – Ja! En blir passiv av å få hjelp til ting man kan klare selv!».

En deltager fortalte at selv om kona ordnet en del for ham så klarte han å kle seg å vaske seg selv, selv om han gjerne gikk barføtt for å slippe å ta på seg sokker og ikke dusjet hver dag. Han hadde funnet andre måter å gjøre seg ren på. I materialet var det delte meninger om det å få hjelp av andre.

Å være trygg

Alle deltagerne snakket om trygghet i lys av hverdagsrehabilitering, og subtema «Å være trygg» gikk på tvers av flere av temaene i analysen. Flere syntes det var trygt å vite at treneren kom, og det var kjekt å få hjelp av noen som visste hva som var godt for dem.

«Hverdagsrehabiliteringen har gjort at jeg føler meg tryggere, særlig mens de var her men også i tiden etterpå. Det er trygt å vite at treneren kommer, og kjekt å få hjelp av noen som vet hva som er godt for meg».

Fire av deltagerne var opptatt av å opprettholde funksjoner som å gå i trapper for å komme seg videre i livet. En av deltagerne fortalte at når hun hadde øvd på det treneren hadde lært henne klarte hun seg etter hvert selv. Deltagerne følte trygghet i at det var viktig for treneren at de kom seg på beina igjen. En fortalte at det gikk greit så lenge hun gikk og tuslet inne når hun var alene, men når hun skulle ut å gå var hun redd for å trå feil- det var ikke mye som skulle til før det gikk galt.

Å få rett hjelp

Deltagerne snakket om hvordan det å få rett hjelp hadde innvirkning på livet. De syntes de trengte hjelp, selv om de hadde familie eller ektefelle i nærheten. En av deltagerne trodde helsevesenet regnet med at datteren skulle ta seg av henne når hun ble utskrevet fra sykehuset fordi de bodde i samme hus. Hun gav tydelig beskjed om at det var uaktuelt, og forlangte at datteren ikke skulle sitte hjemme å passe på henne. Kontakten i hjemmesykepleien nevnte hverdagsrehabilitering for henne uten å si noe mer om hva det innebar og tok det for gitt at hun visste hva hverdagsrehabilitering var for noe. Flere deltagere fortalte at de aldri hadde hørt om tilbudet før, og det ble tatt for gitt at eldre visste om det.

«Når jeg kom fra sykehuset fikk jeg hjemmesykepleie, men det var ikke den hjelpen jeg trengte! Når de spurte om jeg ville ha hverdagsrehabilitering kunne jeg ikke tro det, endelig var det noen som spurte om jeg trengte hjelp!»

Trenerne fremsto som gode å ha, og kunne hjelpe med stort sett alt du hadde lyst til. Flere deltagere hadde øvd på å kjøre bil. En av de andre deltagerne syntes hverdagsrehabilitering var helt ypperlig, og trodde folk kom til å bli fortere friske og komme seg på bena igjen. En tredje deltager hadde sagt til treneren at det kunne ikke vært bedre!

Å være takknemlig

Samtlige deltagere fortalte om takknemlighet. De var takknemlige for hjelp fra familie, hjemmesykepleie og hverdagsrehabilitering. En deltager fortalte at han ble lagt merke til når han tidligere hadde vært frisk og oppegående, og nå hadde synlig funksjonsfall, men syntes det var positivt at folk ville hjelpe ham med forskjellig. Det betydde mye for alle deltagerne å ikke bare snakke om sykdom.

