

MASTEROPPGAVE
Helse og Empowerment
Mai 2017

”Det var som å se sola på en mørk dag”

En kvalitativ studie av brukeres opplevelser og erfaringer med
hverdagsrehabilitering

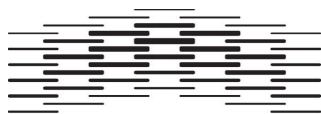


Illustrasjonsfoto (Eigersund.kommune.no)

Andrea Myhrstuen

Fakultet for helsefag

Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid



**HØGSKOLEN I OSLO
OG AKERSHUS**

Sammendrag

En kvalitativ studie av brukeres opplevelser og erfaringer med hverdagsrehabilitering

Bakgrunn: Framskrivninger i folketallene indikerer at det i årene fremover vil bli en høyere andel eldre mennesker, samtidig vil vi ikke få samme økning i antall yrkesaktive. En høyere andel eldre mennesker vil endre sykdomsbildet hvor flere eldre vil få funksjonssvikt. Dette fordrer at helsetjenesten må finne nye løsninger som er bærekraftige og helsefremmende. Hverdagsrehabilitering representerer en tjeneste hvor fokuset er flyttet fra passiv mottak av hjelp til aktivitet og egenmestring. Det er foreløpig gjort lite forskning på hvordan brukerne opplever og erfarer hverdagsrehabilitering og derfor interessant å undersøke hva som er betydningsfullt for brukerne i en hverdagsrehabiliteringsprosess.

Hensikt: Studiens hensikt er å belyse og utvikle kunnskap om brukeres opplevelser og erfaringer med hverdagsrehabilitering.

Teoretisk forankring: Det teoretiske perspektivet i studien er teori om hverdagsrehabilitering, empowerment, salutogenese, mestringstro og motivasjon.

Metode: Kvalitativ metode er benyttet for å besvare studiens forskningsspørsmål. Syv semi-strukturerte intervjuer er gjennomført. Utvalget bestod av kvinner (n=5) og menn (n=2) mellom 65-92 år. Kvalitativ innholdsanalyse ble benyttet for å analysere de innhentede dataene.

Resultat: Hovedfunnene og fortolkninger synes å vise at det er spesielt tre områder som er betydningsfulle for brukerne av hverdagsrehabilitering; *gode relasjoner, fagkompetanse og god organisering og mestringsopplevelser.*

Konklusjon: Studien konkluderer med at brukernes opplevelser og erfaringer med hverdagsrehabilitering i stor grad er positive. Det kan se ut som om det er klare sammenhenger mellom områdene og at disse påvirker hverandre.

Nøkkelbegreper: hverdagsrehabilitering, helsefremmende arbeid, aktive eldre, empowerment, brukermedvirkning, motivasjon, mestring, salutogenese, ”self-efficacy”.

Abstract

A qualitative study of users' experiences with reablement

Background: Projections in the population indicate that in the years to come there will be a larger proportion of older people, but occupational activists will not have a similar increase. A larger proportion of elderly also cause change in the disease image. This requires the health service to find new sustainable and health promoting solutions. Reablement represents a service where focus has shifted from passive reception of help to activity and self-sufficiency. There is currently limited research on how users experience reablement and therefore interesting to investigate what's important for the users.

Purpose: The purpose of the study is to illuminate and develop knowledge about the user's experiences with reablement.

Theoretical anchoring: The theoretical perspective of the study is theory of reablement, empowerment, salutogenesis, coping and motivation.

Methods: Qualitative method has been used to answer the research question. Seven semi-structured interviews were conducted. The sample consisted of women (n = 5) and men (n = 2) aged 65-92. Qualitative content analysis was used to analyze the data.

Results: The main findings and interpretations in the study seem to indicate that there are three areas that are important; *Good relations, professional competence and organization* and *coping experiences*.

Conclusion: The study concludes that users' experiences with reablement to a great extent are positive. It may look that there are clear connections between the areas and that these affect each other.

Keywords: reablement, health promotion, active elderly, empowerment, user involvement, motivation, coping, salutogenesis, "self-efficacy".

Forord

Arbeidet med denne masteroppgaven har vært både krevende, frustrerende, lærerikt og interessant. Underveis i prosessen har det vært oppturer og nedturer som til sammen har vært med på å forme oppgaven slik den fremstår i dag. Gjennom studien har jeg tilegnet meg kunnskap i form av fagkunnskap, struktur og selvdisiplin. Et spesielt fokus er rettet mot brukerperspektivet og min interesse for dette området har bare blitt større underveis i prosessen. Når det er sagt, hadde ikke studien vært mulig å gjennomføre uten støtte og veiledning fra andre.

Jeg vil rette en stor takk til avdelingslederne i bydelene som var positive og hjalp til med rekrutteringen av informanter. Uten dere ville dette blitt vanskelig. Videre vil jeg også rette en stor takk til alle informantene som stilte opp på intervjuene og delte sine opplevelser og erfaringer.

Takk til mine medstudenter som gjennom masterseminarer har gitt gode tilbakemeldinger samt stilt kritiske spørsmål som har vært med på å gjøre oppgaven bedre. Takk også til medstudenter som har motivert meg til å fortsette i perioder hvor motivasjonen ikke har vært på topp.

En takk rettes også til min hovedveileder, professor Sidsel Tveiten. Takk for at du har stilt opp både sent og tidlig og bidratt med konstruktive tilbakemeldinger, veiledning og motiverende ord på veien. Jeg vil også takke min biveileder Magne Haukland for gode faglige innspill samt mye latter og humor.

Andrea Myhrstuen

Høgskolen i Oslo og Akershus 2017

Innholdsfortegnelse

1.0 INNLEDNING	8
1.1 STUDIENS HENSIKT, TEMA OG FORSKNINGSSPØRSMÅL	9
1.2 FORFORSTÅELSE	9
1.2.1 PERSONLIG BEGRUNNELSE	10
1.2.2 FORFORSTÅELSE	10
1.3 AVGRENSING OG BEGREPSAVKLARING	11
1.3.1 AVGRENSNING	11
1.3.2 BEGREPSAVKLARING	12
1.4 OPPGAVENS STRUKTUR	13
2.0 TIDLIGERE FORSKNING OG TEORETISK PERSPEKTIV	14
2.1 TIDLIGERE FORSKNING	14
2.1.1 SØKEHISTORIKK	14
2.1.2 EFFEKT AV HVERDAGSREHABILITERING	17
2.1.3 BRUKERERFARINGER	18
2.1.4 ORGANISATORISKE FORHOLD OG SUKSESSKRITERIER	19
2.1.5 HOVEDINNTRYKK ETTER SØK	19
2.2 HVERDAGSREHABILITERING	20
2.2.1 HVERDAGSMESTRING	21
2.2.2 HVERDAGSREHABILITERING SOM EN HELSEFREMMEDE ARBEIDSFORM	22
2.2.3 MÅLGRUPPE	23
2.2.4 BRUKERMEDVIRKNING OG AUTONOMI I HVERDAGSREHABILITERING	24
2.2.5 TVERRFAGLIG SAMARBEID	25
2.3 EMPOWERMENT	26
2.3.1 MAKTFORDELING, MEDVIRKNING OG ANERKJENNELSE	27
2.3.2 EMPOWERMENT SOM STRATEGI FOR HELSEFREMMEDE ARBEID	30
2.4 SALUTOGENESE	32
2.5 MESTRINGSTRO OG MOTIVASJON	34
2.5.1 MESTRINGSTRO	34
2.5.2 MESTRINGSTRO SOM GRUNNLAG FOR ATFERDSENDRING	36
2.5.3 MOTIVASJON	37
2.5.4 UTVIKLING AV EGNE MÅL SOM MOTIVASJONSFAKTOR	38
3.0 METODE	39
3.1 FENOMENOLOGISK-HERMENEUTISK PERSPEKTIV	39
3.2 UTVALG	40
3.3 DATAINNSAMLING	42
3.4 ETISKE OVERVEIELSER	43
3.4.1 INFORMERT SAMTYKKE	43
3.4.2 ANONYMISERING OG KONFIDENSIALITET	43
3.5 DATAANALYSE	44
3.5.1 TRANSKRIPSJON	44
3.5.2 ANALYSEPROSESSENS FIRE TRINN	45
4.0 FUNN OG FORTOLKNINGER	48
4.1 GODE RELASJONER	48
4.1.1 BETYDNINGEN AV EMOSJONELT SAMSPILL	48
4.1.2 BETYDNINGEN AV STØTTE	49
4.1.3 BETYDNINGEN AV TRYGGHET OG EMPATI	50
4.2 FAGKOMPETANSE OG GOD ORGANISERING	51

4.2.1 BETYDNINGEN AV TID	52
4.2.2 BETYDNINGEN AV FAGKUNNSKAP, HOLDNINGER OG FERDIGHETER	53
4.3 MESTRINGSOPPLEVELSER	54
4.3.1 BETYDNINGEN AV POSITIVE HOLDNINGER	54
4.3.2 BETYDNINGEN AV Å OPPLEVE FREMGANG	55
4.3.3 BETYDNINGEN AV Å VÆRE SELVSTENDIG	56
5.0 METODEDISKUSJON	57
5.1 KRITISK REFLEKSJON OVER METODOLOGI	57
5.1.1 RELIABILITET	57
5.1.2 VALIDITET OG OVERFØRBARHET	59
5.2 FORSKERENS DOBBELTROLLE	60
6.0 DISKUSJON AV FUNN OG FORTOLKNINGER	61
6.1 GODE RELASJONER	61
6.1.1 FAGUTØVERENS MØTE MED BRUKEREN	61
6.1.2 BETYDNINGEN AV DET SOSIALE	63
6.1.3 TOMROM OG ENSOMHET NÅR TEAMET TREKKER SEG UT	64
6.1.4 OPPLEVELSEN AV TRYGGHET OG STØTTE	65
6.2 FAGKOMPETANSE OG GOD ORGANISERING	67
6.2.1 TVERRFAGLIG SAMARBEID	67
6.2.2 FAGUTØVEREN VS. BRUKEREN SOM EKSPERT	68
6.2.3 BETYDNINGEN AV TID OG RESSURSER	70
6.3 MESTRINGSOPPLEVELSER	72
6.3.1 TILRETTELEGGE FOR MESTRING	72
6.3.2 MOTIVASJON	74
6.3.3 UTARBEIDELSE AV MÅL	76
6.3.4 BRUKERMEDVIRKNING OG AUTONOMI I PRAKSIS	78
6.4 UTFORDRINGER I PRAKSIS	79
6.4.1 HVERDAGSREHABILITERING FOR ALLE?	79
6.4.2 AKTIV ALDERDOM	80
6.4.3 SAMFUNNET ELLER INDIVIDETS ANSVAR?	81
7.0 AVSLUTNING	82
REFERANSELISTE	84

Oversikt over tabeller

Tabell 1: Oversikt over inkluderte studier

Tabell 2 : Demografisk fremstilling av utvalg

Tabell 3 : Oversikt over hovedkategorier med tilhørende underkategorier

Tabell 4 : Eksempel på utdrag av analyseprosessen

Oversikt over figurer

Figur 1: Rehabiliteringspyramiden (Kristiansand kommune, 2013)

Figur 2: Hverdagshjulet (Gausdal kommune, 2017)

Figur 3: Empowerment på ulike nivåer og faktorer som påvirker (Sørensen et al.,2002)

Figur 4: Opplevelsen av sammenheng – tre komponenter (Nielsen, 2013)

Oversikt over vedlegg

Vedlegg 1 : Vedtak fra Regionale etiske komiteer (REK)

Vedlegg 2: Meldeskjema til Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD)

Vedlegg 3: Godkjenning fra Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD)

Vedlegg 4: Informasjonsskriv om studien

Vedlegg 5: Informasjonsskriv/Samtykkeskjema til informantene

Vedlegg 6: Intervjuguide

Vedlegg 7: Inklusjons/eksklusjonskriterier

Vedlegg 8: Emneordbank

Vedlegg 9: Søkehistorikk

1.0 Innledning

”Omsorgskrisen skapes ikke av eldrebølgen, men av forestillingen om at omsorg ikke kan gjøres annerledes enn i dag” (NOU 2011:11, s. 22).

Framskrivninger i folketallene indikerer at det i årene fremover vil bli en betydelig økning i antall eldre mennesker i Norge, men at vi ikke vil få samme økning i antall yrkesaktive (Ness, Laberg, Haneborg, Granbo, Færevaa & Butli., 2012). En større andel eldre mennesker vil også føre til et endret sykdomsbilde. Med økende alder økes risikoen for flere og mer sammensatte sykdommer som kan gi utfordringer med å mestre daglige gjøremål eller samfunnsdeltakelse (Tuntland & Ness, 2014). Dette innebærer at fagpersonene må tenke nytt og se på alternative løsninger til den helsetjenesten vi har i dag. Fra politisk hold legges det større vekt på helsefremmende arbeid for å imøtekomme disse utfordringene. I stortingsmelding 29 kommer det blant annet frem at fremtidens omsorgstjeneste skal inneholde faglig omlegging og større vekt på tidlig innsats og hverdagsrehabilitering (Meld.St.29 (2012-2013), 2013). Dette innebærer at innbyggernes egenomsorg skal styrkes ved å ta i bruk arbeidsmetoder som vektlegger forebyggende og helsefremmende tiltak, samt at det skal legges større vekt på å sette mennesker i stand til å leve et ønsket hverdagsliv (Tuntland & Ness, 2014). På bakgrunn av denne omleggingen har hverdagsrehabilitering vokst frem i norske kommuner med et fokus på at eldre er og vil være aktive og deltakende. I hverdagsrehabilitering tenkes og handles det på nye måter ved å dreie tankegangen fra passiv mottak av hjelp til aktivitet og egenmestring (Tuntland & Ness, 2014). Politikernes tanke er at en slik dreining skal bidra til å bevare og vedlikeholde brukernes funksjonsnivå og helse, og dermed utsette mer omfattende pleiebehov (Ness et al., 2012).

Selv om denne dreiningen i utgangspunktet må sees som noe positivt, kan det å gå fra tradisjonelle hjemmetjenester med fokus på omsorg og pleie til hverdagsrehabilitering hvor aktivitet og egenmestring vektlegges, også medføre utfordringer både for helsepersonell og for brukerne av tjenesten. For å utvikle hverdagsrehabilitering som tjeneste er det viktig å lytte til hvordan brukerne ønsker å ha det, og hva brukerne mener tjenesten skal inneholde. Det er nødvendig å spørre brukerne hva som er viktig i en rehabiliteringsprosess i hjemmet og hvordan det på best mulig måte kan tilrettelegges for at brukerne skal bli selvstendige. Frem til nå er det gjort få studier knyttet til brukernes opplevelser og erfaringer med hverdagsrehabilitering (Ness et al., 2012), og det er derfor et viktig fokusområde dersom

tjenesten skal utvikle seg videre. Endringen fra passiv mottak av hjelp til aktivitet og egenmestring kan også ses i lys av empowerment, da det å bli empowered innebærer å ha makt eller autoritet og å bli i stand til å ta kontroll over eget liv (Askheim, 2015). I denne studien ønsker jeg å undersøke brukernes opplevelser og erfaringer med hverdagsrehabilitering.

1.1 Studiens hensikt, tema og forskningsspørsmål

Studiens hensikt er å belyse og utvikle kunnskap om brukeres opplevelser og erfaringer med hverdagsrehabilitering. Formålet med studien er økt kunnskap til feltet som kan være et grunnlag for videre utvikling av hverdagsrehabilitering som fagfelt og dets anvendbarhet i praksis. Brukernes egne opplevelser og erfaringer kan bidra til økt bevissthet hos fagutøverne rundt hva som er betydningsfullt for brukerne, som igjen kan bidra til videreutvikling av hverdagsrehabilitering.

Tittel: *”Det var som å se sola på en mørk dag”*

Tema: *En kvalitativ studie av brukeres opplevelser og erfaringer med hverdagsrehabilitering.*

Forskningsspørsmål:

- Hva ved hverdagsrehabilitering har betydning for brukerne?

1.2 Forforståelse

Forforståelsen er den ”ryggsekken” vi bringer med oss inn i forskningsprosjektet, før prosjektet starter (Malterud, 2013). I kvalitative studier kan det være vanskelig å fri seg fra forforståelsen fordi forskeren bruker seg selv som instrument (Fog, 2005). Det er viktig å være oppmerksom på at forforståelsen både kan gi næring og styrke til prosjektet, men samtidig påvirke blikket på en måte som er uhenksom for prosjektet ved at man lar forforståelsen overdøve den kunnskapen som det empiriske materialet kunne ha levert (Malterud, 2013). Jeg vil derfor redegjøre for min egen bakgrunn, erfaringer og de faglige perspektiver jeg hadde før studien startet og som dannet grunnlaget for interessen for temaet. Videre vil jeg redegjøre for hva jeg gjorde for å frigjøre meg fra min egen forforståelse.

1.2.1 Personlig begrunnelse

Ofte er forforståelsen en viktig side av forskerens motivasjon for å sette i gang forskning på et bestemt tema (Malterud, 2013). I mitt tilfelle var det interessen for hverdagsrehabilitering og spesielt for brukervedvirkning som gjorde at jeg ønsket å utføre denne studien. Med min erfaring som ergoterapeut i kommunal sektor har jeg sett hvordan hverdagsrehabilitering har tatt form de siste årene. Jeg har selv fått erfare oppstart og utviklingen av hverdagsrehabilitering, og har derfor noen meninger om hva som fungerer og hva som kan gjøres annerledes i tiden fremover.

1.2.2 Forforståelse

Slik jeg forstår hverdagsrehabilitering så er det et satsningsområde fra myndighetene som gradvis rulles ut i landet. Selv tenker jeg at behovet for en ny og mer forebyggende helsetjeneste er veien å gå og at fokuset på rehabilitering og aktiv aldring er positivt. Likevel har jeg en opplevelse av at det finnes et gap mellom hvilke forventninger brukerne har til helsetjenesten og hvordan hverdagsrehabilitering imøtekommer disse forventningene. Dette tror jeg kommer til uttrykk ved at brukerne opplever at de ikke får den hjelpen de mener de er i behov av da fokuset på egenmestring er så fremtredende i hverdagsrehabilitering. Min erfaring er at en endring fra omsorg og pleie til aktivitet og egenmestring må jobbes med i lang tid, både hos brukere og fagutøvere, for å oppnå mer effektive helsetjenester. Jeg tenker også at hverdagsrehabilitering og dets innhold ikke er utviklet tilstrekkelig, og at dette bør være fokusområde i fremtiden dersom metoden skal fungerer i praksis.