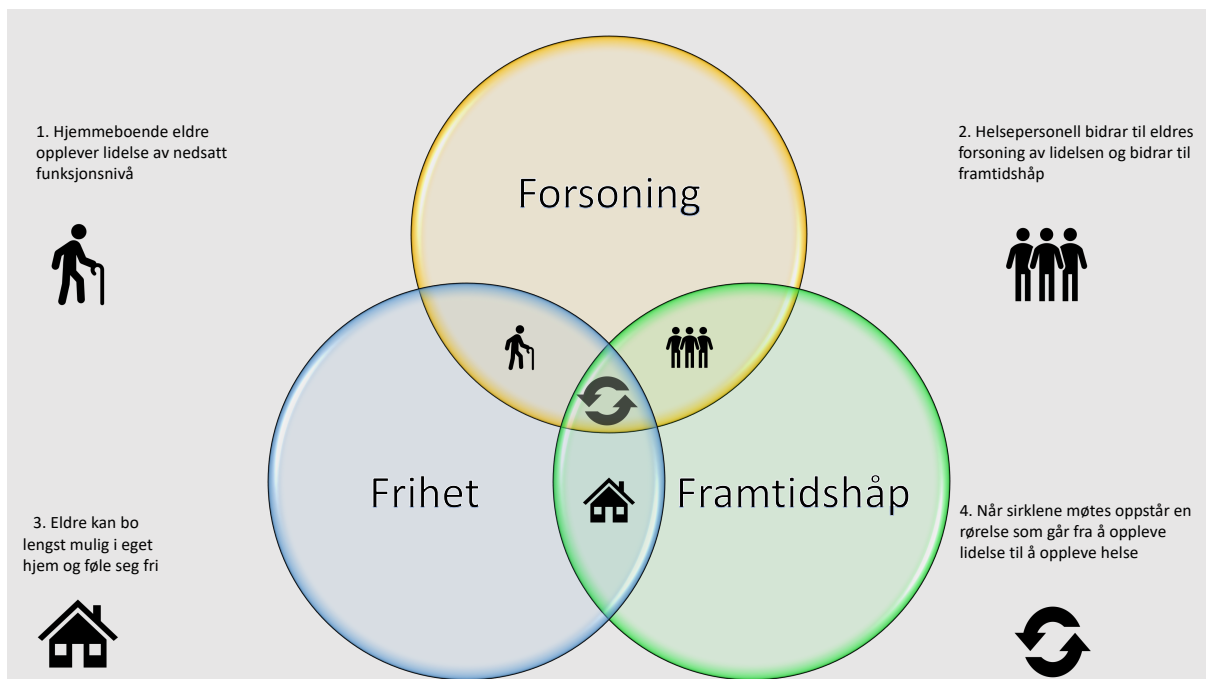
«Jeg trenger litt hjelp, og er det noen som vil hjelp meg så sier jeg takk! Jeg setter stor pris på kommunikasjonen med de ansatte i hverdagsrehabiliteringen, det er helt fantastisk! Dersom jeg får være så frisk som jeg er nå skal jeg være hjemme lenge».

Tre av deltagerne var takknemlige for at barna stod dem nær, kom på besøk eller hjalp dem med å komme på besøk til dem. En kvinne kommenterte at hun hadde det veldig godt, ungene

var rundt henne når de hadde lyst- så hun kunne ikke klage på noe. Deltagerne la vekt på at de ville bo hjemme lengst mulig, det var det de ville!

HELHETSFORTOLKNING AV FUNNENE.

Temaene *å forsonne seg med sykdom og alderdom*, *å ha framtidshåp* og *å være fri* oppsummerer essensen i analysen. Hvordan det oppleves å bli eldre og hjelpetrengende viser seg å være en viktig del av hverdagen til deltagerne i studien. De gav uttrykk for at helse kan forstås i relasjon til livet og hvilken livssituasjon mennesket befinner seg i gjennom sine fortellinger. Dette førte til Relasjonsmodellen som er beskrevet i Figur 2. Relasjonsmodellen viser at helsepersonell som møter eldre med funksjonsnedsettelse har betydning for Eldres helseopplevelse når sykdom og alderdom oppstår i livet og skaper lidelse.



Figur 2: Relasjonsmodell over helsepersonells betydning for Eldres helseopplevelse

Modellen forklarer hvordan hjemmeboende eldre er i en rørelse mellom å ha lidelse og være avhengig av hjelp som følge av funksjonsnedsettelse til å ha framtidshåp og frihet i form av å bo lengst mulig i eget hjem fordi de har fått bedre helse som følge av hjelp og støtte fra hverdagsrehabilitering.

DISKUSJON

Hensikten med studien var å få økt kunnskap og forståelse om hvilken betydning hverdagsrehabilitering har for brukere og hvordan de opplever sin egen helse i et omsorgsvitenskapelig perspektiv. Funnene diskuteres opp mot den ontologiske helsemodellen.

Å ha helse

Funnene viser at hverdagsrehabilitering kan bidra til at eldre opplever bedre helse. Omsorgens essens starter med mennesket, der helse og lidelse er integrert (Arman, et al, 2015). Den ontologiske helsemodellen tar utgangspunkt i menneskets tilblivelse mot en dypere enhet som er integrert i menneskers liv (Eriksson, 1995, s. 59). Det første nivået beskrives som å ha helse. Mennesket befinner seg i lidelsen, og drives mot å ha helse. Det var vanskelig for samtlige deltagerne at helsetilstanden hemmet dem i dagliglivet, og noen klarte ikke gjøremål de mestret før sykdom og alderdom. Selv om de ville ha bedre helse, var ikke kroppen med, den skapte lidelse. Omsorgsvitenskapelig forskning viser at veien til helse begynner der den lidende opplever hvordan det er å bli tatt vare på. Kan hverdagsrehabilitering ivareta deltagerne på områder som viktige for deres eksistens? Funnene i studien tyder på det, da hverdagsrehabilitering skjer i deltageres hjem eller nærmiljø. Erikssons caritative omsorgsteori viser at omsorg er en etisk akt, og dypt knyttet til kjærlighet (Levy- Malmberg et al, 2008). Men hvordan drar man nytte av dette i praksis? Forskning viser at ved å spørre om hva som er viktig for deltageren, blir oppmerksomheten flyttet fra det som er skadet, og mot det som er viktige hverdagsaktiviteter i livet her og nå (Birkeland et al, 2018). Å se hele mennesket kan tolkes som en omsorgshandling knyttet til kjærlighet, en vil den andre godt som medmenneske. Å bli møtt som et medmenneske av treneren kunne hjelpe deltagerne å fokusere på noe annet enn lidelse. På dette nivået i den ontologiske helsemodellen dømmes helse ut fra ytre og objektive kriterier. Når de befinner seg på å ha helse-nivået i den ontologiske helsemodellen er lidelsen en stor del av hverdagen, men de drives aktivt mot helsenivået. Hverdagsrehabilitering kan hjelpe mennesker å gjenvinne evnen til egenomsorg, bedre ivaretagelse av personlige behov og redusere behovet for langsiktig hjelp fra kommunen (Wilde og Glendinning, 2012).

Å være helse

Å være helse ses på eksistensnivå (Eriksson, 1995). Når deltagerne følte skam som følge av funksjonsnedsettelse var det fordi det var synlig for andre at helsen var dårligere. Dette betydde noe- rørte det ved deltagerens eksistens? Det er klinisk støtte for at en caritativ omsorgskultur hjelper pasienter til deltagelse og vekker til live en naturlig evne til egenomsorg (Arman og Hök, 2015). Deltagerens fortellinger bekrefter akkurat dette. Funnene viser at hverdagsrehabiliteringen gjør at deltagerne opplever trygghet. Selv om det er vanskelig å lære nye ting, klarer deltagerne gjøremål på et vis fordi de vet at de må innfinne seg med situasjonen. Hva er det som gjør at deltagerne følte seg tryggere, kun av viten om at treneren kom til et fast klokkeslett hver dag? Dette kan tolkes opp mot *å være*-nivået i den ontologiske helsemodellen, og beskriver hvordan den lidende på eksistensnivå prøver å finne en form for balanse og harmoni med tilværelsen. Funn i denne studien viser at det går an å ha det godt selv om en begynner å bli gammel. Flere fortalte at de følte seg friske, var i balanse og følte fred med seg selv og sin helhetlige helse. I følge Samuelsen (2015) bidrar hverdagsrehabilitering til økt livskvalitet og bedre funksjonsnivå hos hjemmeboende eldre i tillegg til at det gir struktur i hverdagen mens det pågår. Kan det tenkes at det er struktur i hverdagen som gjør at det er lettere å forsones seg med funksjonsnedsettelse og det å bli eldre? Funnene i denne studien gir indier på nettopp det. Deltagerne fortalte at livet ikke blir det samme når en er gammel og syk, alt i tilværelsen gikk saktere. De må innfinne seg med at helsen er dårligere fordi de merker på kroppen at de må gjøre hverdagsaktiviteter og gjøremål på en annerledes måte for å få det til selv. Funnene viser at selv om de opplever lidelse, prøver de å bruke ressursene de har. Det er mulig å starte en vellykket rehabiliteringsprosess, ved at hverdagsrehabiliteringsteamet stiller krav til brukeren og støtter deres tro på egne muligheter og ressurser (Jokstad et al, 2016).

Å vorde helse

På *vorden*-nivået, er mennesket i en tilblivelsesprosess og prøver å forsones seg med livets omstendigheter for å bli hel på et dypere integrasjonsnivå (Eriksson, 1995). Forskning viser at mennesket alltid streber etter fornyelse, en har en indre lengsel etter at noe skal bli bedre (Ueland, 2013). Lengsel frigir kraft som omformer, fordyper og forsoner livet og lidelsen. Det er akkurat dette deltagerne beskriver når de snakker om sine opplevelser med hverdagsrehabiliteringen. Selv om de er klar over at helsetilstanden er nedsatt, gir de ikke opp. De har tillitt til at treneren vil at de skal bli bedre, og vet hva som er godt for dem. Dette oppleves motiverende, og de befinner seg i en rørelse der de beveger seg mellom å ha helse og være i

lidelsen. Deltagerne i denne studien forteller at de har akseptert funksjonstap. Er dette en motsats til fornyelse og videre vekst? Hva skal en strebe etter dersom en er fornøyd med livet som det er? Forskning viser at forandring i relasjon til helseprosesser, viser seg i forståelse og endret tankemønster, der mennesket kan forme livet og helsen sin for å nå et høyere nivå av helse (Salmela et al, 2007). Dette støttes opp om av funnene som viser at deltagerne har brukt kunnskapen fra hverdagsrehabilitering og endret tankemønster og holdninger for å nå målet om å bo lengst mulig i eget hjem.