Før denne studien startet hadde jeg en tanke om at brukerne ikke riktig kunne forklare hva hverdagsrehabilitering var, samt at teorien som legges til grunn for hverdagsrehabilitering ikke ville komme frem i brukernes historier. Jeg var også kritisk til hvordan brukervedvirkning blir utført i praksis, og om brukervedvirkningen er så fremtredende som man gir uttrykk for at den er. Som ergoterapeut har jeg en iboende tankegang om at brukervedvirkning er helt nødvendig i alle helsetjenester, samt at forståelsen av å se hele mennesket og hvordan det er formet av sine omgivelser er viktig. Min erfaring er at brukerne får medvirke innenfor visse rammer, og i noen tilfeller medvirke ut i fra andres interesser. Forforståelsen min bygger videre på tanken om at tverrfaglig samarbeid er en nødvendighet, samt at definerte suksesskriterier som for eksempel bevisst valg av målgruppe, kapasitet i teamet og hjemmetjenestene samt utarbeidelse av en felles forståelse bør legges til grunn for

at hverdagsrehabilitering skal være nyttig og effektivt både for brukerne og for kommunene. Etter å ha fulgt implementeringen av hverdagsrehabilitering, mener jeg at arbeidsmetoden fortsatt må utvikles i praksis, slik at brukerne opplever en helhetlig tjeneste med den oppfølgingen de er i behov av.

Jeg har under hele prosessen hatt et bevisst forhold til min forforståelse og forsøkt å sette denne til side og se materialet med nye øyne. Ved å forsøke å se materialet med nye øyne har jeg fått en bredere forståelse av feltet, samt en større innsikt i brukernes perspektiv. I forkant av studien gjorde jeg meg kjent med feltet ved å undersøke hvordan hverdagsrehabilitering var organisert i de ulike bydelene, snakket med avdelingsledere av tjenesten samt oppsøkte tidligere forskning på feltet. Hensikten med dette var å utvide kunnskapen og forståelsen om hverdagsrehabilitering og bidra til et bredere blikk. Før jeg gikk i gang med studien skrev jeg også et arbeidsnotat som inneholdt hva jeg trodde jeg ville finne i min studie. Dette ga meg et innblikk i hva jeg mente jeg visste på forhånd og ble brukt som en påminnelse under hele analyseprosessen. For å styrke studiens troverdighet ble det underveis gjort overveielser i forhold til metodiske valg. Dette blir beskrevet i kapittel 5.0. Selv om jeg hadde et aktivt og bevisst forhold til min forforståelse, skal man likevel være oppmerksom på at forforståelsen nok kan ha påvirket tolkningen av materialet.

1.3 Avgrensning og begrepsavklaring

1.3.1 Avgrensning

I denne studien er det et bevisst valg ikke å fokusere på informantenes diagnoser. Dette fordi hverdagsrehabilitering bygger på et tankesett hvor deltakelse og mestring vektlegges fremfor diagnose (Tuntland & Ness, 2014). Det er derimot tatt utgangspunkt i informantenes daglige og sosiale liv, noe som gjenspeiles i intervjuguiden (vedlegg 6). Pårørende-perspektivet kunne vært relevant, men på grunn av plassmangel har jeg valgt å ikke vektlegge dette i denne oppgaven. Tradisjonell rehabilitering har fått mindre fokus i det teoretiske perspektivet i oppgaven da hverdagsrehabilitering bygger på mange av de samme prinsippene. Videre er det ikke rettet fokus mot individuell plan da min erfaring er at dette ikke brukes aktivt i hverdagsrehabilitering på bakgrunn av at hverdagsrehabilitering er en tidsavgrenset tjeneste. I Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) står det at individuell plan er for ”.. pasient og bruker med behov for langvarige og koordinerte helse- og omsorgstjenester...” (Pasient- og

brukerrettighetsloven, 1999, §2-5). Likevel er jeg innforstått med at individuell plan er noe pasienter med behov for langvarige og koordinerte tjenester har krav på.

1.3.2 Begrepsavklaring

Opplevelser

En opplevelse vil si innholdet av en persons subjektive erfaringer, enten det henger sammen med ytre sansepåvirkning, emosjonell tilstand, tankeprosesser, motivasjon eller annet (Det store norske leksikon, 2016). I denne studien viser opplevelse til en hendelse en person har vært med på og hvordan dette følte for den enkelte personen.

Erfaringer

Erfaring er i denne studien definert som den kunnskapen en person får gjennom egne opplevelser. Opplevelsen er satt i forhold til tidligere opplevelser ved tankemessig bearbeiding. Ut i fra denne definisjonen forstås erfaring som kunnskap man kan oppnå over tid.

Fagutøver og team

En fagutøver er en person som har kunnskap, ferdigheter og holdninger lært gjennom utdanning og praksis (Skaalvik & Skaalvik, 2005). I denne studien viser fagutøver til en person som jobber i et hverdagsrehabiliteringsteam. I hverdagsrehabilitering kan en fagutøver være fysioterapeut, ergoterapeut, sykepleier eller helsefagarbeider. Begrepet team defineres her som en gruppe mennesker som jobber sammen mot et felles mål, hvor de er gjensidig avhengig av hverandres prestasjoner for å nå målet (Bjerkrheim, 2014). Team retter seg her mot hverdagsrehabiliteringsteamet, altså alle fagutøverne som jobber sammen om hverdagsrehabilitering i den respektive bydelen.

Bruker og informant

Betegnelsen bruker blir i denne studien forstått ut i fra pasient- og brukerrettighetsloven hvor bruker blir betegnet som ”en person som anmoder om eller mottatt tjenester omfattet av helse- og omsorgstjenesteloven som ikke er helsehjelp” (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §1-3.). Informant viser til en av de syv personene som har deltatt i denne studien.

Hverdagsrehabilitering og hverdagsmestring

Hverdagsrehabilitering blir beskrevet både som en kommunal tjeneste til innbyggerne, men blir også omtalt som en metode å jobbe på. Denne studien har tatt utgangspunkt i rapporten ”Hverdagsmestring og hverdagsrehabilitering” (Ness et al., 2012) hvor de anvender hverdagsmestring som et tankesett og hverdagsrehabilitering som en arbeidsform (Ness et al., 2012).

Aktivitet

Aktivitet viser til daglige aktiviteter, også kalt ADL – aktiviteter (activities of daily living). Trening i ADL-aktiviteter har som mål å fremme personens evne til å mestre aktiviteter ved å bygge på bedring som er oppnådd på kroppsfunksjonsnivå. Disse funksjonene anvendes så i daglige aktiviteter (Helsedirektoratet, 2010).

Helsefremmende arbeid

Mæland (2010) definerer helsefremmende arbeid på følgende måte: ”*prosessen som setter den enkelte i stand til økt kontroll over forhold som virker inn på helsen, og derigjennom bedre sin egen helse*” (Mæland, 2010. s.15). Helsefremmende arbeid blir i denne studien forstått som en ressursorientert arbeidsform som vektlegger personers helse og ressurser, fremfor sykdom og begrensninger (Meld. St. 29 (2012-2013), 2013).

1.4 Oppgavens struktur

Kapittel en inneholder innledning, en presentasjon av studiens hensikt, tema og forskningsspørsmål samt beskrivelse av forskerens personlige bakgrunn og forforståelse. *Kapittelet* avsluttes med studiens avgrensninger og begrepsavklaring. *Kapittel to* tar for seg tidligere relevant forskning og presenterer teoretisk perspektiv for studien. Deretter følger *kapittel tre* med beskrivelse av studiens forskningsmetode, etiske overveielser og analyseprosess. I *kapittel fire* fremstilles studiens funn og fortolkninger ved hjelp av hoved- og underkategorier etterfulgt av *kapittel fem* som tar for seg metodediskusjon. I *Kapittel seks* diskuteres studiens funn og fortolkninger opp mot relevant teori og forskning. *Kapittel syv* utgjør siste kapittel i studien med avslutning, konklusjon og forslag til videre forskning. Til

slutt i oppgaven følger en referanseliste samt nummererte vedlegg som blir vist til underveis i oppgaven.

I forhold til referansehenvisninger er APA-style fulgt i henhold til retningslinjer lagt av Høgskolen i Oslo og Akershus.

2.0 Tidligere forskning og teoretisk perspektiv

I dette kapitlet beskrives relevant empiri og teori som danner det teoretiske perspektivet for studien. Det teoretiske perspektivet sier noe om hvordan man leser materialet og identifiserer mønstre (Malterud, 2013). I samspill med datainnsamling og analyse har det teoretiske perspektivet blitt utviklet underveis, og teori som virket relevant i begynnelsen har blitt mindre relevant i løpet av prosessen og omvendt. Først i dette kapitlet beskrives søkehistorikken samt hva tidligere forskning sier om hverdagsrehabilitering. Deretter redegjøres det for det teoretiske perspektivet som omhandler hverdagsrehabilitering, empowerment, salutogenese, mestringstro og motivasjon.

2.1 Tidligere forskning

2.1.1 Søkehistorikk

For å få en oversikt over tidligere forskning på feltet ble det tidlig i prosessen og før intervjuene startet, gjort systematiske elektroniske søk i ulike databaser. Systematiske elektroniske søk vil si et omfattende søk hvor informasjonsinnhentingen er planmessig og begrunnet, samt at det er gjort flere søk i databaser med utstrakt bruk av søkeord (Universitetet i Oslo, 2014). Dette var nødvendig for å kunne sette seg inn i det aktuelle feltet og komme frem til problemstillingen. Det teoretiske perspektivet har utviklet seg i løpet av prosessen, og etter at intervjuene var gjennomført og analysert ble det gjort nye litteratursøk. Søkeprosessen startet med å lage en emneordbank med både norske og engelske ord (vedlegg 8). Jeg brukte hovedsakelig fritekstfeltet i databasene, men i der jeg fant relevante emneord brukte jeg disse. Det ble henholdsvis søkt i fire databaser; Pubmed, Cinahl, Norart og Cochrane (vedlegg 9). For at studiene skulle bli inkludert i oppgaven måtte de være publisert etter år 2000, inneholde et eller flere av mine søkeord og diskutere hverdagsrehabilitering eller aspekter ved hverdagsrehabilitering. Det var også et inklusjonskriterium at studien var fagfellevurdert og tilgjengelig i fulltekst. Det ble til sammen inkludert tretten studier. For å

komplimentere det teoretiske perspektivet ble det gjort manuelle søk gjennom referanselister, bøker og ulike interessesider for hverdagsrehabilitering. Manuelle søk vil si de søkene man gjør uten å bruke en systematisk søkestrategi i databaser (Forsberg & Wenstrøm, 2015).

Tabell 1: Oversikt over inkluderte studier fra elektroniske søk

Forfatter (utgivelsesår)	Design/metode	Hensikt	Hovedfunn
Moe & Brinchmann (2016)	Individuelle intervjuer	Undersøke fagutøveres erfaringer med hverdagsrehabilitering	Resultatene viser til fire viktige faktorer ved hverdagsrehabilitering: å sette individuelle mål hos brukerne, motivasjonsarbeid fra fagutøverne, helhetlig menneskesyn og å vektlegge det sosiale aspektet hos brukerne.
Tuntland, Kjekken, Langeland, Folkestad, Espehaug, Førland og Aaslund (2016)	RCT	Finne frem til potensielle faktorer som bidrar til aktivitet, deltakelse og tilfredshet hos brukere av hverdagsrehabilitering	Det kom frem at faktorer som bidro til aktivitet, deltakelse og tilfredshet var diagnose og funksjonsnivå, kjønn og motivasjon.
Winkel, Langberg, Wæhrens (2015)	RCT	Undersøke hvordan hverdagsrehabilitering innvirker på ADL-ferdigheter hos eldre mennesker	Resultatene viste signifikant bedring i ADL-ferdigheter i løpet av 12 uker. Funnene viste også at alder og tidligere kommunal hjelp ikke utgjorde noen forskjell
Rabiee og Glendinning (2011)	Individuelle intervjuer og observasjon	Undersøke hvordan brukerne opplevde organisering og innhold i hverdagsrehabilitering	Resultatene viser at det var viktig at brukerne forstod visjonen med tjenesten, tilgangen på spesialisert kunnskap og kapasitet i teamet. Videre viser resultatene at det var vanskelig å vende forventningene fra tradisjonelle hjemmetjenester til aktivitet og

			egenmestring
Hjelle, Tuntland, Førland og Alsvåg (2016)	Individuelle intervjuer	Beskrive hvordan eldre mennesker opplever å delta i hverdagsrehabilitering	Resultatene identifiserte tre forhold som var betydningsfulle for brukerne: å ville bli bedre, være i eget hjem og i kjente omgivelser, og få støtte fra hjemmetrenerne.
Tuntland, Aaslund, Espehaug, Førland og Kjekken (2015)	RCT	Undersøke effekten av hverdagsrehabilitering sammenlignet med tradisjonell hjemmesykepleie	Et 10 ukers rehabiliteringsprogram viste signifikant bedring i aktivitet og tilfredshet hos brukerne
Kjerstad og Tuntland (2016)	RCT	Evaluerer kostnadseffektivitet av hverdagsrehabilitering	Resultatene viste at hverdagsrehabilitering er mer kostnadseffektiv sammenlignet med vanlige hjemmetjenester.
Hjelle, Skutle, Førland, Alsvåg (2016)	Fokusgruppeintervjuer	Undersøke det tverrfaglige teamets opplevelse av å jobbe med hverdagsrehabilitering	Resultatene viste at strukturelle faktorer som felles møtetider og steder, tilstrekkelig tid og god kunnskap fremmer tverrfaglige og faglige avgjørelser
Stav, Hallen, Lane og Arbesman (2012)	Metaanalyse	Undersøke hvilke helsefordeler det gir for eldre å utføre daglig aktivitet og være aktive	Resultatene viste at ved å være i aktivitet og utføre daglige aktiviteter opplevde de eldre større velvære og livskvalitet.
Birkeland og Natvig (2009)	Individuelle intervjuer	Undersøke hvordan eldre mennesker mestrer å være syke og leve alene	Resultatene viser at det psykologiske satte grenser for hvilke aktiviteter de eldre deltok i og at mestringsstrategier som å akseptere situasjonen var viktig for å overkomme psykologiske begrensninger
Wilde og Glendinning (2012)	Individuelle intervjuer (del av større mixed-method studie)	Undersøke hvilken betydning hverdagsrehabilitering har for brukerne	Studien konkluderer med at brukerne opplevde fremgang ved å delta

			hverdagsrehabilitering. Videre at det fantes barrierer hos de eldre knyttet til endringen fra passiv mottak av hjelp til aktivitet. Resultatene viste også at det var mindre potensial for brukere med kroniske diagnoser, spesifikke kulturelle behov og aleneboende.
Hansen, Eskelien, Rahnbæk og Helles (2015)	Individuelle intervjuer	Undersøke eldre menneskers perspektiv på deltakelse i hverdagsrehabilitering	Resultatene viste at eldre først og fremst ønsket å gjenvinne ferdigheter, bestemme egen dagsrytme og bli mest mulig selvstendige i hverdagsaktiviteter
Lewin, De San Miguel, Knuiman, Alan, Boldy, Hendrie & Vandermeulen (2013)	RCT	Undersøke effekten av Home Independence Program (HIP)	Resultatene støttet tidligere funn og viste at deltakelse i kortvarige rehabiliteringsprogram reduserte behovet for kontinuerlig hjemmesykepleie

Oppsummering av tabell

Tidligere forskning viser at det finnes relevant forskning på feltet og at de fleste studier er publisert etter 2009. Det ser ut til at alle studiene identifiserer positive faktorer ved hverdagsrehabilitering, men at de fleste studiene konkluderer med at det må mer forskning til for å vise til entydige resultater.

2.1.2 Effekt av hverdagsrehabilitering

Frem til nå er det gjort flere kvantitative studier, alle randomiserte kontrollerte studier, som har undersøkt effekten av hverdagsrehabilitering. Det er blant annet forsket på hvilken effekt hverdagsrehabilitering har på utførelse av dagliglivets aktiviteter, egenopplevd helse og livskvalitet, fysisk funksjon og aktivitet samt økonomisk effekt for kommunene (Kjerstad & Tuntland, 2016; Tuntland et al., 2016; Tuntland et al., 2015; Winkel et al., 2015). Når det gjelder effekt på utførelse av daglige aktiviteter er det foreløpig lite forskning som viser at

hverdagsrehabilitering har større effekt enn vanlige hjemmetjenester. Likevel finnes det forskning som viser signifikante forskjeller. Winkel et al. (2015) finner en signifikant bedring i ADL-aktiviteter hos eldre som har deltatt i hverdagsrehabilitering samt at Tuntland et al. (2015) sine resultater viser en signifikant bedring i aktivitet og tilfredshet hos brukerne. Studier gjort på egenopplevd helse relatert livskvalitet er ikke entydige, men antyder at de som har mottatt hverdagsrehabilitering har bedre helse relatert livskvalitet (Tuntland, et al., 2015). En systematisk litteraturgjennomgang av Stav, Hallen, Lane og Arbesman (2012) viste at engasjement i daglig aktivitet blant annet gir bedre livskvalitet, bedre fysisk og psykisk funksjon, mindre depresjon og at eldre som er aktive lever lengre. En studie av Tuntland et al. (2015) viser at eldre som har mottatt hverdagsrehabilitering er mer aktive, men det ses vanskelig å finne signifikante forskjeller når det gjelder bedre fysisk funksjon etter hverdagsrehabilitering. Det er foreløpig gjort få studier knyttet til økonomisk effekt av hverdagsrehabilitering. En Australsk studie finner at brukere som hadde mottatt hverdagsrehabilitering trengte mindre pleie i etterkant enn de som hadde mottatt vanlige hjemmetjenester og dermed hadde det en økonomisk gevinst for kommunene (Lewin et al., 2013). Overføringsverdien fra denne studien kan sies å være noe usikker da norske og Australske helsetjenester er organisert ulikt. Den første, og foreløpig eneste studien på økonomisk effekt av hverdagsrehabilitering i Norge er Kjerstad og Tuntland (2016) sin rapport fra Voss som ble publisert i 2016. Rapporten konkluderer med at hverdagsrehabilitering er en kostnadseffektiv tjeneste sammenlignet med standard tjenester som tilbys i norske kommuner (Kjerstad & Tuntland, 2016). Etter å ha gått gjennom tidligere forskning som tar for seg effekten av hverdagsrehabilitering ses det vanskelig å finne entydige resultater.

2.1.3 Brukererfaringer

Da jeg søkte etter brukeres erfaringer med hverdagsrehabilitering fant jeg fire studier; to engelske, en norsk og en dansk studie. Alle studiene hadde kvalitative intervju som metode. Den norske studien (Hjelle, Tuntland, Førland & Alvsvåg, 2016) identifiserte tre forhold ved hverdagsrehabilitering som var betydningsfulle for brukerne; å ville bli bedre, være i eget hjem og i kjente omgivelser samt å få støtte fra hjemmetrenerne. Den danske studien (Hansen, Eskelien, Rahnæk & Helles, 2015) fant at de eldre først og fremst ønsket å gjenvinne ferdigheter, bestemme egen dagsrytme og bli mest mulig selvstendige i hverdagsaktiviteter. Den første engelske studien avdekket at det kunne være vanskelig å vende forventningene fra

tradisjonelle hjemmetjenester til aktivitet og egenmestring (Rabiee & Glendinning, 2011). Den siste engelske studien fant også barrierer hos de eldre knyttet til endringen fra passiv mottak av hjelp til aktiv deltakelse. Dette var spesielt gjeldene hos brukere med langvarige lidelser og aleneboende med liten støtte fra pårørende (Wilde & Glendinning, 2012). Oppsummert kan det se ut som om det er identifisert noen faktorer som er betydningsfulle for brukerne i hverdagsrehabilitering, men at videre forskning er nødvendig.

2.1.4 Organisatoriske forhold og suksesskriterier

Frem til nå har det ikke lyktes forskeren å finne mange studier knyttet til organisatoriske forhold ved hverdagsrehabilitering. Det finnes ulike modeller fra kommune til kommune og det er sannsynlig at valg av modell gjøres ut i fra eksisterende organisasjonsstruktur i kommunene og lokale forhold i den enkelte kommunen (Ness et al., 2012). En kvalitativ studie fra England (Rabiee & Glendinning, 2011) har undersøkt organiseringen og innhold i hverdagsrehabilitering og funnet at de organisatoriske forholdene er av stor betydning for hvilken effekt hverdagsrehabilitering har for brukerne. To studier har identifisert såkalte suksesskriterier for hverdagsrehabilitering (Wilde & Glendinning, 2012; Rabiee & Glendinning, 2011). Resultatene i disse studiene viser blant annet at kapasitet i teamet og hjemmetjenestene, rask og fleksibel rehabiliteringsoppstart og dedikerte medarbeidere er avgjørende for å lykkes med hverdagsrehabilitering.

2.1.5 Hovedinntrykk etter søk

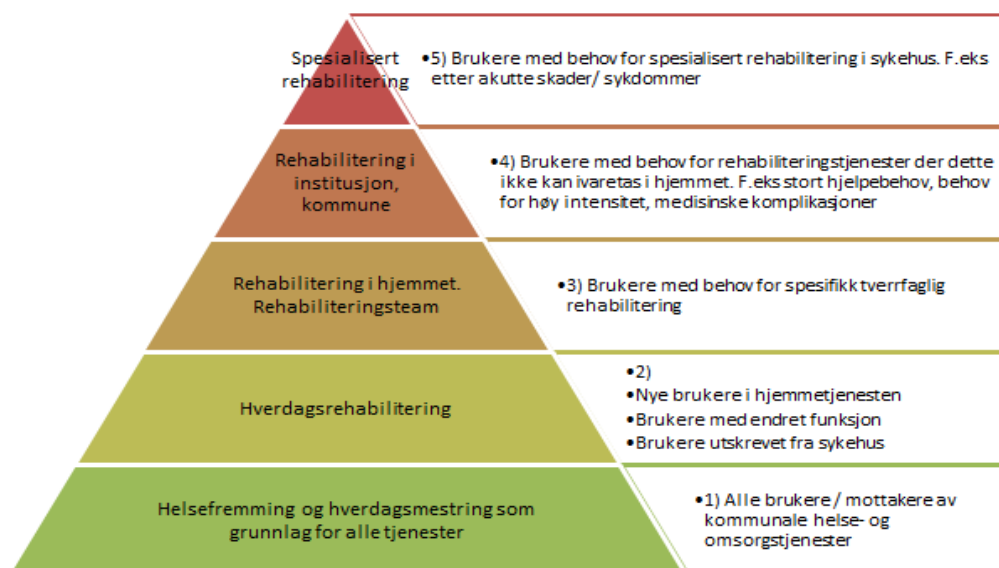
Ved søk gjort etter relevante studier lykkes forskeren i å finne både kvantitative og kvalitative studier innenfor feltet. De fleste kvantitative studiene tar for seg effekten av hverdagsrehabilitering hvor det blant annet måles kostnadseffektivitet, livskvalitet, fysisk funksjon og aktivitetsnivå før og etter deltakelse i hverdagsrehabilitering. Noen av de kvalitative studiene tar for seg fagpersoners opplevelse med hverdagsrehabilitering, mens få studier sier noe om brukernes erfaringer og opplevelser. Forskeren lykkes ikke med å finne studier på hverdagsrehabilitering gjort før 2009, noe som kan forklares med at hverdagsrehabilitering er en relativt ny tjeneste. Ut i fra søkene som er gjort kan det syntes at de kvantitative studiene ønsker å vise til signifikante forskjeller ved bruk av hverdagsrehabilitering for at satsingen kan fortsette. Det kan også se ut som at det frem til nå er vanskelig å vise til entydige resultater av betydningen av hverdagsrehabilitering både i kvantitative og kvalitative studier. Det er likevel et viktig utgangspunkt at forskere har

argumentert for at tilnærmingen har flere elementer i seg som styrker og myndiggjør brukerne på nye måter sammenlignet med tradisjonelle tjenester. Tuntland og Ness (2014) hevder at det finnes så mye erfaringer dokumentert i ulike kommuner at det ikke lenger er nødvendig å gå veien om hverdagsrehabilitering som prosjekt, heller at hverdagsrehabilitering bør innføres som ordinær drift fra starten av.

2.2 Hverdagsrehabilitering

Hverdagsrehabilitering ble for første gang introdusert som arbeidsmetode i Norge i 2008, og et prosjekt kalt "Hverdagsmestring" (Ness et al., 2012) var utgangspunktet for den videre utviklingen. Hverdagsrehabilitering bygger på samme forståelse som rehabilitering og er først og fremst en rehabiliterende arbeidsform. Figur 1 viser hvordan rehabilitering deles inn i fem nivåer, der de tre nederste viser til rehabilitering i personens nærmiljø og de to øverste til rehabilitering på institusjon. En slik inndeling er klargjørende fordi det avgrenser hverdagsrehabilitering mot andre rehabiliteringsformer. Figur 1 tydeliggjør at hverdagsrehabilitering er et kommunalt anliggende (Tuntland & Ness, 2014).

Figur 1: Rehabiliteringspyramiden



(Kristiansand kommune, 2013)

Rehabilitering i Norge er en lovfestet oppgave som er forankret i Helse- og omsorgstjenesteloven (2011), men det er opp til hver enkelt kommune å velge hvilken form rehabiliteringen skal ha (Tuntland & Ness, 2014). Rehabilitering defineres på følgende måte:

”..tidsavgrensede, planlagte prosesser med klare mål og virkemidler, der flere aktører samarbeider om å gi nødvendig assistanse til brukerens egeninnsats for å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse sosialt og i samfunnet” (St.meld. nr. 21 (1998-1999) 1998).

For å skille hverdagsrehabilitering fra annen rehabilitering har Førland og Skumsnes (2016) utformet følgende definisjon:

”Hverdagsrehabilitering er 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” (Førland & Skumsnes, 2016. s. 5).

Hverdagsrehabilitering kan altså forstås som en intensiv, ressursorientert arbeidsform som foregår i hjemmet til bruker i en begrenset tidsperiode, i hovedsak fra tre til tolv uker (Nordahl-Pedersen, Martinussen, Mikalsen & Lind Kassah, 2016). Målet med hverdagsrehabilitering er at brukerne skal kunne oppnå større grad av selvstendighet, delta i aktiviteter som er viktige for dem og å mestre de utfordringene hverdagen gir (Tuntland & Ness, 2014). Et viktig utgangspunkt er at det å delta i aktiviteter eller gjenoppta tidligere interesser er sentralt for å skape struktur i personens hverdag, samt at det bidrar til opplevelsen av mening og mestring (Prochaska, DiClemente & Norcross, 1992). Hverdagsrehabilitering kan forstås både som en rehabiliteringsform og som en tilnærming hvor brukeren selv styrer deltakelse og hverdagsmestring.

2.2.1 Hverdagsmestring

Hverdagsrehabilitering forutsetter en rehabiliterende tilnærming og Ness et al. (2012) hevder at en slik tilnærming må bygge på hverdagsmestring. Hverdagsmestring blir her definert som *”et forebyggende og rehabiliterende tankesett som vektlegger den enkeltes mestring i*

hverdagen uansett funksjonsnivå. Brukerstyring og vektlegging av den enkeltes ressurser og deltakelse står sentralt” (Ness et al., 2012, s. 35). Hverdagsmestring er relevant i rehabilitering og forebyggende helsearbeid av to grunner. For det første dreier hverdagsmestring seg om de repeterende gjøremålene i hverdagsaktiviteter som betyr at hverdagsaktivitetene utføres ofte og har stor betydning for å bevare helsen og opprettholde funksjonsnivået. For det andre er konteksten for hverdagsmestring den enkelte borgers hverdagsliv. Det er i hverdagslivet personen skal fungere i tiden fremover og hverdagslivet blir derfor en viktig arena for å oppnå selvstendighet. I en slik kontekst er det også lettere å avdekke de utfordringer som hindrer aktivitet og deltakelse (Ness, 2016). Det er viktig å presisere at hverdagsmestring ikke er unikt for hverdagsrehabilitering og kan også passe inn under andre arbeidsområder.

2.2.2 Hverdagsrehabilitering som en helsefremmende arbeidsform

I følge Regjeringen må det nå og i fremtiden satses på arbeidsmetoder som bidrar til nye helsefremmende tjenester (Meld.St.29 (2012-2013), 2013). Hverdagsrehabilitering anses å være en helsefremmende arbeidsform som vektlegger personens helse og ressurser, fremfor sykdom og begrensninger. Med en dreining fra ”hva trenger du hjelp til?” til ”hva er viktige aktiviteter for deg?” forstås hverdagsrehabilitering som en arbeidsform som innebærer økt innsats for å få brukerne i stand til å utføre meningsfulle aktiviteter (Ness et al., 2012). Dette innebærer at brukerens egne mål blir satt i sentrum for rehabiliteringen. Et viktig prinsipp i helsefremmende arbeid er å sette den enkelte eller fellesskapet i stand til økt kontroll over forhold som virker inn på helsen (Mæland, 2010). Ved å tilrettelegge for at brukeren kan oppnå selvstendighet, delta i aktiviteter som er viktige samt mestre de utfordringene hverdagen byr på, får brukerne muligheten til å ta kontroll over eget liv og dermed også kontroll over forhold som virker inn på deres helse. En slik tilnærming forstås som helsefremmende og blir satt i sammenheng med empowerment hvor det å bli empowered innebærer å ha makt eller autoritet og i størst mulig grad bli i stand til å ta kontroll over eget liv (Askheim, 2015). Et mål med hverdagsrehabilitering er at mennesker, også i høy alder, skal kunne leve aktive og gode liv på tross av funksjonsnedsettelse. Dette kan sies å være i tråd med det politiske rammeverket om ”aktiv aldring” som bygger på en forståelse om at eldre mennesker har et stort mangfold av ressurser, og at funksjonssvikt sjeldent medfører tap av alle ferdigheter og ressurser (Tuntland & Ness, 2014). Ved å fokusere på de ressursene

brukerne faktisk har, kan man lettere oppnå selvstendighet og mestring hos den enkelte som igjen gjør at brukerne kan ha kontroll over viktige deler av sitt liv.

Et annet viktig mål med hverdagsrehabilitering er å oppdage funksjonssvikt i en tidlig fase. I hovedsak tar hverdagsrehabilitering sikte på å fange opp funksjonsfallet lenge før personen blir pleietrengende, og dermed sette i gang rehabilitering på et tidlig tidspunkt. Ved å sette i gang innsats på et tidlig tidspunkt i funksjonsfallet gir det større mulighet for å begrense følger sykdom får for helse og livskvalitet. På bakgrunn av dette kan hverdagsrehabilitering også sies å være en form for sykdomsforebyggende arbeid (Tuntland & Ness, 2014).

2.2.3 Målgruppe

Målgruppen for hverdagsrehabilitering er hovedsakelig hjemmeboende over 65 år som har utfordringer i å delta i sine hverdagsaktiviteter. Det kan være personer som søker om helse- og omsorgstjenester for første gang, brukere som har kommet hjem fra sykehus og sykehjem eller brukere som søker om økte tjenester etter et funksjonsfall. Veldig ofte er det eldre mennesker som får tilbud om hverdagsrehabilitering, men det kan ses å være noe varierende hvordan norske kommuner bruker alder som inklusjonskriteria. De fleste bruker 65 år som en nedre aldersgrense, men noen kommuner er ikke så tydelige på dette. Hverdagsrehabilitering har til hensikt å være et lavterskeltilbud og med det som utgangspunkt kan en tenke seg at alle brukergrupper, uansett alder bør inkluderes. Rapporter fra norske kommuner (Stavanger kommune, 2013; Kristiansand kommune, 2013) viser likevel at brukere med omfattende kognitiv svikt, psykiske lidelser eller brukere som er i en palliativ fase ikke omfattes av hverdagsrehabilitering.

For å få tilbud om hverdagsrehabilitering kreves det at brukeren bor hjemme, enten alene eller sammen med noen. Personen må også ha et rehabiliteringspotensial (Tuntland & Ness, 2014). For å vurdere om brukeren har et rehabiliteringspotensiale bør det foretas en helhetlig vurdering hvor fysiske og psykiske forhold blir vurdert sammen med personens nettverk og omgivelser. Flere hverdagsrehabiliteringsteam legger ensidig vekt på at motivasjon for rehabilitering må være tilstede. Det kan synes urimelig å stille krav om motivasjon for rehabilitering like etter et funksjonsfall da brukerne kanskje er i behov av hjelp til å finne tilbake til motivasjonen eller motiveres til å finne andre meningsfulle aktiviteter som er gjennomførbare med de begrensningene de har. Det bør derfor kunne tilstrebes at personen er

motivert for egeninnsats, men ikke legges ensidig vekt på motivasjon som en faktor for tilbud om hverdagsrehabilitering (Tuntland & Ness, 2014).

2.2.4 Brukermedvirkning og autonomi i hverdagsrehabilitering

I hverdagsrehabilitering vektlegges brukermedvirkning i form av at brukeren selv deltar i utformingen av egen rehabiliteringsprosess. Man kan derfor si at hverdagsrehabilitering er en del av dreiningen fra paternalisme til demokrati og medvirkning og at oppmerksomheten er rettet mot hva den enkelte bruker opplever som viktig i hverdagslivet (Tuntland & Ness, 2014). Ved hjelp av et hverdagshjul skal brukeren selv definere hvilke hverdagsaktiviteter som er viktig å mestre ved at fagutøveren spør ”hva er viktig for deg?”.

Figur 2: Hverdagshjulet



(Gausdal kommune, 2017)

Med hverdagshjulet som utgangspunkt kan brukerne komme frem til hvilke områder det er viktig å fokusere på i tiden fremover. Ved at brukeren selv definerer disse aktivitetene kan brukeren oppleve selvbestemmelse. Selvbestemmelse betraktes i hverdagsrehabilitering som en bekreftelse ovenfor seg selv og omgivelsene om at en kan ta vare på seg selv (Tuntland &

Ness, 2014). Vektleggingen av selvbestemmelse kan sies å være i tråd med autonomi som handler om å ta kontroll over eget liv, og leve et liv basert på prinsipper og motiver som kan defineres som ens egne (Damerell, 2011). I hverdagsrehabilitering handler dette om at brukerne selv skal delta i og utføre hverdagsaktiviteter på egne premisser. Den enkelte bruker skal ha valgmuligheter og være med i beslutninger som angår hva det skal jobbes med. Tanken er at brukeren er ekspert i eget liv, og derfor må delta aktivt i egen rehabiliteringsprosess for å finne frem til de beste løsningene. Å være autonom kan også forstås som frihet hos den enkelte og å være fysisk uavhengig av andre, som for eksempel å forflytte seg uten assistanse. I følge Moe & Brinchmann (2016) blir eldre menneskers grad av autonomi svekket i det øyeblikket de blir avhengig av andre for å klare seg i eget hjem og i hverdagen. Fagutøverenes kunnskap og holdning til å identifisere og respektere brukernes ønsker, behov og utfordringer er derfor av stor betydning for å hjelpe brukerne til å bli så selvstendige som mulig, også der målene ikke er i tråd med helsevesenets forventninger.

2.2.5 Tverrfaglig samarbeid

Tverrfaglig samarbeid er et av de viktigste kjennetegnene ved hverdagsrehabilitering (Tuntland & Ness, 2014). Tverrfaglig samarbeid bygger på ulik, men likeverdig kunnskap hvor de ulike fagpersonene er gjensidig avhengig av hverandre for å kunne møte utfordringene til brukers beste (Helsekompetanse, udatert). Ved oppstart av hverdagsrehabilitering etableres et tverrfaglig team som samarbeider for å støtte brukeren i innsatsen for å gjenerobre hverdagsferdigheter (Nordahl-Pedersen et al., 2016). Et tverrfaglig hverdagsrehabiliteringsteam består av ergoterapeut, fysioterapeut, sykepleier og helsefagarbeidere. Noen kommuner velger å bruke hjemmetrenere, som er fagpersoner ansatt i den ordinære hjemmetjenesten. I hverdagsrehabilitering ligger fokuset på hverdagsmestring og for å møte brukernes aktivitetsutfordringer kreves det innsats og fagkompetanse fra ulike yrkesgrupper. De ulike faggruppene ser brukernes utfordringer med forskjellige ”briller” noe som gjør det lettere å nå målet om et aktivt hverdagsliv. Erfaringer viser derimot at det å jobbe tverrfaglig kan by på utfordringer med hensyn til samarbeid, måloppnåelse og brukernes selvbestemmelse (Nordahl-Pedersen et al., 2016). Spesielt er det utfordrende at terapeuter og pleiepersonell har ulike fagkulturer de bringer med seg inn i hverdagsrehabiliteringsteamet, da dette kan føre til interessekonflikter.

For å komme frem til mål og tiltak for rehabiliteringsprosessen bruker teamet tid på å kartlegge den enkelte brukers behov. I hovedsak rettes det fokus mot å kartlegge brukernes mål og fysiske funksjon ved hjelp av to standardiserte kartleggingsverktøy.

Kartleggingsverktøyene COPM (Canadian Occupational Performance Measure) og SPPB (Short physical performance battery) er gjeldende innenfor hverdagsrehabilitering. COPM utføres i hovedsak av ergoterapeuten og identifiserer hvilke aktiviteter som er viktige for brukeren og som er utfordrende å mestre. SPPB er en fysisk test som utføres av fysioterapeuten og kartlegger balanse, gangfunksjon og det å kunne sette seg og reise seg i raskt tempo (Nordahl-Pedersen et al., 2016). Testene utføres ved oppstart og avslutning av hverdagsrehabiliteringen, og brukes aktivt underveis for å motivere brukerne til videre arbeid mot egne mål.