Konklusjon og implikasjoner for praksis:

Studien konkluderer med at ansatte i hverdagsrehabilitering kan bidra med hjelp og støtte slik at eldre forsones med lidelse, får framtidshåp og opplever frihet. Studien har overførbarhet til praksis og relasjonsmodellen om helsepersonells betydning kan brukes i andre sammenhenger der helsepersonell møter personer med funksjonsnedsettelse. Studien avdekket tre hovedtema som kan gi økt kunnskap til helsepersonell som arbeider med hverdagsrehabilitering eller som møter mennesker med funksjonsfall. Denne kunnskapen gir ny forståelse av hvordan brukere opplever sykdom og alderdom, og hvilken betydning hverdagsrehabilitering har for livssituasjonen deres.

Litteraturreferanser

Arman, M. & Hök, J. (2015). Self-care follows from compassionate care – chronic pain patients' experience of integrative rehabilitation. *Scandinavian Journal of Caring Science*. 2015. doi: 10.1111/scs.12258

Arman, M., Ranheim, A., Rydenlund, K., Rytterström, P. & Rehnsfeldt, A. (2015). The Nordic Tradition of Caring Science: The Works of Three Theorists. *Nursing Science Quarterly* 4 (28) s. 288-296. Doi: 10.1177/0894318415599220

Arman, M. & Rehnsfeldt, A. (2007). The 'Little extra' that alleviates suffering. *Nursing Ethics*(14)3, s. 372-386. Doi: <https://doi-org.galanga.hvl.no/10.1177/0969733007075877>

Birkeland, A., Langeland, E., Tuntlant, H., Jacobsen, F.F. & Førland, O. (2018). Hverdagsrehabilitering- spesialisert eller integrert? *nordisk Tidsskrift for Helseforskning nr. 1*(14). Doi: <http://dx.doi.org/10.7557/14.4403>

Birkeland, A., Tuntland, H., Førland, O., Jakobsen, F.F. & Langeland, E. (2017). Interdisciplinary collaboration in reablement – a qualitative study. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 10. S. 195-203
Doi:<https://doi.org/10.2147/JMDH.S133417>

Eriksson, K. (1995). *Den lidande människan*. Oslo: Tano: Aschehoug.

Eriksson, K. & Lindström, U. Å. (2003). Klinisk vårdvetenskap. I: K. Eriksson & U. Å. Lindström (Red.). *Gryning II, Klinisk vårdvetenskap* (s. 3-20). Vasa: Institutionen for vårdvetenskap, Åbo Akademi.

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

Førland, O. & Skumsnes, R. (2016). *Hverdagsrehabilitering. En oppsummering av kunnskap*. Omsorgsbiblioteket. Hentet fra: <https://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/handle/11250/2412233/hverdagsrehabilitering.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Hansen, E.B., Eskelinen, L., Rahbæk, M.Ø. & Helles, J.N. (2015). *Ældres deltagelse i hverdagsrehabilitering- muligheter og utfordringer*. Rapport. København:Kora. Hentet fra: http://www.kora.dk/media/3482208/10858_aeldres-oplevelse-hverdagsrehab.pdf

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

Helse- og omsorgsdepartementet (2015-2020). *Regjeringens plan for omsorgsfeltet 2015-2020*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. Hentet fra: https://www.regjeringen.no/contentassets/af2a24858c8340edaf78a77e2f9cb7/omsorg_2020.pdf

Helsinkideklarasjonen (2013). *WMA Declaration of Helsinki- Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects*. Hentet fra <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>

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* (9). s. 575-585). Doi: <https://doi.org/10.2147/JMDH.S115588>

Hjelle, K.M., Tuntland, H., Førland, O. & Alvsvåg, H. (2016). Driving for home-based reablement; a qualitative study of older adults' experiences. *Health and social care in the community*. 2016. doi: 10.1111/hsc.12324.

Huse, K. (2016). *Å være sin egen herre- en kvalitativ studie om eldres erfaringer med hverdagsrehabilitering*. (Masteroppgave). Fakultet for helse- og sosialfag: NTNU

Jokstad, K., Landmark, B.T., Hauge, S. & Skovdahl, K.-I. (2016). Eldres erfaringer med hverdagsrehabilitering- mestring og muligheter- krav og støtte i et dynamisk samspill. *Tidsskrift for omsorgsforskning* 2(3). S. 212-221. DOI: [10.18261/issn.2387-5984-2016-03-07](https://doi.org/10.18261/issn.2387-5984-2016-03-07)

Langeland, E., Førland, O., Aas, E., Birkeland, A., Folkestad, B., Kjekken, I., Jacobsen, F.F. & Tuntland, H. (2016). *Modeller for hverdagsrehabilitering- en følgeevaluering i norske kommuner: Effekter for brukerne og gevinster for kommunene?* Senter for omsorgsforskning, Vest: rapportserie 6/2016. Bergen: Senter for omsorgsforskning

Levy-Malmberg, R. Eriksson, K. & Lindholm, L. (2008). Caritas- caring as an ethical conduct. *Scandinavian Journal of Caring Science* (22) s. 662-667. doi: 10.1111/j.1471-6712.2007.00578.x

Malterud, K. (2017). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning: En innføring*[4.utg]. Oslo: Universitetsforlaget.

Ness, N.E., Laberg, T., Haneborg, M., Granbo, R., Færevaa, L. & Butli, H. (2012). *Hverdagsmesting og hverdagsrehabilitering*. Oslo: Ergoterapeutene, Norsk Sykepleierforbund, Norsk Fysioterapiforbund. Hentet 14. Februar 2017 fra

http://hverdagsrehabilitering.no/sites/hverdagsrehab/files/Rapport%20Hverdagsrehabilitering_0.pdf

- Salmela, S., Fagerström, L. & Eriksson, K. (2007). Begreppsbestämning av förändring i relation till hälsoprosesser. *Nordic Journal of Nursing Research & Clinical Studies/Vård i Norden*. (4) 86, vol. 27 s. 20-25
- Samuelsen, M. (2015). *Eldres opplevelser med hverdagsrehabilitering- en kvalitativ intervjustudie*. (Masteroppgave). Fakultet for helsevitenskap, Høgskolen i Vestfold og Buskerud
- Tuntland, H., Aaslund, M.K., Espehaug, B., Førland, O. & Kjekken, I. (2015). Reablement in community-dwelling older adults: a randomized controlled trial. *BMC Geriatric*. 4. 15:145. doi: 10.1186/s12877-015-0142-9
- Tuntland, H. & Ness, N.E. (2014). Hva er hverdagsrehabilitering? I: H. Tuntland & N.E. Ness (Red.). *Hverdagsrehabilitering*. s. 21-41. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Wilde, A. og Glendinning, C. (2012). 'If they're helping me then how can I be independent?' The perceptions and experience of users of home-care re-ablement services. *Health and Sosial care in the community*, 20: 583-590. doi:[10.1111/j.1365-2524.2012.01072.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2524.2012.01072.x)
-

Vedlegg 2



Benny Huser
Avdeling for helsefag Høgskolen Stord/Haugesund
Postboks 1064
5407 STORD

Vår dato: 24.10.2016

Vår ref: 50280 / 3 / BGH

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 29.09.2016. Meldingen gjelder prosjektet:

| | |
|----------------------|---|
| 50280 | <i>Hverdagsrehabilitering En kvalitativ studie om hvilken betydning hverdagsrehabilitering har for brukerens opplevelse av egen helse</i> |
| Behandlingsansvarlig | Høgskolen Stord/Haugesund, ved institusjonens øverste leder |
| Daglig ansvarlig | Benny Huser |
| Student | Anne Lise Økland |

Personvernombudet har vurdert prosjektet, og finner at behandlingen av personopplysninger vil være regulert av § 7-27 i personopplysningsforskriften. Personvernombudet tilrår at prosjektet gjennomføres.

Personvernombudets tilråding forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, ombudets kommentarer samt personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, <http://www.nsd.uib.no/personvern/meldeplikt/skjema.html>. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://pvo.nsd.no/prosjekt>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 31.12.2017, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Kjersti Haugstvedt

Belinda Gloppen Helle

Kontaktperson: Belinda Gloppen Helle tlf: 55 58 28 74

Dokumentet er elektronisk produsert og godkjent ved NSDs rutiner for elektronisk godkjenning.

Personvernombudet for forskning



Prosjektvurdering - Kommentar

Prosjektnr: 50280

FORMÅL

Formålet med prosjektet er å finne ut hvilken betydning hverdagsrehabilitering har for brukerne og hvordan de opplever egen helse. Studien søker ny kunnskap om hverdagsrehabilitering som intervensjon i tillegg til å få frem brukernes egen beskrivelse av hvordan det er å få dette hjelpetilbudet. Studien vil ha fokus på helse som ontologisk begrep og hva som oppleves som meningsbærende for helsen hos mennesker som mottar hverdagsrehabilitering.

INFORMASJON OG SAMTYKKE

Utvalget (brukere) informeres skriftlig og muntlig om prosjektet og samtykker til deltakelse. Informasjonsskrivet er godt utformet.

REKRUTTERING

Informantene skal i følge meldeskjemaet rekrutteres gjennom kommunen. Det vil ikke opprettes kontakt mellom brukerne og studenten før de har ytret ønske om å delta i prosjektet. Personvernombudet mener rekrutteringsformen er tilstrekkelig for konfidensialitet og at frivilligheten ved deltagelse ivaretas gjennom prosessen.