2.3 Empowerment

Begrepet empowerment forekom allerede på 1920-tallet, men ikke før på slutten av 1970-tallet begynte man for alvor å ta i bruk begrepet i den vitenskapelige litteraturen. På den tiden hadde empowerment en klar kollektiv og politisk tendens og ble spesielt brukt i forbindelse med aktivisme og sosial mobilisering (Askheim, 2012). Begrepet ble tidlig knyttet til det politiske engasjementet med blant annet parolen "Power to the people" som vokste frem som en protestbevegelse i USA på slutten av 1960-tallet. I takt med tiden har også begrepet dels endret innhold, og det ser ut til at det i dag i større grad skrives frem en forståelse der individuell utvikling og ansvar vektlegges. Det finnes ingen god norsk oversettelse av begrepet og det er vanskelig å komme frem til en konsensusdefinisjon fordi begrepet fremstår ulikt i ulike settinger. I tråd med økt popularitet kan man se at innholdet har blitt mer uklart og mangfoldig som gjør at det kan være vanskelig å få tak i hva empowerment egentlig handler om. I denne studien blir WHO sin definisjon lagt til grunn for forståelsen av empowerment.

WHO:

...the process of increasing capacity of individuals or groups to make choices and to transform those choices into desired actions and outcomes to build individual and collective assets, and to improve the efficiency and fairness of the organizational and institutional context which govern the use of these assets and the expansion of assets and capabilities of poor people to participate in, negotiate in, negotiate with,

influence, control and hold accountable institutions that affect their lives (WHO, 2006, s.17).

Definisjonen over er valgt fordi den særlig vektlegger maktomfordeling fra fagperson til bruker, medvirkning fra brukeren selv og synet på at brukeren er ekspert i eget liv. Dette kan sies å være i tråd med viktige prinsipper i hverdagsrehabilitering.

Empowerment har spesielt i senere tid blitt viet stor oppmerksomhet innenfor helse- og sosialfagene. Dette fordi empowerment vektlegger betydningen av å støtte personer som befinner seg i en utsatt situasjon både når det gjelder å hjelpe et individ i en akutt situasjon, men også når det gjelder å fremme helse på lang sikt (Askheim, 2012). I all hovedsak kan man si at det går et skille mellom motmaktstiltakene og de individorienterte tiltakene i empowerment (Askheim, 2015). Denne studien tar utgangspunkt i sistnevnte fordi en slik tilnærming belyser prinsippene i hverdagsrehabilitering best. I en individorientert tilnærming til empowerment fokuseres det på å styrke den enkelte, slik at kraften og ressursene den enkelte har i seg kan utvikles (Askheim, 2015). I hverdagsrehabilitering ønsker man å fremme brukernes ressurser for å stimulere til selvstendighet og egenmestring. Gjennom mobilisering av indre styrke og ressurser kan brukerne nå sine mål. Selv om det finnes ulike tilnærminger til begrepet, er det en grunnleggende tanke at empowerment bygger på et positivt syn på mennesket som et i utgangspunktet aktivt og handlende individ, som vil og kan sitt beste dersom forholdene legges til rette for det (Askheim, 2015).

Ut i fra det som er beskrevet over er jeg er innforstått med at det finnes andre forståelser og fortolkninger av empowerment enn det jeg har gjort rede for her. Empowerment på gruppenivå blir derfor ikke vektlagt i denne oppgaven. Empowerment forstås i denne studien ut i fra brukeres deltakelse i hverdagsrehabilitering og den posisjonen brukerne har når det gjelder maktforhold, medvirkning og anerkjennelse.

2.3.1 Maktomfordeling, medvirkning og anerkjennelse

Empowerment bygger på tre viktige hovedprinsipper; maktomfordeling, medvirkning og anerkjennelse (Tveiten, 2016).

Maktomfordeling

Maktomfordeling er et kjerneområde innenfor empowerment og handler i stor grad om hvordan individer eller grupper som er eller har vært i en avmaktsposisjon kan komme seg ut av denne (Askheim, 2012). I denne oppgaven relateres makt til hvordan forholdet mellom fagutøver og bruker påvirker rehabiliteringsprosessen. Askheim (2015) hevder at det er viktig å være bevisst på hvordan makten utspilles i praksis. Først da kan man reflektere over hvordan man skal forholde seg til makten. Forholdet mellom fagutøver og bruker i hverdagsrehabilitering finner sted innenfor rammen av et asymmetrisk forhold, hvor fagpersonen befinner seg i en maktposisjon i forhold til brukeren som skal hjelpes ut av maktløsheten. Grimen (2009) beskriver maktforholdet mellom fagutøver og bruker som relasjonell makt. Utfordringene ved maktomfordeling i helsesektoren ligger i hvilken makt som skal fordeles og hvordan makten skal fordeles. De forskjellige faggruppenes arbeid med brukeren forstås ikke som uttrykk for makt, men som utøvelse av en profesjonell praksis styrt av deres kunnskaper og erfaring (Askheim, 2015). Det kan derfor være vanskelig å identifisere maktforholdet i en slik relasjon. Selv om makt i mange tilfeller blir oppfattet som negativt kan makt også forstås som noe positivt, som for eksempel effektivitet og muligheten til å foreta seg noe eller ta kontroll (Tveiten & Boge, 2014). Gjennom hverdagsrehabilitering kan brukeren hjelpes til å oppnå mest mulig kontroll over det som påvirker eget liv, egen helse og egen læring. Dette kan forstås som å hjelpe brukerne til å ha makt i kraft av seg selv.

Brukermedvirkning

Empowermentbegrepet understreker betydningen av å betrakte mennesker som aktører som ”selv vet hvor skoen trykker” (Tveiten & Boge, 2014). Dette kan forstås som brukermedvirkning som er et viktig prinsipp i hverdagsrehabilitering. Brukermedvirkning defineres blant annet som: ”...at de som berøres av en beslutning eller er brukere av tjenester, får innflytelse på beslutningsprosesser og utforming av tjenestetilbudet” (Meld.St.34 (1996-97), 1997). Brukermedvirkning relateres i denne studien til i hvilken grad brukerne har mulighet til å delta i utformingen av rehabiliteringsprosessen ut i fra egne premisser og forutsetninger. Brukermedvirkning handler i utgangspunktet om frihet, innflytelse og selvaktivering og kan forstås som brukernes mulighet til selvbestemmelse i møte med fagpersoner og fagtjenester (Aune, 2004). I hvilken grad brukeren opplever å ha innflytelse på tjenestetilbudet er av stor betydning for hans eller hennes generelle selvoppfatning og følelse av selvverd (Bollingmo, Høium & Johnsen, 2004). Selv om brukermedvirkning er en lovfestet

rettighet hos alle brukere av helsetjenester i Norge (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999), ses det å være mye av det som omtales som brukermedvirkning i dag som ikke er i tråd med reel brukermedvirkning. Reel brukermedvirkning fordrer vilje og åpenhet hos begge parter, både fagutøveren og brukeren. Brukerne skal tilføres makt og innflytelse slik at de i størst mulig grad kan ta selvstendige valg. Jo tidligere brukerne trekkes inn i beslutningsprosessen, jo mer reell påvirkning vil de ha (Askheim, 2012). I hverdagsrehabilitering er tanken at brukeren gis innflytelse og makt i form av å selv bestemme hvilke aktiviteter som er viktige. Dette gjøres med spørsmålet ”hva er viktig for deg?”. Brukermedvirkning har også en egenverdi i at mennesker som søker hjelp, på linje med andre, gjerne vil styre over viktige deler av eget liv, motta hjelp på egne premisser og bli sett og respektert i kraft av sin grunnleggende verdighet (Helsedirektoratet, 2014). Dersom brukeren i større grad kan påvirke omgivelsene gjennom egne valg og ressurser, vil det kunne påvirke selvbildet på en positiv måte og dermed styrke brukerens motivasjon.

Anerkjennelse

Et tredje prinsipp i empowermenttenkningen er anerkjennelse. Anerkjennelse bygger på den tyske filosofen Hegel som hadde en ide om at mennesker trenger hverandre for å utvikle seg til selvstendige individer (Jensen & Ulleberg, 2011). I hverdagsrehabilitering relateres anerkjennelse til hvordan samspillet mellom fagutøver og bruker utspilles underveis. I hverdagsrehabilitering ligger fokuset på å gi brukeren aksept i forhold til hvilke utfordringer brukeren har, samt anerkjenne innsats, arbeid og holdninger. Med dette er hensikten å styrke brukerens identitet som menneske samt motivere til fremgang i rehabiliteringsprosessen (Stokkeland, 2013). Brukere som mottar hverdagsrehabilitering befinner seg ofte i en sårbar posisjon, hvor anerkjennelse kan være et viktig element for å drive prosessen videre og komme tilbake til ønsket funksjonsnivå og deltakelse i hverdagslivet. Schibbye (1996) beskriver hvordan vi som mennesker er avhengig av hverandre for å utvikle en egen bevissthet og fremstå som selvstendige. Det er gjennom den andres anerkjennelse at man får et forhold til seg selv og kan utvikle et differensiert og autonomt selv (Schibbye, 1996). I hverdagsrehabilitering er det et uttalt mål at brukerne skal bli selvstendige, og et viktig bidrag til dette er fagutøverens forståelse og anerkjennelse. En anerkjennende relasjon har to nivåer; forståelse og praksis. Forståelsen skjer i det genuine møte mellom to subjekter hvor begge opplever likeverd, som for eksempel et møte mellom bruker og fagutøver. I praksis handler anerkjennelse om lytting, aksept, toleranse og bekreftelse (Schibbye, 1996). Fagutøveren vil i så måte være den som anerkjenner brukeren gjennom god kommunikasjon og gode relasjoner.

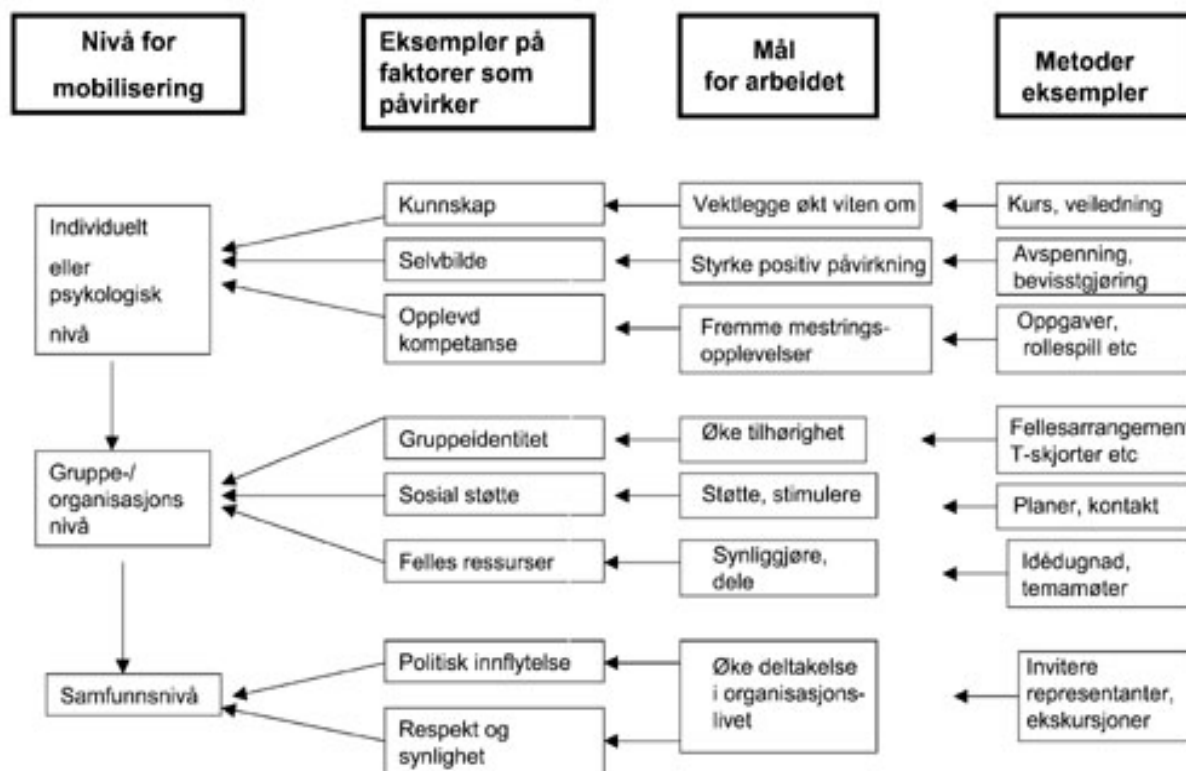
I følge Stokkeland (2013) er ros og anerkjennelse menneskets drivstoff, og derfor bør fokuset ligge på å se den enkelte brukers følelsesmessige opplevelser og akseptere og bekrefte disse. Brukeren skal være ekspert i eget liv og på egen opplevelse, og som fagutøver skal man ha respekt for brukerens versjon og historie. Samtidig skal fagutøveren være i stand til å inkludere brukerens historier og opplevelser i den faglige forståelsen (Jensen & Ulleberg, 2011). Anerkjennelse trenger nødvendigvis ikke bare være et middel til økt selvstendighet, men kan også være et mål i seg selv.

2.3.2 Empowerment som strategi for helsefremmende arbeid

Tradisjonelt sett har empowerment innenfor helsefremmende arbeid blitt definert som det motsatte av maktløshet, og kan forstås som en strategi for å styrke den enkeltes eller gruppens kompetanse og aktive medvirkning ved målsettinger (Hvas & Thesen, 2002). I hverdagsrehabilitering er målet å gjøre brukeren empowered ved at brukeren selv påvirker og deltar i rehabiliteringsprosessen. Ved at brukeren opplever kontroll over eget liv, kan det bidra til en mindre følelse av maktløshet og større opplevelse av mestring. Askheim og Starrin (2012) hevder at mennesker ikke kan oppnå optimal helse dersom de ikke har styring over de forhold som påvirker helsen deres.

Helsefremmende arbeid tar sikte på å fremme personlig vekst og å endre sosiale, miljømessige og økonomiske forhold (WHO, 1987). Dersom empowerment skal forstås som en strategi for helsefremmende arbeid er det nødvendig å forholde seg til empowerment både på individ-, gruppe- og samfunnsnivå. At flere nivåer trekkes inn i empowerment-begrepet hindrer at empowerment primært gjøres til et individuelt ansvar. Det er viktig å kjenne til hvordan maktløshet og empowerment utvikles, og hvilke faktorer som bidrar til denne utviklingen (Sørensen et al., 2002). Figur 3 viser hvordan ulike nivåer av empowerment har sammenheng med hverandre.

Figur 3: Empowerment på ulike nivåer og faktorer som påvirker



(Sørensen et al., 2002, s. 2381)

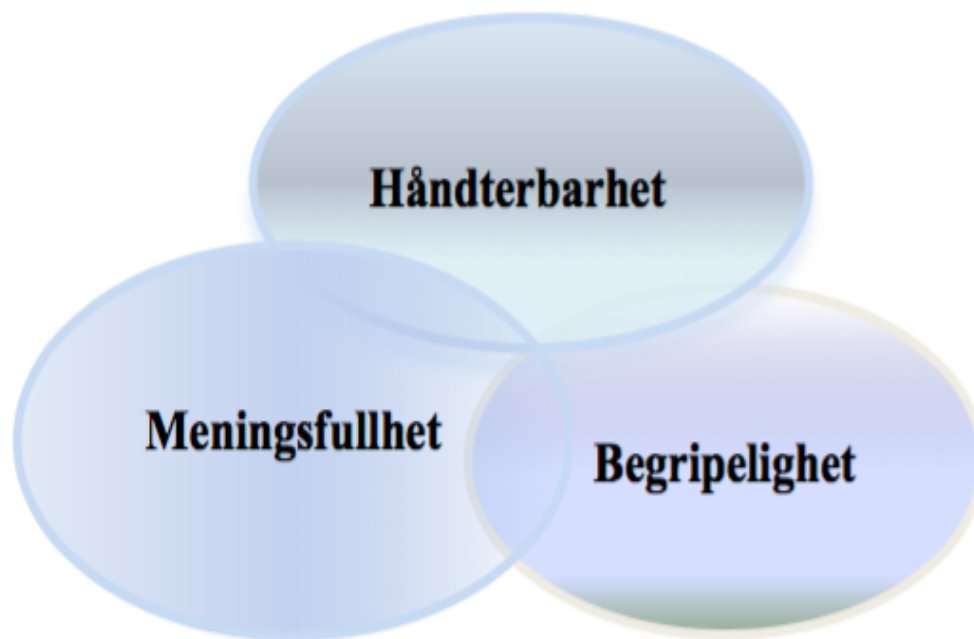
Andrews (2003) fokuserer på at det i praksis er enkeltindividet som fremstår som målgruppen for empowerment, og at det forventes at enkeltindividet skal endre seg. I hverdagsrehabilitering blir empowerment begrepet hovedsakelig brukt på individnivå der det handler om å styrke den enkelte brukers selvfølelse og troen på at man kan mestre aktiviteter man i utgangspunktet føler seg maktløse ovenfor. Når brukerne opplever økt mestring og selvstendighet, kan det betraktes som personlig myndiggjøring, og mennesket forstås som et aktivt handlende subjekt som vil og kan det beste for sitt eget liv (Strøm & Fagermoen, 2011). Dette er i tråd med viktige prinsipper i helsefremmende arbeid hvor mennesket blir betraktet som rasjonelle aktører som er i stand til å ta egne valg. Empowerment i sosialt arbeid har i stor grad blitt et spørsmål om å styrke brukerens evne til å overskride sin mentale fastlåshet, hvor hindringene for å realisere sin frihet anses å bli satt der av brukeren selv (Askheim & Starrin, 2012). Likevel er det et viktig poeng at dersom individuell empowerment skal kunne oppnås, må det i utgangspunktet eksistere en strukturell empowerment, der regler og normer åpner for at enkeltindividet gis større innflytelse (Askheim, 2010). Et eksempel på dette kan

være at det finnes en rehabiliteringsplan som muliggjør at brukernes egne mål skal være styrende.