SENSITIVE PERSONOPPLYSNINGER

Det behandles sensitive personopplysninger om helseforhold.

INFORMASJONSSIKKERHET

Personvernombudet legger til grunn at forsker etterfølger Høgskolen Stord/Haugesund sine interne rutiner for datasikkerhet. Dersom personopplysninger skal lagres på mobile enheter, bør opplysningene krypteres tilstrekkelig.

PROSJEKTLUTT OG ANONYMISERING

I meldeskjemaet/informasjonsskrivet har dere informert om at forventet prosjektlutt er 31.12.2017. Ifølge meldeskjemaet skal dere da anonymisere innsamlede opplysninger. Anonymisering innebærer at dere bearbeider datamaterialet slik at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes. Det gjør dere ved å slette direkte personopplysninger, slette eller omskrive indirekte personopplysninger og slette digitale lydopptak.

Vedlegg: Prosjektvurdering

Kopi: Anne Lise Økland anneliseokland@gmail.com

Vedlegg 3: Framleggsvurdering fra Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk REK vest-Norge (REK vest)

Vår ref. nr.: 2017/230

Prosjekttittel: "Hverdagsrehabilitering- lengst mulig i eget liv. "

Prosjektleder: Anne Lise Økland

Til Anne Lise Økland.

Vi viser til fremleggingsvurdering innsendt 30.01.2017.

Formålet med prosjektet er å finne ut hvilken betydning hverdagsrehabilitering har for brukere og hvordan de opplever egen helse. Studien vil ha fokus på helse som ontologisk begrep og hva som oppleves som meningsbærende for helsen hos mennesker som mottar hverdagsrehabilitering. Slik vi forstår det, har du allerede fått godkjenning av NSD for å gjennomføre prosjektet.

Helseforskningsloven gjelder for medisinsk og helsefaglig forskning på mennesker, humant biologisk materiale eller helseopplysninger. Medisinsk og helsefaglig forskning defineres som "virksomhet som utføres med vitenskapelig metodikk for å skaffe til veie ny kunnskap om helse og sykdom", jf. helseforskningsloven § 4 bokstav a. Slike prosjekter må søke REK.

Dette står i motsetning til kvalitetssikringsprosjekter. Helse- og omsorgsdepartementets veileder til helseforskningsloven definerer kvalitetssikring som prosjekter, undersøkelser og evalueringer som har som formål å kontrollere at diagnostikk og behandling faktisk intenderte resultater. Slike prosjekter regnes som en del av helsetjenesten og trenger ikke søke REK.

Etter vår vurdering anses prosjektet som en evaluering av helsetjenesten, og som dermed faller utenfor virkeområdet til helseforskningsloven. Du trenger ikke søke REK om godkjenning.

Jeg gjør oppmerksom på at konklusjonen er veiledende, jf. forvaltningsloven § 11. Dersom du likevel ønsker å søke REK, vil søknaden bli behandlet i komitémøte og det vil bli fattet et enkeltvedtak etter forvaltningsloven.

Med

vennlig

hilsen

Trine Anikken Larsen

Seniorkonsulent

post@helseforskning.etikkom.no

T: 55978498

Regional komité for medisinsk og helsefaglig
forskningsetikk REK vest-Norge (REK vest)
<http://helseforskning.etikkom.no>



Vedlegg 4: Søknad om forskning og utvikling

| |
|---|
| Navn på studenten: Anne Lise Økland Tittel: Sykepleier Arbeidssted Sveio Kommune Mailadresse: anneliseokland@gmail.com Telefon: 92800915 |
| Studiens tittel: Hverdagsrehabilitering Kryss av: Masterstudie i Klinisk helse og omsorgsvitenskap Overordnet problemstilling/forskningsspørsmål: ”Hvilken betydning har hverdagsrehabilitering for brukerens opplevelse av egen helse?” |
| Studiedesign: Intervjuundersøkelse. Hva slags data skal samles inn? Brukere sine opplevelser av hvordan det er å få hverdagsrehabilitering som tjenestetilbud og hva de opplever som meningsfullt om sin egen helse. |
| Tidsrom for studien/undersøkelser i en anonymisert kommune: Jeg ønsker å starte på intervjuene snarest, slik at jeg er ferdig med intervjuene før påske om dette er gjennomførbart fra kommunens side. Hvilken innsats forventes det av kommunen? Hjelp til å rekruttere informanter. U.t. har utarbeidet eget informasjonsskriv til kommune og til informanter. Det er ønskelig med 4-6 intervjuer snarest. Studien ferdigstilles november 2017. Milepæler i prosjektet som berører kommunen: |

Ny kunnskap om hverdagsrehabilitering.