2.4 Salutogenese

På mange måter kan man si at tilnærmingen hverdagsrehabilitering bygger på tar utgangspunkt i en salutogen tilnærming. Salutogenese beskrives som en motsats til patologien som handler om årsaker til sykdom og tar utgangspunkt i hva som kan være sykdomsfremkallende. I en salutogen tilnærming forsøker man derimot å forklare hva som holder et menneske friskt, hva som fremmer god helse og retter fokuset mot hva som gir individer økt mestring og velvære (Antonovsky, 1987). Man kan si at hverdagsrehabilitering bygger på en slik tilnærming da det fokuseres på brukernes ressurser fremfor begrensninger. Antonovsky (1987) så på en helsetilstand som et kontinuum mellom absolutt sykdom og fullstendig sunnhet, hvor ytterpunktene var helse og uhelse. Ved å være løsningsorientert og vektlegge hva som er mulig å få til i stedet for å identifisere problemene, kan man få en dypere forståelse av personens liv. Dette mente Antonovsky (1987) kunne bidra til å bevege seg mot den friske polen på kontinuumet. I hverdagsrehabilitering er det et mål at brukerne skal bli selvstendige og på den måten kunne bevege seg mot den friske polen på kontinuumet. Men i dette ligger det en forutsetning om at brukerne må se det som meningsfullt å bevege seg i en helsefremmende retning. Hvordan vi velger å møte livet avhenger av vår holdning til livet generelt, og for å forklare dette viser Antonovsky (1987) til begrepet "sense of coherence" (SOC) som på norsk kan oversettes til "opplevelsen av sammenheng". SOC gir uttrykk for i hvilken grad en person har tillit til at verden og livet kan betraktes som begripelig, håndterbart og meningsfullt (Antonovsky, 1987). Begripelighet viser til menneskets subjektive opplevelse av egne ressurser til å yte motstand, mens håndterbarhet gjenspeiler personenes vurderinger av egne tilgjengelige ressurser og tro på at situasjonen kan løses. Den tredje komponenten er meningsfullhet som betegner personens motivasjon for å takle situasjonen (Lind-Kassah, Tingvoll & Nordahl-Pedersen, 2016). Antonovsky (1987) mener at de tre komponentene er uløselig forbundet, men teoretisk kan skilles fra hverandre.

Figur 4: Opplevelsen av sammenheng – tre komponenter



(Nielsen, 2013)

SOC sier noe om hvordan vi plasserer oss selv inn i den sammenhengen vi lever i og danner grunnlaget for om vi møter situasjonen med aktiv handling eller passivitet. En lav opplevelse av sammenheng vil gi utfall i håpløshet og oppgitthet, mens en høy opplevelse av sammenheng bidrar til en holdning hvor man tror på at det er mulig å gjøre noe med situasjonen, og at man sannsynligvis selv kan påvirke utfallet (Walseth & Malterud, 2004). Sett i sammenheng med hverdagsrehabilitering kan det forstås slik at de brukerne som har en høy opplevelse av sammenheng vil møte sine utfordringer med aktiv handling og troen på å overkomme disse utfordringene. Brukere som har en lav opplevelse av sammenheng vil trenge mer hjelp og motivasjon fra fagutøverne for å møte utfordringene med handling i stedet for passivitet. I hverdagsrehabilitering brukes det mye tid på å kartlegge den enkelte bruker, både med tanke på personens egne ressurser men også det sosiale nettverket og omgivelsene rundt. Det er ikke alltid mulig å forutse hvilke brukere som har lite motstandsressurser, men for å fange opp dette kan det være viktig å bry seg om personens hverdagsliv, slik man gjør i hverdagsrehabilitering (Walseth & Malterud, 2004). Med utgangspunkt i en salutogen tilnærming er det viktig at forhold hos brukeren og dets omgivelser som fremmer helse og

mestring identifiseres og understøttes slik at brukeren ut i fra sin situasjon kan oppnå mest mulig helse (Nordahl-Pedersen et al. 2016). Fagutøverens oppgave i hverdagsrehabilitering vil derfor være å legge til rette for at brukerne skal kunne håndtere helseutfordringer i hverdagen på best mulig måte. Dette kan for eksempel innebære at fagutøverne er gode samtalepartnere og veiledere. I følge Askheim (2015) må fagpersonens rolle endres fra å være styrende til å være en samtalepartner på lik fot med den hjelpetrengende. På denne måten kan brukeren få en opplevelse av sammenheng.

Antonovsky's teori om salutogenese gir en grunnleggende beskrivelse av hvordan mestring kan skapes (Langeland, 2011), og hos personer med høy opplevelse av sammenheng er begreper som håp og mestring selvsagte elementer. Mestringserfaring er sentralt når sykdom og skade forekommer da det i slike situasjoner kan være lett å tenke at situasjonen er overveldende og uoverkommelig (Walseth & Malterud, 2004). For at brukerne av hverdagsrehabilitering skal oppleve mestring er det viktig at utfordringene ikke er for store, men heller ikke for små i forhold til brukernes kapasitet. Solhaug (2004) knytter mestring opp mot selvbilde og selvtillit, hvor troen på egne ferdigheter og ressurser er viktig.

2.5 Mestringstro og motivasjon

2.5.1 Mestringstro

Mestring som begrep vies stor oppmerksomhet innenfor hverdagsrehabilitering med blant annet hverdagsmestring som fokusområde. I hverdagsrehabilitering vektlegges brukernes mestringskompetanse i form av personlig tro på hva man kan klare og hvilke situasjoner man kan mestre (Tuntland & Ness, 2014). Et funksjonsfall kan medføre svekket tillit til å gjennomføre hverdagsaktiviteter på samme måte som tidligere. I det følgende vil jeg ta utgangspunkt i Albert Bandura sin teori om "self-efficacy". I tråd med Skaalvik og Skaalvik (2005) har jeg valgt å bruke det norske begrepet mestringstro.

Den kanadiske psykologen Albert Bandura hadde på slutten av 70-tallet et engasjement for sosial kognitiv teori, og spesielt for atferdsendringer. Han hevdet at verken ønske om å endre adferd eller økt kunnskapsnivå alene kan gi atferdsendring. I følge Bandura (1977) er helseatferd påvirket av det utfallet personen forventer at deres handling skal ha. På bakgrunn av dette utviklet han teorien om "self-efficacy". "Self-efficacy" defineres som troen på at man kan lykkes i å utføre en bestemt oppgave i en bestemt kontekst (Bandura, 1977).

Forventningen om mestring innebærer ikke en vurdering av hvor flink en selv er på et område, men om en kan klare den konkrete oppgaven som skal løses. I nyere tid har begrepet mestringstro vokst frem som et supplement til Banduras teori (Skaalvik & Skaalvik, 2005). Mestringstro blir i denne studien forstått som troen på egen kapasitet til å gjennomføre handlinger, som for eksempel troen på å mestre hverdagsaktiviteter og til å gjenvinne ferdigheter og funksjoner etter et funksjonsfall. Bandura (1994) hevder at det spesielt er fire faktorer som har innvirkning på menneskers subjektive mestringstro; mestringserfaringer, andres erfaringer, sosial overbevisning og fysiske reaksjoner.

Mestringserfaringer

Bandura hevder at den mest effektive måten å oppnå mestringstro er gjennom mestringserfaringer (Bandura, 1994). Dersom man er i stand til å fullføre en aktivitet man har begynt på, kan dette være en vei til styrket mestringsfølelse og mestringstro. Ved å forsøke en aktivitet og mestre denne, vil det gi troen på å mestre samme aktivitet også neste gang. Dersom man ikke mestrer aktiviteten kan det derimot føre til svekket mestringstro, som igjen vil føre til vanskeligheter med å prøve seg i den samme aktiviteten ved en annen anledning. McClelland, Atkinson, Clark og Lowell (1953) hevder at stimuli som er tilstede når personen erfarer at dets handlinger fører til opplevelsen av positive eller negative følelser, senere kan vekke representasjoner av de samme opplevelsene. I hverdagsrehabilitering er det viktig å legge til rette for aktivitet som både utfordrer brukeren, men samtidig at brukeren er i stand til å fullføre oppgaven (Tuntland & Ness, 2014).

Andres erfaringer

Dersom man er vitne til at personer i samme situasjon som en selv er i stand til å mestre en aktivitet, kan dette bidra til økt tro på at man selv kan beherske det samme (Bandura, 1994). Å se at andre mestrer noe innvirker altså på egen subjektive mestringstro. Med tanke på at hverdagsrehabilitering ikke bare foregår i brukers hjem, men også i sosiale settinger i nærmiljøet, kan brukeren motiveres til å delta i aktiviteter hvor flere eldre i samme situasjon befinner seg, som for eksempel eldretrim. Dette kan medføre erfaringer om at andre i samme situasjon er i stand til å mestre noe, og dermed generere en mestringsfølelse hos brukeren selv.

Sosial overbevisning

En tredje kilde til økt subjektiv mestringstro kan være sosial overbevisning. Det vil si at en person kan bli overtalt til å tro på at man har de ferdigheter som kreves for å lykkes i en bestemt aktivitet (Bandura, 1994). Dersom brukeren blir overbevist til å forsøke seg på aktiviteter han eller hun i utgangspunktet er usikker på å klare, kan dette gi opplevelsen av mestring. Opplevelsen av mestring kan videre være betydningsfull for engasjement og motivasjon til å fortsette rehabiliteringsprosessen (McClelland et al., 1953).

Fysiske reaksjoner

Bandura (1994) hevder at den siste kilden til subjektiv mestringstro er gjennom hvordan man oppfatter og tolker fysiske reaksjoner. Hvordan kroppen responderer fysisk i ulike situasjoner spiller inn på hva man tenker om egne evner til å mestre aktiviteten. Ved å lære seg hvordan kroppen reagerer fysisk i ulike situasjoner, kan man forbedre egen mestringstro (Bandura, 1994). Dersom en person blir nervøs og usikker før gjennomførelse av en aktivitet kan dette gi utfall ved at personen ikke har tro på at han eller hun kan mestre aktiviteten. Ved å lære seg å tolke kroppens fysiske reaksjoner kan man være forberedt og lettere legge til rette for mestringsopplevelser.

2.5.2 Mestringstro som grunnlag for atferdsendring

I hverdagsrehabilitering kan man se på evnen til å gjenvinne tapte ferdigheter og funksjoner som en slags atferdsendring (Tuntland & Ness, 2014). Johannessen og Olsen (2008) hevder at mestringstro handler om menneskets tro på sine ferdigheter til å gjennomføre handlinger i en rekke situasjoner. Knytter man dette til hverdagsrehabilitering kan man si at brukere som har hatt et funksjonsfall er usikre på sin egne gjennomføringsevne og hvorvidt de innehar ferdigheter til å mestre en bestemt aktivitet. Bandura (1977) hevder at en atferdsendring er avhengig av at personen har tro på at en endring er mulig. Det vil si at brukeren må tro at det er mulig å gjenvinne tapte ferdigheter for å forsøke seg i aktiviteten som er utfordrende. Troen på å lykkes har noe å si for hvilke aktiviteter og miljøer en person velger å delta i, som igjen har betydning for gjenvinning av tapte funksjoner og ferdigheter. På bakgrunn av dette velger man ofte bort aktiviteter som man mener man ikke er i stand til å utføre og velger heller aktiviteter man har en sterk tro på å kunne mestre (Bandura, 1977). Dersom en bruker har vanskeligheter med å lage seg mat selv, og ikke har troen på at det er mulig å få til, vil heller ikke brukeren legge inn en innsats for å klare dette. Her spiller fagutøveren en viktig rolle i

forhold til å tilrettelegge for mestring og hjelpe brukerne med å se at de er i stand til å mestre aktiviteter de kanskje ikke har tro på at de klarer. Dette kan gjøres ved å dele den utfordrende aktiviteten opp i mindre deler. Ved at brukeren mestrer en del av aktiviteten, kan troen på å mestre hele aktiviteten øke. Bandura (1977) hevder at den subjektive opplevde mestringstroen ofte er vel så avgjørende for en persons prestasjon som objektive problemløsningsevne (Bandura, 1977). Det vil si at to personer med samme ferdighetsnivå kan oppnå helt forskjellige ting fordi mestringstroen spiller en avgjørende rolle.

2.5.3 Motivasjon

Mestringstroen og forventningen om å lykkes er av betydning for brukerens motivasjon. Motivasjon forstås her som det som forårsaker aktivitet hos personen, det som holder aktiviteten ved like og det som gir aktiviteten mål og mening (Helsedirektoratet, 2010). Motivasjon er noe vi mennesker opplever når vi virkelig har lyst på noe eller ønsker å utføre en aktivitet, og kan forstås som de drivkreftene som setter i gang aktivitet hos en person og holder den ved like. Motivasjonen legger derfor føringer for hvilken vei vi tar og hvilke handlinger vi velger å utføre (Lillemyr, 2007). I følge Deci & Ryan (1985) finnes det ulike former for motivasjon hvor det viktigste skille går mellom indre og ytre motivasjon.

Indre motivasjon

Indre motivasjon beskrives som den naturlige tilbøyeligheten for å engasjere seg i å bli bedre eller oppnå noe, og at personen er engasjert for sin egen del og for den spontane opplevelsen av tilfredsstillelse som blir assosiert med deres ytelse (Kuvaas, 2005). I følge Deci og Ryan (1985) har mennesker en medfødt tendens, en indre motivasjon, til å søke utfordringer. Dette gir grunnlag for mestring og vekst. Eksempelvis gleden av å trene eller gleden av å øve på å gjenvinne tapte ferdigheter. Når brukerne av hverdagsrehabilitering trener på daglige aktiviteter av egen interesse og uten oppfordring fra fagutøvere, kan treningen sies å være indre motivert. Indre motivasjon oppstår når en handling er fri fra press, fullt ut selvbestemt og kompetansegivende (Strandkleiv, 2006). Deci og Ryan (1985) knytter begrepet autonomi til motivasjon og hevder at jo mer selvbestemt aktiviteten er jo mer motivert er man for å utføre aktiviteten. Ved å fokusere på brukernes egne mål, kan man derfor lettere finne frem til den indre motivasjonen og lettere drive rehabiliteringsprosessen videre.

Ytre motivasjon

En person som er ytre motivert utfører aktiviteten for å oppnå en belønning eller et mål utenfor selve aktiviteten (Kuvaas, 2005). Det kan for eksempel være at man øver på å bli selvstendig i stellsituasjon fordi man ikke ønsker å ha pleiepersonell tilstede. Ytre motiverte handlinger kan også styres av motiver for å unngå skam og angst (Deci & Ryan, 1985), som for eksempel at en eldre dame øver seg på å gå uten rullator, fordi hun synes det er skamfullt å vise seg blant andre med rullator. Selv om kravene her er selvpåførte, opplever brukeren en ytre kontroll i form av andres tanker og opplevelser om seg selv. Atferd som er ytre motivert er i utgangspunktet ikke i seg selv interessant for personen, og må derfor bli drevet frem av ytre faktorer til å begynne med (Deci & Ryan, 1985). Likevel kan mennesker være villig til å utføre slike handlinger. Ofte begrunnes dette i at handlingen er verdifull for mennesker som betyr noe for personen, som for eksempel at en pårørende sier at brukeren må øve seg på å gå på butikken fordi pårørende ikke alltid har mulighet til å stille opp.

2.5.4 Utvikling av egne mål som motivasjonsfaktor

Ved at brukeren selv er med på å utvikle mål og eget behandlingsopplegg vil brukeren trolig i større grad få et eierforhold til rehabiliteringsprosessen. Dette innebærer at handlingene drives av den indre motivasjonen, som hevdes å være den mest optimale (Deci & Ryan, 1985). I følge Prescott og Børtveit (2004) bør overkommelige mål og gjennomførbare fremgangsmåter vektlegges fordi dette styrker troen på egen gjennomføringsevne samt at det er mer motiverende for den enkelte. Dersom brukeren kun handler ut i fra krav og oppgaver utformet av fagutøverne vil det trolig være vanskelig å utvikle et eierforhold til prosessen. Det kan også føre til at relasjonen til de man jobber sammen med, i dette tilfelle fagutøverne, blir mer anspent fordi man hele tiden ønsker å tilfredsstille andres forventninger. Ved at endringsprosessen kun er styrt av ytre motivasjon kan det føre til at man tar korteste veien til målet. I hverdagsrehabilitering kreves det gjentakende øving for å gjenvinne funksjon og det kan derfor være lite hensiktsmessig å ta korteste vei til målet. I følge Prescott og Børtveit (2004) er det viktig å jobbe med å tillegge endringen personlig verdi for den enkelte. Dette kan medvirke til at brukeren ser nytten av treningen og fortsetter med dette etter at teamet trekker seg ut.

3.0 Metode

I dette kapittelet vil studiens metode bli beskrevet. Det vil bli redegjort for kvalitativ metode, studiens fenomenologiske-hermeneutiske perspektiv, utvalg, datainnsamling, etiske overveielser og datanalyse.

Problemstillingen setter klare føringer for valg av metode og ut i fra problemstillingen avgjøres det om man skal bruke kvantitativ eller kvalitativ metode for å belyse det aktuelle tema. Kvalitativ metode blir ofte brukt for å finne ut mer om menneskelige egenskaper som erfaringer, opplevelser, tanker, forventninger, motiver og holdninger (Malterud, 2013). I denne studien er hensikten å undersøke brukeres opplevelser og erfaringer med hverdagsrehabilitering og derfor er kvalitativ metode benyttet. Det ble brukt semi-strukturerte intervjuer for å samle inn datamateriale. Semi-strukturerte intervjuer er benyttet med den hensikt å både følge en intervjuguide med bestemte temaer, men samtidig skape rom for å høre på brukernes fortellinger. Materialet ble analysert med utgangspunkt i en kvalitativ innholdsanalyse.

3.1 Fenomenologisk-hermeneutisk perspektiv

Studien er inspirert av et fenomenologisk-hermeneutisk perspektiv. Fenomenologi og hermeneutikk er filosofiske tradisjoner hvor forskeren forsøker å beskrive menneskets oppfattelse og opplevelse av verden og hvordan vi fortolker egne og andres opplevelse (Kvale & Brinkman, 2009). Studien har et fenomenologisk aspekt ved at den tar utgangspunkt i fenomenet hverdagsrehabilitering og utforsker det særegne ved dette. Studien tar sikte på å få frem levd erfaring og informantenes grunnleggende opplevelse av dette fenomenet. Studien har også en hermeneutisk tilnærming i form av å forsøke å gi økt forståelse gjennom fortolkning. Fortolkning av intervjuteksten innebærer å tillegge handlingene en spesiell mening og kan sies å være i tråd med det hermeneutiske perspektivet (Thagaard, 2010). Analyseprosessen innebærer at man hele tiden går frem og tilbake i materialet og skaper nye tolkninger og beskrivelser på veien. Hvordan man tolker teksten avhenger av hvordan helheten av teksten fortolkes, og dette avhenger igjen av de enkelte delene. Denne prosessen defineres som den hermeneutiske sirkel. Den hermeneutiske sirkel sier noe om at helheten ikke kan ses uten å vise til fortolkning av de enkelte delene, og omvendt. For å forstå noe som har mening, må man alltid gå ut fra en forforståelse av helheten som detaljene hører hjemme i (Thagaard, 2010). Dette er i samsvar med fortolkningen som finner sted både i

analyseprosessen, men også i det enkelte intervju gjennom valg av oppfølgingsspørsmål fra forskeren.

3.2 Utvalg

I kvalitative studier må forskeren etablere et særlig skarpt blikk på utvalgets egenart og den betydningen dette har for overførbarhet av kunnskapen som utvikles. Dette er fordi utvalget presenterer karaktertrekk og egenskaper fra det feltet vi studerer og fordi vi skal kunne si noe om hvor våre beskrivelser, begreper eller modeller har gyldighet (Malterud, 2013). Kvalitativ forskning baserer seg på strategiske utvalg, som vil si at det velges informanter som har egenskaper eller kvalifikasjoner som er strategiske i forhold til problemstillingen og undersøkelsens teoretiske perspektiver (Thagaard, 2010). Dette for å ivareta den interne validiteten, som tar sikte på å samle inn materiale som best mulig kan danne grunnlag for tolkninger og funn som kan lære oss noe nytt om problemstillingen (Malterud, 2013).

For å rekruttere informanter med egenskaper og kvalifikasjoner til å besvare forskningsspørsmålet oppsøkte jeg ulike bydeler i en større by i Norge, hvor hverdagsrehabilitering var en del av det kommunale tilbudet til innbyggerne. Ved hjelp av kommunens nettsider ble avdelingsledere i de ulike bydelene identifisert og henvendelsen ble sendt på mail til fire avdelingsledere i fire ulike bydeler. Til slutt var det to avdelingsledere som stilte seg positive til å hjelpe til med rekrutteringen. Hensikten med å rekruttere informanter fra to ulike bydeler var å sørge for et bredt materiale og for å tilstrebe at materialet inneholdt tilstrekkelig rike data for at problemstillingen kunne belyses fra ulike sider. Ved å rekruttere informanter fra to ulike bydeler fikk jeg et innblikk i hvordan hverdagsrehabilitering fungerte i de ulike bydelene og kunne bruke dette som en del av datamaterialet. Malterud (2013) understreker at i kvalitativ forskning skal utvalget settes sammen slik at det inneholder tilstrekkelig rikt og variert materiale om det man ønsker å si noe om når studien er gjennomført. Selv om informantene ble rekruttert fra to ulike bydeler er det viktig å understreke at alle informantene var fra samme kommune. Forespørselen som ble sendt per mail til avdelingslederne beskrev studiens rammer, hva studien gikk ut på og hva det var ønskelig at de respektive bydelene kunne bidra med. Etter positivt svar fra to avdelingsledere ble det ettersendt inklusjons- og eksklusjonskriterier (vedlegg 7) samt informasjonsskriv (vedlegg 4) om studien som ble levert til informantene som ble spurt om å delta. For å bli inkludert i studien måtte personen være over 65 år, hjemmeboende, mottatt

hverdagsrehabilitering i en sammenhengende periode på minimum 4 uker og beherske og forstå norsk språk. Fagutøvere som jobbet med hverdagsrehabilitering rekrutterte brukere fra tjenesten ut i fra inklusjonskriteriene og ga også brukerne informasjonsskrivet. Deretter ble navn og telefonnummer til aktuelle informanter sendt tilbake til forskeren som hadde ansvar for den videre kontakten med informantene. Navn og telefonnummer ble ivaretatt etter etiske retningslinjer som blir beskrevet i kapittel 3.4.

I kvalitativ forskning bør utvalget ikke være større enn at det er mulig å gjennomføre dyptpløyende analyser (Thagaard, 2010). På bakgrunn av dette ønsket jeg å rekruttere åtte personer til studien, fire fra hver bydel. Dette ble avdelingslederene i bydelene informert om, slik at de ikke rekrutterte informanter som ikke fikk bli med i studien. Syv av åtte informanter ble inkludert i studien da en person valgte å trekke seg underveis på grunn av sykdom. Det var ikke mulig å rekruttere en informant etter at intervjuene hadde startet på grunn av studiens tidsramme. Det ble ikke satt noen krav om vekting av menn og kvinner i studien. Utvalget bestod til slutt av fem kvinner og to menn i alderen 65 til 92 år. Under vises en skjematisk oversikt over demografiske data hos utvalget i studien.

Tabell 1: Demografisk fremstilling av utvalg

Informant	Alder	Kjønn	Årsak til hverdagsrehabilitering	Bor alene/sammen med noen
1	78	Mann	Funksjonsfall på grunn av kreftbehandling	Sammen med kone
2	65	Kvinne	Funksjonsfall på grunn av kreftbehandling	Alene
3	83	Kvinne	Redusert allmenntilstand	Alene
4	92	Kvinne	Falt og pådratt seg overarmsbrudd	Alene

5	70	Kvinne	Gjennomgått fedmereduksjon	Alene
6	82	Mann	Gjennomgått slag	Alene
7	81	Kvinne	Falt og pådratt seg lårhalsbrudd	Alene

3.3 Datainnsamling

Intervju er den vanligste metoden innenfor kvalitativ forskning (Thagaard, 2010). For å samle inn data til denne studien ble det brukt semi-strukturerte intervjuer. Et semi-strukturert intervju eller en delvis strukturert tilnærming anses å være den tilnærmingen som blir mest brukt innenfor kvalitative intervjuer (Thagaard, 2010). I et semi-strukturert intervju er temaene det spørres om i hovedsak fastlagt på forhånd, men rekkefølgen på temaene bestemmes underveis. Dette gjør at forskeren kan følge informantens fortelling, og samtidig sørge for å innhente informasjon om de fastlagte temaene (Thagaard, 2010). Før intervjuene ble gjennomført ble det utarbeidet en intervjuguide som tok for seg relevante spørsmål som kunne gi svar på forskningsspørsmålet (vedlegg 6). En intervjuguide inneholder forslag til rekkefølgen av temaene intervjueren søker informasjon om, men det er intervjuets gang og utvikling som avgjør hvilken rekkefølge temaene blir tatt opp i selve intervjuet (Thagaard, 2010). Intervjuene ble utført hjemme hos brukerne, noe som var et bevisst valg da det kunne være vanskelig for målgruppen og komme seg andre steder. Alle informantene fikk tilbud om å gjennomføre intervjuet et annet sted, dersom de ikke ønsket besøk i sitt hjem. Med tanke på at intervjuene ble gjort på vinterhalvåret var det flere av informantene som uttrykte vanskeligheter med å komme seg ut. Det var også et poeng at målgruppen har erfaring med at helsepersonell kommer hjem til dem gjennom deltakelse i hverdagsrehabilitering. For å dokumentere dataene fra intervjuene ble det brukt lydopptak. Lydopptak er velegnet når materialet består av samtaledata og det gir forskeren mulighet til å konsentrere seg om informanten (Thagaard, 2010). Lydopptak fanger opp samtalsens språklige og nærspråklige elementer, men det er ikke mulig å få med nonverbal kommunikasjon på lydbånd (Malterud, 2013). Fordelen med lydopptak er at alt som sies blir bevart, og forskeren kan konsentrere seg

om informanten og om informantens reaksjoner. En viktig del av å bruke lydopptak er informantens samtykke. Dette vil jeg redegjøre for i neste kapittel om etiske overveielser.

3.4 Etiske overveielser

Etikk er forankret i grunnverdiene i samfunnet og er et viktig prinsipp også innenfor forskning. Alle som driver med forskning må forholde seg til forskningsetiske retningslinjer. En rekke forskningsetiske retningslinjer er sammenfattet i Helsinkideklarasjonen og denne studien tar utgangspunkt i retningslinjene derfra. Før studien kunne starte ble det søkt både Regional etisk komite (REK) og Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD) om godkjenning til å gjennomføre studien. REK ga skriftlig tilbakemelding om at studien falt utenfor helseforskningsloven og kunne gjennomføres uten godkjenning (vedlegg 1). NSD ga skriftlig tilbakemelding om at studien var godkjent (med kommentarer) og at studien kunne starte (vedlegg 3). Kommentarene ble tatt til etterretning før studien startet.

3.4.1 Informert samtykke

Kvalitative studier innebærer møter mellom mennesker der normer og verdier utgjør viktige elementer av kunnskapen som utveksles og utvikles (Malterud, 2013). Det stilles derfor strenge krav til informert samtykke. Hensikten med informert samtykke er at informanten skal kjenne prosjektet godt nok til å kunne ta stilling til om han eller hun ønsker å bidra med sin kunnskap eller ikke (Malterud, 2013). I denne studien måtte informantene skrive under på informert samtykke før intervjuene kunne starte (vedlegg 5). I det informerte samtykke ble det redegjort for bakgrunn og formål med studien, beskrevet hva det innebar å være med, hvordan informasjonen ville bli håndtert, informert om frivillig deltakelse og til slutt at intervjuene ville bli tatt opp på lydbånd. Alle informantene ble også informert både skriftlig og muntlig i forkant av intervjuene og i tillegg ble det gitt muntlig informasjon om studien på nytt før intervjuet startet.

3.4.2 Anonymisering og konfidensialitet

Prinsippet om konfidensialitet innebærer at *”de som gjøres til gjenstand for forskning, har krav på at all informasjon de gir, blir behandlet konfidensielt”* (Thagaard, 2010, s. 27). Forskeren skal sørge for at informantene kan kjenne seg trygge på at anonymiteten blir

ivaretatt, uten risiko for gjenkjenning (Malterud, 2013). Dette innebærer at forskeren må anonymisere informantene når resultatene i studien presenteres. De syv informantene ble anonymisert ved å bruke K eller M for kvinne eller mann. Deretter alderen og til slutt A eller B avhengig av hvilken bydel de kom fra. Kodene kunne se slik ut: K81A eller M72B. Ved rekruttering av informantene hadde forskeren tilgang til fornavn, etternavn og telefonnummer. Dette ble slettet og makulert etter at studien var godkjent. Lydopptakene ble oppbevart på egen ekstern harddisk og låst inn i skap. Lydfilene ble slettet etter at studien var gjennomført og godkjent. Alt materialet samlet inn i forbindelse med studien ble forbeholdt masterstudenten og masterstudentens to veiledere ved Høgskolen i Oslo og Akershus.

3.5 Dataanalyse

”Analyse av data er en prosess der man forsøker å ordne data slik at de får struktur og dermed blir lettere tilgjengelig for tolkning. Tolkning av data er en begrunnet vurdering av data i forhold til de problemstillinger som tas opp i oppgaven” (Repstad, 2007, s.93).

Analyseprosessen kan beskrives som en kontinuerlig prosess som begynner allerede ved gjennomføringen av intervjuene. I denne studien ble kvalitativ innholdsanalyse (content analysis) brukt for å analysere dataene. Analysens hensikt er å systematisk analysere innholdet i datamaterialet. Analysen kan gi grunnlag for diskusjon om hvilke svar materialet gir på problemstillingen for studien (Malterud, 2013). Analysen er basert på data fra de syv intervjuene som beskrevet over og tar utgangspunkt i Graneheim og Lundman (2004) sine krav for innholdsanalyse. Graneheim og Lundman (2004) deler analyseprosessen i fire trinn; lese transkribert intervju materiale og danne et helhetsinntrykk, bestemme meningsfulle enheter (unit of analysis), kondensere meningsinnholdet (content area) og til slutt abstrahere til et høyere nivå (Graneheim & Lundman, 2004).

3.5.1 Transkripsjon

Transkripsjon vil si å gjøre tale om til tekst og er en forutsetning for å starte en kvalitativ innholdsanalyse (Thagaard, 2010). I følge Kvale og Brinkmann (2009) bør transkripsjon være et middel eller et verktøy for fortolkning. Tale fra lydbåndene ble gjort om til tekst materialet ved hjelp av transkripsjon og intervjuene ble primært transkribert fortløpende og før analysen startet. Transkripsjonen besto av å høre intervjuene gjentatte ganger for så å skrive ned ordrett det som ble sagt. Latter, pauser, hosting og andre uttrykk ble også skrevet ned med ulik

tegnsetting i transkriberingen. Selv den mest nøyaktige transkripsjon kan aldri gi mer enn et avgrenset bilde av det som skal studeres (Malterud, 2013). Dette fordi non-verbale uttrykk og stemningen under intervjuene ikke kan gjenskapes i en tekst. Det var derfor viktig å være bevisst på hvordan noe mening gikk tapt eller ble forandret underveis i transkripsjonen. Transkripsjonen ga også en mulighet til å legge merke til aspekter som ikke kom like tydelig fram under intervjuet.

3.5.2 Analyseprosessens fire trinn

Det første trinnet i Graneheim og Lundman's (2004) krav for innholdsanalyse innebærer at forskeren leser gjennom transkripsjonen opp til flere ganger og danner seg et helhetsinntrykk av de innhentede dataene. Her settes for forståelsen og det teoretiske perspektivet i midlertidig parentes for å åpne for de inntrykk som materialet kan formidle og for å tydeliggjøre informantenes stemme (Malterud, 2013). Det transkriberte intervjumaterialet ble lest gjentatte ganger for å danne et helhetsinntrykk. Helhetsinntrykket ble skrevet ned og brukt videre i analyseprosessen for å kvalitetssikre arbeidet. Underveis i lesingen av intervjumaterialet ble refleksjoner, forståelser og observasjoner fanget opp og skrevet ned. Så tidlig i analyseprosessen er det viktig å danne seg et inntrykk av hvordan materialet fordeler seg angående de aktuelle spørsmålene (Malterud, 2013). Ved å lese gjennom helhetsinntrykket gjentatte ganger kom jeg frem til foreløpige temaer som ble notert ned.

Det andre trinnet i analyseprosessen besto av å skille relevante fra irrelevante data og finne frem til de delene av teksten som kunne tenkes å belyse det aktuelle forskningsspørsmålet. Behandling av empiriske data vil alltid innebære seleksjon, og det er derfor et spørsmål om hva som skal med og hva som ikke skal med (Malterud, 2013). For å finne frem til det som var relevant for studien i det transkriberte materialet ble det identifisert det Graneheim og Lundman (2004) kaller meningsbærende enheter (unit of analysis). En meningsbærende enhet er en sammenstilling av ord, setninger eller avsnitt som er relaterte til samme mening (Graneheim & Lundman, 2004). De meningsfulle enhetene ble markert med ulike farger i transkripsjonen og deretter skrevet ned på et stort ark (i ulike farger) for å visualisere vektningen av de ulike meningsfulle enhetene. Samtidig som de meningsfulle enhetene ble skrevet ned begynte prosessen med å systematisere.

I det tredje trinnet i analyseprosessen var hensikten å systematisk hente ut mening ved å kondensere innholdet i de meningsbærende enhetene. Graneheim og Lundman (2004) kaller dette kondensering og utfallet av dette er kondenserte meningsenheter (content area).

Hovedutfordringen i dette trinnet var å kondensere uten at meningsinnholdet ble borte. Dette var en krevende prosess da tolkning spilte en stor rolle. Som fagutøver er det naturlig å tolke teksten ut i fra mitt faglige perspektiv og ståsted, og det var derfor hele tiden viktig å være bevisst på dette underveis i analyseprosessen. Det kondenserte materialet ble skrevet ned i form av underkategorier som igjen ble markert med ulike farger for å skille de fra hverandre.

I det fjerde og siste trinnet i analyseprosessen var hensikten å sette sammen bitene igjen slik at de kondenserte enhetene ble abstrahert til et høyere nivå og utviklet til beskrivelser og begreper. Abstraksjon innebærer både beskrivelse og fortolkning og det er derfor viktig at abstraheringen gjøres på en måte som er lojal i forhold til informantenes stemmer (Malterud, 2013). Graneheim og Lundeman (2004) benevner resultatet av abstraksjonen som kode. Jeg velger å kalle dette for hovedkategorier i min analyse. Det fjerde analysetrinnet resulterte i følgende hovedkategorier: *Gode relasjoner, fagkompetanse og god organisering* og til slutt *mestringsopplevelser*. Analysen førte til funn som vil bli presentert i kapittel 4.0. Under fremstilles en oversikt over hovedkategorier med tilhørende underkategorier (tabell 2). Tabell 3 viser hvordan meningsfulle enheter ble kondensert og deretter abstrahert til et høyere nivå.

Tabell 2 : Oversikt over hovedkategorier med tilhørende underkategorier

Hovedkategori 1	Hovedkategori 2	Hovedkategori 3
Gode relasjoner	Fagkompetanse og god organisering	Mestringsopplevelser
Betydningen av emosjonelt samspill	Betydningen av tid	Betydningen av positive holdninger
Betydningen av støtte	Betydningen av fagkunnskap holdninger og ferdigheter	Betydningen av å oppleve fremgang

Betydningen av trygghet
og empati

Betydningen av å være
selvstendig

Tabell 3: Eksempel på utdrag av analyseprosessen

Hovedkategori (Kode)	Gode relasjoner		
Underkategori (sub-kategori)	Betydningen av emosjonelt samspill	Betydningen av støtte	Betydningen av trygghet og empati
Meningsbærende enheter	<p>”Jeg fikk god kontakt med dem”</p> <p>”Vi satt og pratet og hadde det hyggelig”</p> <p>”De var veldig sosiale og hyggelige”</p> <p>”Vi klemte hverandre og syns vi kjente hverandre”</p> <p>”Vi trivdes så godt sammen”</p> <p>”Så hadde vi det moro også da”</p> <p>”Det var som å se sola på en mørk dag”</p>	<p>“Det var veldig støttende i begynnelsen”</p> <p>“Jeg greide meg jo selv, bare det var noen her å støttet meg”</p> <p>“Jeg følte den støtten utenfra”</p> <p>“De stolte på at jeg var så kjekk”</p> <p>“Jeg føler at jeg ble ivaretatt”</p> <p>“Det er mye bedre å ha en å trene sammen med”</p>	<p>“Jeg syns det var en trygghet”</p> <p>“Noen ganger kom de bare innom for å hilse på”</p> <p>“Bare en liten finger og holde i var nok”</p> <p>“Jeg føler at de er der hvis jeg trenger dem”</p> <p>“De passet på at jeg ikke ramlet og sånn”</p> <p>“De kom å møte meg på en sånn fin empatisk måte”</p> <p>”Det var så fin empati”</p>

4.0 Funn og fortolkninger

I dette kapittelet vil studiens funn og fortolkninger bli presentert. Funnene fra den kvalitative innholdsanalysen som er beskrevet over vil her bli presentert i tre hovedkategorier: *Gode relasjoner, fagkompetanse og god organisering og mestringsopplevelser*. Underkategoriene fra analysen vil bli brukt for å synliggjøre de aktuelle temaene. Informantenes stemme vil fremheves i form av sitater som underbygger og illustrer de aktuelle funnene. Sitatene er sentrale for å skape et nyansert bilde av informantenes opplevelser og erfaringer med hverdagsrehabilitering. Sitat som inneholder to prikker (..) indikerer at det er sagt noe før, etter eller underveis i sitatet som ikke er gjengitt. Informantene blir gjengitt på følgende måte: K83A (kvinne, 82 år, bydel A) eller M82B (mann, 83 år, bydel B).