Forventet nytteverdi for anonymisert kommune:

Ny kunnskap til praksisfeltet: Forskning viser at det er for lite kunnskap om hvordan hverdagsrehabilitering oppleves for brukerne.

Plan for formidling:

Publisering via Høgskulen på Vestlandet (HVL) /Brage, evt. muntlig presentasjon til helsepersonell i anonymisert kommune dersom det er ønskelig.

Det er planlagt å publisere en artikkel i etterkant av studien.

Navn på lærested: Høgskulen på Vestlandet (HVL)

Navn på veileder: Benny Huser

Mailadresse: benny.huser@hvl.no

Telefon: 53491453

Vedlagt søknaden dersom mulig:

Godkjent prosjektplan

Informasjonsskriv om studien (til informantene)

Intervjuguide/spørreskjema

Dersom aktuelt - godkjenning fra REK

Anonymisert kommune ønsker å lese gjennom relevante deler av oppgaven før den ferdigstilles for å sikre faktaopplysninger om kommunen og sitatsjekk ved intervju.

Vedlegg 5: Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

Hverdagsrehabilitering.

Kjære Deg som leser dette- **De får denne forespørselen fordi jeg ønsker å høre om dine opplevelser med Hverdagsrehabilitering og egen helse. Sender her skriftlig informasjon og mulighet for samtykke til deltagelse.**

Bakgrunn og formål

Bakgrunn for studien er at jeg som sykepleier i kommunen har stor interesse for hvordan personer som bruker kommunale tjenester opplever å få ulike typer helsehjelp.

Formålet med studien er å få ny kunnskap til helsepersonell om hvilken betydning hverdagsrehabilitering har for eldres opplevelse av egen helse. Studiet søker ny kunnskap om hverdagsrehabilitering som intervensjon i tillegg til å få frem brukernes egen beskrivelse av hvordan det er å få dette hjelpetilbudet.

Problemstillingen er: ”Hvilken betydning har hverdagsrehabilitering for brukerens opplevelse av egen helse?”. Prosjektet er en del av masterstudiet Klinisk helse og omsorgsvitenskap ved Høgskulen Stord/Haugesund, avd. Stord.

Hva innebærer deltakelse i studien?

De må være villig til å treffe meg for en hyggelig samtale helst innen. Jeg kan komme hjem til deg eller vi kan avtale å treffes på et sted som er egnet. Datainnsamlingen krever aktiv deltagelse i form av personlig intervju med varighet på om lag 1,5 time fra jeg kommer til jeg går. Intervjuene vil tilpasses tider som passer for deg, jeg tar med forfriskninger.

Spørsmålene vil omhandle tema innen hverdagsrehabilitering der De som intervjuobjekt blir spurt om dine opplevelser med hverdagsrehabilitering og egen helse- Jeg ønsker å høre din historie. Innsamlede data vil registreres på lydopptak og notater.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Alle personopplysninger vil bli behandlet konfidensielt. Det er kun prosjektleder og veileder ved Høgskulen Stord/Haugesund som vil ha tilgang til opplysningene. Innsamlede data anonymiseres og lagres i låsbart rom og adskilt fra øvrige data. I oppgavefremstillingen vil du som person bli omtalt som bruker av hverdagsrehabilitering eller eldre.

Deltakerne vil ikke kunne gjenkjennes i publikasjonen.

Prosjektet skal etter planen avsluttes 31.12.2017. Personopplysninger distribueres og slettes fra elektroniske enheter ved prosjektets slutt.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien, og du kan når som helst trekke ditt samtykke uten å oppgi noen grunn. Dersom du trekker deg, vil alle opplysninger om deg bli anonymisert. Deltagelse i prosjektet vil ikke ha innvirkning på deltagerens forhold til behandlere eller andre dersom de ikke ønsker å delta i studiet eller senere velger å trekke seg.

Dersom du ønsker å delta eller har spørsmål til studien, ta kontakt med prosjektleder **Anne Lise Økland**, telefonnr: **92800915**. Veileder for prosjektet er **Benny Huser**, telefonnr: **53 49 14 53**.

Svar på forespørsel ønskes etter 1 uke.

Studien er godkjent av Norsk Samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS (NSD).

Med vennlig hilsen

Anne Lise Økland.

Vedlegg 6: Informasjonsskriv til kommunen

Informasjonsskriv om forskningsprosjekt i *Hverdagsrehabilitering* med forespørsel om å rekruttere informanter fra kommunen.