4.1 Gode relasjoner

Denne hovedkategorien viser til det informantene beskriver som viktigheten av gode relasjoner. Flere av informantene tilla det relasjonelle særlig stor vekt under intervjuene. Hovedkategorien vil bli beskrevet ved hjelp av tre underkategorier; Betydningen av emosjonelt samspill, betydningen av støtte og til slutt betydningen av trygghet og empati.

4.1.1 Betydningen av emosjonelt samspill

Informantene la stor vekt på betydningen av gode relasjoner og hvordan et godt samspill mellom brukeren og teamet stimulerte til glede og utvikling. De beskriver hvordan en kombinasjon av å ha det gøy og gjøre noe positivt bidro til et godt samspill, noe følgende sitat er eksempel på:

M78A: "Så hadde vi det jo moro også da.. de hadde jo alltid et smil om munnen når de kom hit, og det gjorde så godt"

Flere informanter fremhever viktigheten ved at teamet ofte satt seg ned og pratet med både brukerne og pårørende, og at de på den måten kunne knytte bånd også utenom det som handlet om treningen og de daglige gjøremålene. Dette gjorde at brukerne stolte mer på teamet og hadde mer tillitt til det som ble gjort.

K83A: *”Vi satt og pratet og hadde det hyggelig. De var veldig sosiale og hyggelige. Jeg kunne jo bare ringe de hvis jeg trengte det, da tok de alltid telefonen...”*

M78A: *”En morgen kom de mens kona og jeg spiste frokost. Da fant jeg frem en kaffekopp og så satt vi her litt før vi begynte å trene i trappa og sånn”*

Teamet ble sett på som noe mer enn bare personer som kom for å hjelpe. Informantene beskriver at det å få en klem eller det at noen spurte om hvordan de hadde det betydde mye i den situasjonen de befant seg i. Informantene opplevde at teamet hadde en genuin interesse og brydde seg.

K92A: *”Vi klemte hverandre og synes liksom vi kjente hverandre. Noen av de ble nesten gode venner til slutt. Da de kom var det som å se sola på en mørk dag”.*

Noen informanter fremhever også situasjoner hvor de ikke kom så godt overens med fagutøverne i teamet. Informantene beskriver det som hemmende for motivasjonen og at det satte begrensninger for utbytte av treningen da det var vanskelig å samarbeide med personer de ikke hadde en god relasjon til.

K70B: *” Noen liker man jo bedre enn andre. Sånn vil det jo alltid være. Det var en sykepleier jeg ikke hadde noe særlig god kjemi med. Han var for streng med meg”*

4.1.2 Betydningen av støtte

Å oppleve å få støtte fra personer utenfra fremhever informantene som viktig. Det var betydningsfullt for informantene å bli anerkjent og trodd når de var i en sårbar situasjon. Informantene opplevde at de var usikre på om de gjorde ting riktig og at det derfor var støttende å ha teamet tilstede. Flere av informantene mente at dette var spesielt viktig i begynnelsen av forløpet, rett etter de kom hjem fra sykehus eller sykehjem.

K83A: *”Det var veldig støttende i begynnelsen. De trodde liksom på meg og tok vare på meg. Jeg greide meg jo egentlig selv, bare det var noen her og støttet meg.. Jeg følte den støtten utenfra liksom”*

Informantene skilte også mellom støtte fra hverdagsrehabiliteringsteamet og støtte fra familie og pårørende. Det at fagpersonell anerkjente de utfordringene informantene hadde og var tilgjengelige for spørsmål var av stor betydning.

K65A: "På sykehuset kom familien og det var hyggelig det. Men når jeg kom hjem så forsvant liksom de litt for da var jeg jo hjemme. Da var det godt at mestringsteamet kom innom.."

Videre beskriver informantene at det også opplevdes som støttende at teamet "jagde" de opp av sofaen selv om de egentlig synes det var mest behagelig å bli sittende. Flere informanter beskriver at de i ettertid ser at dette var avgjørende for at de har kommet dit de er i dag. Det ga informantene en opplevelse av at teamet trodde at de kunne klare det. Informantene opplevde en god balansegang mellom det å bli støttet i sine plager og utfordringer, samtidig som de ble utfordret til å ta et steg videre.

M78A: "De synes jo jeg var litt passiv, litt sånn ettergivende. Det var liksom mer behagelig å ta livet med ro noen ganger.. men det var så viktig at de kom inn i stua og oppfordret meg til å være i bevegelse. Det ser jeg i ettertid"

M82B: "De hadde jo ikke jagd meg opp på beina hvis de ikke mente det var forsvarlig"

4.1.3 Betydningen av trygghet og empati

For flere av informantene var det en utfordring å måtte reise hjem fra sykehuset eller sykehjemmet og klare seg selv. De følte det trygt på sykehuset/sykehjemmet fordi det hele tiden var noen som kunne hjelpe de. Informantene var utrygge fordi de ikke visste hvordan hjelp de ville få når de kom hjem. Informantene mener det var en stor trygghet når de visste at noen møtte de hjemme og var tilstede når de trengte dem, selv om de også var skeptiske.

K92A: "Jeg var ikke før hjemme så var de her. Det var så fint. De gikk bak meg i trappen og passet på at jeg ikke ramlet.. også var det to stykker i begynnelsen som passet på at jeg ikke gikk over ende"

Informantene fremhever teamets evne til å sette seg inn i informantens situasjon. De beskriver dette som empati.

M78A: *” De viste omsorg og veldig mye empati. Jeg følte virkelig at de forstod meg og mine utfordringer ”*

Informantene opplevde også at det var en trygghet at teamet var tilstede under aktiviteter de følte seg utrygge på, og at det var en kombinasjon av å få hjelp og klare seg selv. Det var også en trygghet at informantene når som helst kunne ta kontakt hvis det var noe de trengte. Og selv om temaet gradvis trakk seg ut opplevde brukerne at de hadde fått så god kontakt at de bare kunne ringe hvis det var noe.

K83A: *”Jeg skulle lære meg og dusje selv, og da hadde vi først en lang prat om hvordan vi skulle gjøre det og så sa de at hvis jeg syns det var vanskelig kunne jeg bare kontakte de igjen. Da var det ingen problem for meg ”*

M82B: *”Noen ganger kom de også bare innom for å hilse på. Det var en trygghet at de lurte på hvordan jeg hadde det ”*

Både opplevelsen av empati og trygghet blir beskrevet i en historie fra en av informantene. Han opplevde at teamet strakk seg litt ekstra i en situasjon hvor han følte seg utrygg.

M78A: *”Det var en kveld som kona skulle være borte i flere timer og da sa en fra teamet at hun kunne komme tilbake og være sammen med meg en liten stund, så kunne vi trene og sånn da... de så kanskje at jeg trengte det og ville yte den ekstra tjenesten for meg ”*

4.2 Fagkompetanse og god organisering

Den andre hovedkategorien handler om fagkompetanse hos hverdagsrehabiliteringsteamet og viktigheten av god organisering. Informantene hadde både gode og mindre gode erfaringer med dette. Denne hovedkategorien tar for seg to underkategorier; betydningen av tid og betydningen av fagkunnskap, holdninger og ferdigheter.

4.2.1 Betydningen av tid

Alle informantene i studien snakket om tid i en eller annen sammenheng. Det var varierende opplevelser knyttet til tid. Noen av informantene opplevde at teamet hadde god tid og kunne sette seg ned og snakke litt samtidig som de fikk gjort det de skulle.

K92A: "De hadde aldri liten tid virket det som. De hadde som regel tid til å sette seg ned og prate litt. Og det er viktig! Du vil jo gjerne bli hørt"

Andre informanter beskriver at de kunne tenkt seg at teamet hadde bedre tid når de først var innom. Informantene beskriver at det spesielt handlet om et ønske om at fagutøverne hadde tid til å sette seg ned og snakke litt, og spesielt ønsket de mer tid til det sosiale samværet.

K70B: "Man ønsker jo alltid at de skal ha litt bedre tid til å sitte ned å prate litt. Men sånn er det jo med hjemmetjenesten"

K83A: "Litt blanding av trim og det sosiale syns jeg virker aller best"

En av informantene beskriver utfordringene med tid på en annen måte. Informanten var avhengig av hjelp for å komme seg ut av sengen om morgenen og inn i sengen om kvelden. Informanten mener at det å motta hjelp i sitt eget hjem gjorde at han ofte måtte vente på at teamet skulle komme å hjelpe han fordi han måtte forholde seg til når teamet hadde tid til å komme til han. Informanten beskriver dette som uverdigg.

M82B: "Jeg måtte legge meg før klokken ni fordi nattevakten hadde ikke tid til å hjelpe meg.. også kom de jo klokken ti på morgenen og jeg våkner klokken seks. Det var et mareritt de timene altså"

En annen informant hadde samme oppfatning i forhold til tid. Der var utfordringen at det var uforutsigbart når teamet kom og hvor lenge de skulle være tilstede. Informanten opplevde at dette gjorde det vanskelig å planlegge andre gjøremål den aktuelle dagen.

K70B: "Noen dager kunne det bli litt for mye for meg. De ringte ikke engang før de kom og da var det ikke så lett for meg å være klar eller forberede meg mentalt på at vi skulle trene"

4.2.2 Betydningen av fagkunnskap, holdninger og ferdigheter

Et annet aspekt som ble fremhevet var teamets fagkunnskap, holdninger og ferdigheter. Informantene var opptatt av at det var fagpersoner som kom hjem til de, og at fagpersonene visste hva som var best for informanten. Flere informanter beskriver at de stolte fullt og helt på det teamet ba de om å gjøre.

K81B: "De hadde god peiling på hva jeg trengte. Jeg fulgte det de sa, det synes jeg var det mest riktige. De skulle jo vise meg hvordan jeg skulle komme meg på beina igjen"

M78A: " De hadde sine meninger. De hadde liksom sine planer som jeg fulgte. De så hva de skulle gripe fatt til hele tiden"

Informantene var også bevisst på at de måtte legge ned en stor jobb selv for å bli bedre samt at teamet ikke skulle gjøre alt for de. Informantene mente at teamet skulle vise hvordan det skulle gjøres, men at det var informantene selv som måtte gjøre jobben.

M82B: "Det var helt tydelig at de var opptatt av at jeg skulle mestre mer. De var veldig positive og ga seg ikke. De jobbet liksom sammen med meg hele veien"

M78A: "Jeg hadde en forventning om at de skulle få meg i gang og at jeg deretter skulle klare mer selv"

Det kommer også frem at informantene var veldig bevisst på hvilke faggrupper som var hjemme hos de, samt hvem som gjorde hva. Ergoterapeuten blir trukket frem fordi mange av informantene var avhengig av ulike hjelpemidler for å klare seg hjemme. Flere av informantene mener at de ikke kunne klart seg hjemme uten denne tilretteleggingen. Sammen med dette trekkes også treningen med fysioterapeuten frem som betydningsfullt for rehabiliteringen.

K81B: "Det var både fysio og ergo som holdt på med meg. Ergoterapeuten hjalp meg mye med hjelpemidler. Jeg fikk håndtak så jeg ikke skulle falle også fikk jeg både

rullator og rullestol etterhvert. Det gjorde at jeg kunne bevege meg både inne og ute uten å falle”

K92A: ”Fysioterapeuten ga meg øvelser jeg skulle gjøre. Armen min ble bare bedre og bedre jo mer jeg gjorde de øvelsene”

4.3 Mestringsopplevelser

Den siste hovedkategorien beskriver betydningen av informantenes mestringsopplevelser. Budskapet fra informantene i studien er at det å oppleve mestring har stor betydning i en rehabiliteringsprosess. Videre beskriver informantene ulike faktorer som har betydning for å oppleve mestring. Denne hovedkategorien vil bli presentert i form av tre underkategorier; betydningen av positive holdninger, betydningen av å oppleve fremgang og til slutt betydningen av å være selvstendig.

4.3.1 Betydningen av positive holdninger

Felles for alle informantene i studien er at de beskriver en innstilling og holdning som har hjulpet dem fremover og dit de er i dag. Troen på å bli bedre og oppnå samme funksjon som før funksjonsfallet, eller i nærheten av dette, hevder informantene har vært helt avgjørende for at de har en bedre funksjon i dag.

K65A: ”Jeg sa at jeg skulle gå igjen etter 14 dager og det gjorde jeg. Jeg ville tilbake og det skulle jeg klare, og det er helt utrolig hva du klarer hvis du bestemmer deg for det altså”

K70B: ”Jeg har virkelig vært ivrig hele tiden og hatt troen på meg selv. Hvis ikke hadde jeg ikke sittet her i dag”

Informantene beskriver også en realisme og bevissthet rundt det at det tar tid å bli bedre, og at det kreves en viss innsats for å oppnå sine mål. Noen har også klart å innfinne seg med at kanskje ikke alt kan bli som før.

M82B: ”Man er jo ikke verdensmester med en gang.. og noen ting må man rett og slett bare lære seg å leve med..”

Det blir også fremhevet viktigheten ved å ha ”hodet i behold”, og samtlige informanter mener at dette er en av de viktigste faktorene når man blir eldre. Informantene hevder at dersom de ikke hadde hatt med seg hodet hadde de heller ikke sittet der de gjør i dag.

K92A: *”Harddisken min er ganske bra og det er det aller viktigste i denne sammenhengen”*

K81B: *” Det viktigste er at hodet holder”*

4.3.2 Betydningen av å oppleve fremgang

Alle informantene beskriver fremgang og progresjon underveis. Det er vanskelig for informantene å sette fingeren på hva som gjorde at de hadde en utvikling, men alle fremhever at de gikk fra å være svært reduserte til å bli gradvis bedre og at denne fremgangen ga motivasjon til å fortsette.

K65A: *”Vi gikk gradvis frem og jeg ble gradvis bedre”*

M82B: *”Jeg har jo blitt så mye bedre. Det kan ikke sammenlignes.. Plutselig en dag klarte jeg å stå opp av sengen helt selv. Og det var stort!”*

Det kommer også frem at informantene opplever at det er teamet som har hjulpet de fremover, av den grunn at teamet var de som visste hva man skulle ta tak i. Dette mener informantene var nøkkelen til å oppleve fremgang. Flere av informantene hevder også at de ikke kan komme så mye lenger enn det de er i dag og begrunner dette med sin økende alder og fallende fysiske funksjon.

M78A: *”De har hjulpet meg fra hjelpeløs til der jeg er i dag. Etter at mestringsteamet hadde trått til var jeg forberedt på det som skulle komme. Jeg oppfatter det sånn at de hjalp meg videre i hverdagen”*

K92A: *”Jeg har kommet så langt jeg kan komme.. du må huske at jeg faktisk er ganske gammel”*

Informantene beskriver hvordan de trente på hverdagslige aktiviteter og gjøremål og at målet var å bli mest mulig selvstendig i det daglige. Selv om det var mye fokus på aktivitet hevder brukerne at de ikke hadde noe spesielt ønske om å bli veldig aktive, men klare seg i det daglige.

K81B: "Det var ikke det at jeg ble så kjempe aktiv, men det var at jeg klarte å gå på butikken og handle igjen og gjøre ærend"

4.3.3 Betydningen av å være selvstendig

Det å kunne være selvstendig trekkes frem som et viktig element av hverdagsrehabiliteringen. De aller fleste informantene hadde dette som et mål, men i ulike former. Det viktigste for de aller fleste var å bli selvstendig i daglige aktiviteter og komme tilbake til daglige rutiner slik at de kunne klare seg selv i eget hjem.

K65A: "Selvfølgelig vil jeg helst klare meg alene.. målet mitt var å bli selvstendig og klare alt i hjemmet selv"

K83A: "Jeg tror det er alle eldres skrekk å ikke klare seg alene"

Informantene beskriver også betydningen av å slippe å være avhengig av andre. Flere av informantene mener de ble fratatt friheten når de var avhengig av at teamet skulle komme å hjelpe de med for eksempel å stå opp eller lage seg mat. Informantene var innforstått med at det måtte være slik en periode, men å slippe å være avhengig av andre beskrives som en stor frihet. Det trekkes også frem at jo mer selvstendige de ble jo lettere gikk hverdagen.

M82B: "...da slipper jeg liksom være avhengig av noen. Jeg måtte jo bare sitte i denne stolen og vente da vet du.. kunne ikke klare noen ting selv"

K70B: "...men etterhvert da kunne jeg klare mer og mer, og da ble jeg lettere til sinns og ting gikk liksom så mye bedre da.."

5.0 Metodediskusjon

5.1 Kritisk refleksjon over metodologi

I forskning må det hele tiden vurderes om de resultater som kommer frem av studien er gyldige og til å stole på. For hvordan kan vi vite at vi har forstått et budskap eller en tekst slik det var ment fra avsenderen? I kvalitative undersøkelser handler dette om å gjøre rede for og sikre at studien er troverdig på en slik måte at andre og forskeren selv kan stole på den forståelsen som presenteres (Fog, 2005). Studiens troverdighet avhenger blant annet av valg av egnet forskningsmetode og evnen til å benytte denne metoden gjennom forskningsforløpet. Det er derfor hensiktsmessig å diskutere studiens reliabilitet, validitet og overførbarhet.

5.1.1 Reliabilitet

Reliabilitet kan knyttes til spørsmålet om en kritisk vurdering av studien gir inntrykk av at forskningen er utført på en pålitelig og tillitsvekkende måte. Det handler i stor grad om forskeren selv og sier noe om hvorvidt en annen forsker som anvender de samme metodene, ville kommet frem til samme resultat (Thagaard, 2010). Reliabilitet handler også om å minimere feil og kvalitetssikre dataene.

I denne studien er hensikten å undersøke informantenes opplevelser og erfaringer med hverdagsrehabilitering. For å ivareta reliabiliteten har forskeren vært åpen og redegjort for alle trinn i forskningsprosessen samt at forforståelse har blitt beskrevet. Jeg har også jobbet slik at det er mulig å etterspore det som er skrevet og har hele tiden forholdt meg til de dataene som er samlet inn i intervjuene. Ved å beskrive forskningsprosessen trinn for trinn er prosessen gjort ”gjennomsiktig” som er med på å styrke reliabiliteten ytterligere. På en annen side finnes det også faktorer som kan svekke studiens reliabilitet. Som beskrevet tidligere var det et bevisst valg at intervjuene ble gjennomført i informantens hjem. Selv om intensjons med dette var positiv kunne det også by på utfordringer. I flere tilfeller ble intervjuene avbrutt av at informantene fysisk skulle vise forskeren hvordan han eller hun utførte ulike aktiviteter eller for eksempel hvordan badet var tilrettelagt. Dette gjorde at enkelte intervjuer ble oppstykket, da det var vanskelig å fange opp all lyd når informantene begynte å bevege seg rundt i huset. Det var også et problem at informantene bodde sammen med andre og i to av intervjuene ble det lengre opphold i intervjuet på grunn av forstyrrelser fra andre i hjemmet. Konsekvensene av dette var at informantene ofte mistet tråden, samt at også forskeren tidvis glemte

spørsmålene. Dermed kan det være at svarene fra informantene ikke har blitt tilstrekkelig utdypet. Det kan tenkes at informantene ville vært mer fokusert om intervjuene hadde funnet sted utenfor deres hjem.