Bakgrunn og formål

Bakgrunn for denne studien er at jeg som sykepleier med etterutdanning i rehabilitering har stor interesse for hvordan brukere av kommunale tjenester selv opplever å få ulike typer helsehjelp. Formålet med studien er å få ny kunnskap til helsepersonell om hvilken betydning hverdagsrehabilitering har for eldres opplevelse av egen helse. Studiet søker å få omsorgsvitenskapelig kunnskap ut til fagfeltet og forene teori med praksisfeltet. Studiet er en masteroppgave ved Høgskulen Stord/Haugesund avd. Stord.

Utvalget er valgt ut fra kriteriene for å motta hverdagsrehabilitering. Avgrensningen er eldre personer med funksjonsnedsettelse som har behov for kommunale tjenester og har rehabiliteringspotensiale. Det er med bakgrunn i dette jeg tar kontakt med kommunen Deres i håp om å rekruttere informanter til studien.

Informantene kan være aktive innen hverdagsrehabilitering per dags dato eller ha avsluttet treningen- det er deres opplevelser som er relevant i denne sammenheng.

Hva innebærer deltakelse i studien?

Datainnsamlingen krever aktiv deltagelse i form av personlige intervju med varighet på om lag 1,5 time. Spørsmålene vil omhandle tema innen hverdagsrehabilitering (som deltagelse, livskvalitet, sosial støtte, selvstendighet, omsorg) der intervjuobjektet blir spurt om sine opplevelser med hverdagsrehabilitering og sin egen helse. Dataene vil registreres på lydopptak og notater.

Hva skjer med informasjonen om informantene?

Alle personopplysninger vil bli behandlet konfidensielt. Kun prosjektleder og veileder vil ha tilgang til personopplysninger og datamateriale. Opptak og notater og evt. minnepenn lagres i låsbart rom. Navneliste på deltagerne av studien oppbevares på bærbar pc med brukernavn og passord, og anonymiseres.

Deltakerne vil ikke kunne gjenkjennes i publikasjonen.

Prosjektet skal etter planen avsluttes 31.12.2017. Personopplysninger distribueres og slettes fra elektroniske enheter ved prosjektets slutt.

Informasjonsskriv

Personene som kan være aktuelle kandidater får et informasjonsskriv med samtykkeerklæring, dette legges ved slik at dere kan dele det ut til aktuelle kandidater. Kandidatene kan velge selv om de ønsker å ta kontakt, eller de kan gi beskjed til dere som er trenere om å bringe samtykket videre til undertegnet slik at jeg kan ta kontakt og avtale et møte. Dersom Dere har spørsmål eller vil vite mer om prosjektet kan jeg gjerne komme på besøk og fortelle litt om studien i forkant av rekruttering.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien, og informantene kan når som helst trekke sitt samtykke uten å oppgi noen grunn. Dersom de trekker seg, vil alle opplysninger bli anonymisert. Deltagelse i prosjektet vil ikke ha innvirkning på deltagerens forhold til behandlere eller andre dersom de ikke ønsker å delta i studiet eller senere velger å trekke seg.

Svar ønskes 1 uke etter dere har mottatt dette informasjonsskrivet.

Dersom du vet om noen som ønsker å delta eller har spørsmål til studien, ta kontakt med prosjektleder **Anne Lise Økland**, telefonnr: **92800915**. Veileder for prosjektet er **Benny Huser**, telefonnr: **53 49 14 53**

Samtykke til deltakelse i studien

Svar ønskes innen 1 uke.

Jeg har mottatt informasjon om studien, og er villig til å delta

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Vedlegg 7: Intervjuguide

TEMA GUIDE

Problemstilling: ”Hvilken betydning har hverdagsrehabilitering (HR) for brukerens opplevelse av egen helse?”

Innledning: Kort og generelt om tanker og forventninger før oppstart av intervjuet?

Gjerne gi personlige eksempler underveis ☺

Hva har hverdagsrehabilitering gjort med/for helsen din?

Kan De fortelle om hvordan du opplevde HR?

Deltagelse: Hvordan opplevde du brukerdeltagelse: målsetning for HR/ egne mål, og bruk av COPM, rehabiliteringsplan?

Hva var viktig for deg? Relevante mål? Bevisst bruk i HR?

Hva var viktig for helsepersonell?

Rehabiliteringsplan- praktisk gjennomføring og oppfølging?

Hva opplevdes/ opplevdes ikke meningsfullt for deg og din helse?

Positive opplevelser av Hverdagsrehabilitering?

Negative opplevelser av Hverdagsrehabilitering?

Ivaretagelse av personlige behov – i ettertiden? (f. Eks sosial støtte- nettverk, aktiviteter- interesser, trening, eksistensielle behov- helhetlig/åndelig helse)

Syn på/Opplevelse av egen helse?

Avslutning: Hvilket totalinntrykk sitter du igjen med?

Anbefalinger- oppfordringer- noe en bør satse på?

Råd/ advarsler til

a) andre kommuner som tenker å starte opp med HR?

b) andre mennesker som har behov for HR?