Forskeren opplevde også at informantene var veldig opptatt av å ha selskap og noen å snakke med. Flere uttrykte at det var fint at noen kom innom for å snakke med de, da de ellers var mye alene. Dette gjorde at flere av informantene snakket om veldig mange andre ting som ikke var relevant for forskningen, og at forskeren gjentatte ganger måtte presisere spørsmålene og lede informantene tilbake til spørsmålet. På en annen side gjorde dette at informantene tidvis ga mer utfyllende svar, samt at det sosiale aspektet var et funn i seg selv, og kunne brukes som en del av analysen.

Et forhold som kan ha vært med på å påvirke studiens resultater er hvordan informantene ble rekruttert inn i studien. Det kan være kritikkverdig at så mange ulike personer var delaktig i rekrutteringen. I og med at informasjonen måtte gjennom to ledd før den gikk ut til aktuelle informanter kan det svekke troen på at riktig informasjon om studien er gitt fra det første til siste ledd. Dette kan ha påvirket hvilken informasjon informantene fikk og derav på hvilket grunnlag informantene tok beslutningen om å delta eller ikke. Videre kan det også være et poeng at de som rekrutterte informantene kjente informantene fordi de tidligere hadde vært brukere av tjenesten i bydelen. Det kan derfor settes spørsmålstegn vedrørende hvilket grunnlag informantene ble valgt ut fra og om de har følt seg presset til å si ja fordi de som rekrutterte var kjente for informantene fra før. Det kan tenkes at brukerne følte de måtte ”gi noe tilbake” fordi bydelen hadde hjulpet de i en sårbar situasjon. Det ble også avdekket underveis at noen av informantene hadde stilt opp i flere slike intervjuer, og en kan i den sammenheng stille seg kritisk til om informantene i denne studien var brukere som ”alltid” ble spurt om å delta på slike ting og at man derfor har fått en særegen informantgruppe. Dette kan ha gitt utslag i at brukerne allerede har innøvde svar og ubevisst trekker intervjuet i en bestemt retning. På en annen side er noe av hensikten med å gjøre et strategisk utvalg at man bevisst velger de som har viktig informasjon om temaet og som har evnen til å formidle denne informasjonen videre.

5.1.2 Validitet og overførbarhet

Validitet betyr gyldighet og handler om hvor presist man måler det man har til hensikt å måle og om resultatene av undersøkelsen representerer den virkeligheten som er studert (Thagaard, 2010). Validitet vender seg utover og er knyttet til tolkning av data. I kvalitativ forskning er det vanlig å skille mellom intern og ekstern validitet. Intern validitet knyttes til hvordan årsakssammenhenger støttes innenfor en bestemt studie, mens ekstern validitet ofte blir omtalt som studiens overførbarhet og knyttes til hvordan studiens funn og fortolkninger også kan ha gyldighet i andre sammenhenger (Thagaard, 2010).

Ved hjelp av intervjuguiden har jeg forholdt meg til det jeg hadde til hensikt å finne ut noe om. Intervjuguiden sikret at spørsmålene som ble stilt og tematiseringen var den samme i alle intervjuene. Jeg har i stor grad forsøkt å være lojal mot informantenes historier og gjengitt de slik de ble fortalt. Dersom noe var uklart ble det stilt oppfølgingsspørsmål for å være sikker på at jeg forstod informanten korrekt, samt at det på slutten av hvert intervju ble gjort en oppsummering hvor informanten hadde mulighet til å korrigere forskeren. Det kan i ettertid stilles spørsmål til om intervjuguiden burde inneholdt spørsmål som rettet fokuset mot hva som skjedde i etterkant av hverdagsrehabiliteringen og om den oppnådde funksjonen ble opprettholdt eller om det var andre instanser som kom inn i bildet. Dette hadde gitt en bredere forståelse av informantenes opplevelser med hverdagsrehabilitering. Underveis i hele forskningsprosessen har det vært fokus på studiens tema og forskningsspørsmål for å sikre at fokuset har vært i tråd med studiens hensikt.

Den indre validiteten kan beskrives som høy på grunn av informantenes kunnskap om fenomenet da alle informantene hadde mottatt hverdagsrehabilitering i en sammenhengende periode på fire uker eller mer. Det var også et bevisst valg å rekruttere informanter med ulikt kjønn, alder, årsak til hverdagsrehabilitering og spredning i bosted. For å ivareta validiteten ble det også underveis i dataanalysen, og mellom hvert analysetrinn, diskuterte med veilederne for studien.

Når det gjelder hvorvidt studiens funn og fortolkninger kan være relevant i andre sammenhenger er det naturlig å tenke at det er tilfelle i denne studien. Med tanke på at studien undersøker opplevelser og erfaringer med en helsetjeneste kan det tenkes at funnene også vil være relevante i forhold til andre både kommunale og statlige helsetjenester. De funn og fortolkninger som er gjort i denne studien handler i stor grad om mellommenneskelige

forhold, som kan tenke seg å være overførbart også til arenaer hvor mellommenneskelige forhold er gjeldende. Videre vil studiens funn og fortolkninger være svært relevante for andre kommuner/bydeler som er i ferd med, eller har igangsatt hverdagsrehabilitering som kommunal tjeneste.

5.2 Forskerens dobbeltrolle

Et generelt forskningsetisk prinsipp handler om habilitet som innebærer å unngå sammenblandinger av roller og relasjoner som kan gi mistanke om interessekonflikter. Det er derfor viktig med åpenhet om relevante roller og relasjoner som forskeren inngår i (Malterud, 2013). I denne studien er forfatteren både forsker, ergoterapeut og jobber til daglig med hverdagsrehabilitering. For det første innebærer dette at forskeren innehar en forforståelse som er viktig å ta hensyn til. For det andre så gir det forskeren en dobbeltrolle i form av å både jobbe og forske i det samme feltet. For å unngå at informantene ble påvirket av dette unnlot jeg å si at jeg var ergoterapeut og at jeg jobbet med hverdagsrehabilitering til daglig. Jeg anså det ikke som hensiktsmessig for informantene å vite dette, da det kunne skapt interessekonflikter underveis i intervjuene. Informantene ble informert om at jeg var masterstudent på en masterutdanning ved Høgskolen i Oslo og Akershus. Dersom det dukket opp spørsmål av faglig art, ble informantene bedt om å henvende seg til bydelen. Dobbeltrollen er særlig fremtredende der det drives med klinisk forskning i form av nærhet til egne brukeren og fagfelt (Malterud, 2013). I og med at jeg som forsker i dette tilfelle har jobbet med hverdagsrehabilitering og vært med på å starte opp tjenesten i en kommune i Norge, kan det tenkes at jeg ubevisst i større eller mindre grad har vært med på å styre spørsmålene. Det kan stilles spørsmål til hvorvidt jeg som forsker har valgt å gå videre på de svarene som jeg selv mente var relevante og at dette har hatt betydning for hvilke områder informantene har uttalt seg om. Likevel hadde jeg som mål å holde meg så nøytral som mulig og skille mellom den umiddelbare opplevelsen og den reflekterte distansen.

Til tross for de begrensninger som er diskutert i dette kapitlet anser forskeren studiens funn og fortolkninger som relevante.

6.0 Diskusjon av funn og fortolkninger

I dette kapittelet vil hovedkategoriene *gode relasjoner, fagkompetanse og god organisering, og mestringsopplevelser* bli brukt som utgangspunkt for å diskutere brukernes opplevelser og erfaringer med hverdagsrehabilitering. Temaene som diskuteres kan ha sammenhenger og påvirke hverandre selv om de blir diskutert i ulike underkapitler.

6.1 Gode relasjoner

Funnene viser at informantene beskriver det relasjonelle aspektet som en viktig del av hverdagsrehabiliteringen og i flere tilfeller var det avgjørende for en positiv opplevelse med hverdagsrehabilitering. Dette er i tråd med Bollingmo et al. (2004) som hevder at det å bygge en god relasjon er en grunnleggende faktor for samarbeid og fremgang i rehabiliteringsprosessen. Følgende temaer vil bli diskutert i dette kapittelet; fagutøverens møte med brukeren, betydningen av det sosiale, tomrom og ensomhet når teamet trekker seg ut og til slutt betydningen av trygghet og støtte.

6.1.1 Fagutøverens møte med brukeren

Informantene beskriver hvordan fagutøverne var imøtekommende og hyggelige da de kom på hjemmebesøk. Dette fremheves som spesielt viktig både fordi informantene befant seg i en sårbar posisjon hvor de var i behov av omsorg og støtte, men også fordi det ga et godt utgangspunkt for å danne en god relasjon med fagutøveren. I følge Hansen et al. (2015) kan en positiv innstilling og godt humør blant fagpersonene gi mot til at brukeren kommer over konsekvensene av funksjonsfallet eller den akutte sykdommen. En av informantene forteller hvordan fagutøveren tok seg tid til å sette seg ned og snakke om helt dagligdagse ting, før de satt i gang med treningen. Det kan tenkes at informantene av og til hadde behov for å ta fokuset bort fra selve funksjonsfallet og sårbarheten og heller snakke om helt dagligdagse ting hvor samtalen bar preg av likeverd mellom fagutøver og bruker. Schaug og Solheim (2007) skiller mellom profesjonell og personlig samtale, og hevder at i en profesjonell samtale fokuserer fagutøveren kun på brukerens behov, mens en personlig samtale bygger på en gjensidighet hvor begge parter blir sett og hørt. Ut i fra funnene i denne studien kan det forstås slik at informantene ønsket en blanding med både personlige samtaler ved frokostbordet, men også samtaler hvor brukernes utfordringer og behov stod i sentrum. Til sammen gjorde dette at informantene fikk en god relasjon med fagutøveren. Dette er i tråd med Karlsson & Borg (2013) som hevder at basis i relasjonen skjer i det genuine møte

mellom to, hvor begge opplever anerkjennelse i kraft av likeverdighet og gjensidig verdsettelse. En god relasjon skapes når brukeren kan se at det også finnes et menneske bak den profesjonelle fasaden (Schaug og Solheim, 2007).

Informantene beskriver hvor viktig det var å bli sett og hørt, og beskriver at måten fagutøverne satt seg ned og lyttet til hva de hadde på hjerte var betydningsfullt. På den måten opplevde informantene å bli tatt på alvor. Et slikt funn er i tråd med Haaland (2010) som mener at det å være et medmenneske handler om å bry seg og se hvert enkelt menneske, og at et grunnleggende behov hos alle mennesker er å bli sett, hørt og forstått. Dette kan ses i sammenheng med anerkjennelse som beskrives som forholdet mellom det å se og bli sett. Karlsson og Borg (2013) hevder at den gjensidige forståelsen som skapes og utvikles i relasjonen, rammer inn relasjonen og dermed skaper grunnlaget for anerkjennende væremåter som lytting, forståelse, aksept og bekreftelse. Haaland (2010) hevder at den beste måten å kommunisere med brukere på er å stille spørsmål og samtidig ha en lyttende holdning. På den måten kan informasjon fra brukeren innhentes på en måte som uttrykker oppriktig interesse og respekt for vedkommende. Flere av informantene beskriver hvordan fagutøverne ble sett på som noe mer enn bare hjelpere. Noen forteller at fagutøverne ble venner i stedet for pleiere fordi de blant annet fikk innsikt i store deler av informantenes liv. Brukerne i hverdagsrehabilitering kan ha opptil flere hjemmebesøk daglig, noe som innebærer at bruker og fagutøver har mye kontakt i løpet av en dag. Det er derfor viktig å være bevisst på hvilken rolle fagutøveren har på hjemmebesøk hos brukeren. Røkenes og Hanssen (2012) mener at det å bygge en relasjon mellom fagutøver og bruker innebærer en bevissthet om verdier og holdninger, samt bevissthet rundt hvilken betydning egen væremåte og egne erfaringer har for måten man utøver sin yrkesrolle på. I møte med brukeren er det viktig å opparbeide en god relasjon slik at brukeren føler seg trygg og stoler på fagutøveren. På en annen side kan man stille seg noe kritisk til hvordan en *for* god relasjon vil innvirke på selve rehabiliteringsprosessen. Slik Schibbye (1996) beskriver så er det gjennom den andres bekreftelse og anerkjennelse at man får et forhold til seg selv. Dette kan også ses som en asymmetrisk relasjon hvor brukeren er mer avhengig av fagutøverens reaksjoner og definisjoner, men ikke omvendt. Dersom relasjonen grunnleggende forstås som anerkjennende, kan det også være rom for misforståelser og konflikter nettopp fordi den forstås som anerkjennende (Karlsson & Borg, 2013). Dersom fagutøverne blir venner i stedet for pleiere, kan man tenke seg at det stilles andre forventninger til en slik relasjon og at dette kan påvirke rehabiliteringsprosessen negativt i form av misforståelser og konflikter. Dette kan

forstås som uklare roller og for å unngå sammenblanding av roller kan det være nødvendig med en rolleavklaring i begynnelsen av prosessen.

Det kommer frem i studiens funn og fortolkninger at informantene hadde utfordringer med å mestre hverdagslige gjøremål og at de befant seg i en sårbar posisjon hvor omsorg og trygghet var viktig. Tuntland og Ness (2014) hevder at eldre mennesker med utfordringer i å mestre dagliglivets aktiviteter kan betraktes som en sårbar gruppe, og når man befinner seg i en sårbar posisjon kan det være et løft å oppleve at noen bryr seg og viser omsorg. Dette utfordrer fagutøverens rolle i hverdagsrehabilitering hvor man på den ene siden skal ta hensyn til brukernes behov for omsorg og støtte, og på den andre siden fokusere på mestring og fremgang i rehabiliteringsprosessen. Informantene ga uttrykk for at fagutøverne var flinke til å balansere mellom å ivareta det sårbare samtidig som de hadde fokus på å trene på de hverdagsaktivitetene brukerne ønsket å bli bedre på. Schaug og Solheim (2007) hevder at det å være profesjonell fagutøver må sees som en helhet der fokus ligger både på faglige kunnskaper og ferdigheter men også på personlige egenskaper. Derfor er en balanse mellom nærhet og avstand viktig for å oppnå en god relasjon med brukeren, både fysisk og emosjonelt.

6.1.2 Betydningen av det sosiale

Det kommer frem at en av flere konsekvenser ved funksjonsfallet var at informantene følte seg isolerte i eget hjem og mistet muligheten til å delta i sosiale sammenhenger. Informantene synes det var hyggelig at fagutøverne kom på besøk, da dette var en mulighet for interaksjon og stimulering av sosiale behov som de ellers ikke følte de fikk. Ut i fra disse funnene kan det ses å være en sosial dimensjon ved hverdagsrehabilitering. Goffmann (1992) hevder at det å delta i et sosialt fellesskap og delta i interaksjon er viktig for det enkelte menneskets tanker om seg selv og for den enkeltes identitet. En studie gjort på hverdagsrehabilitering i Danmark (2015) finner at det er brukere med begrenset sosialt nettverk som setter størst pris på den sosiale relasjonen til teamet, samt at hjemmebesøkene fra teamet er trygghetsskapende for brukerne (Hansen et al., 2015). Dersom det er slik at informantene vektlegger det sosiale aspektet mer enn selve treningen, kan man kanskje påstå at det finnes et snev av selvmotsigelse i måten man jobber på i hverdagsrehabilitering. På den ene siden er det et mål i hverdagsrehabilitering at brukerne skal bli selvstendige, men på en annen side kan det sosiale aspektet ses å være like så viktig, om ikke viktigere, for brukerne. På bakgrunn av

dette kan man spørre seg om brukerne ønsker å bli selvstendige i fare for å miste muligheten til den daglige og sosiale kontakten med fagutøverne. Dersom dette er tilfelle skapes det en ambivalens for brukeren om han eller hun ønsker å bli selvstendig, som igjen kan medføre at fagutøverne jobber med brukere som ikke legger ned egeninnsats for å bli selvstendige. Hverdagsrehabilitering defineres blant annet som ”..rehabilitering i hjem og nærmiljø..”, og dilemmaet over beskriver dermed viktigheten av å jobbe sammen med brukeren for at brukeren skal kunne delta sosialt i andre settinger, slik at det blir lettere for brukeren å takle at teamet trekker seg ut.

6.1.3 Tomrom og ensomhet når teamet trekker seg ut

Studiens funn og fortolkninger viser at etterhvert som hverdagsrehabiliteringsteamet trakk seg ut og informantene ikke lenger fikk daglige besøk, opplevde flere av informantene et tomrom. Informantene synes det var trist når teamet trakk seg ut fordi de blant annet hadde fått god kontakt og blitt gode venner. Fjørtoft (2006) hevder at alle mennesker er avhengig av kontakt med andre og at ensomhet kommer av et savn av ønsket kontakt. Det kan tenkes at informantene og fagutøverne gikk inn i relasjonen med ulike forventninger og at dette kan ha vært utfordrende når relasjonen ble avsluttet. Nordahl-Pedersen et al. (2016) hevder at fagutøveren går inn i relasjonen med en formell arbeidskontrakt hvor fokuset ligger på rehabiliteringen, mens brukeren ofte ser på relasjonen som et vennskap og noe mer enn bare et hjelpe-forhold. Videre hevder Nordahl-Pedersen et al. (2016) at dette spesielt kommer til syne når relasjonen brytes, og det kan tenkes at brukerne opplever et savn etter de personene de opplevde som venner. På bakgrunn av dette kan det ses som vesentlig at fagutøveren fra starten av er tydelige på at hverdagsrehabilitering er tidsavgrenset tjeneste hvor teamet etterhvert vil trekke seg ut igjen, samt hvilken rolle man har som fagutøver i møte med brukeren. På den måten kan brukeren gå inn i relasjonen med en forventning om at relasjonen ikke kommer til å vare evig. Likevel kan det være slik at besøket fra teamet er det eneste sosiale som skjer i løpet av dagen for mange, og derfor blir svært betydningsfullt. Dette kan ses i sammenheng med informantenes opplevelse av fagutøvernes tid på det enkelte besøket. Jo mer tid temaet hadde, jo hyggeligere synes informantene det var. Dersom fagutøverne hadde dårlig tid følte informantene seg mindre ivaretatt og i noen tilfeller oversett. Dette er i tråd med Birkeland og Natvig (2009) sine funn som sier at lengden på hjemmebesøkene er et av flere forhold som sier noe om brukerens sosiale situasjon. Dersom besøkene blir veldig lange er det ofte fordi brukeren har et behov for sosial

interaksjon med fagutøveren. På bakgrunn av det som er diskutert over kan det ses å være en sammenheng mellom informantenes opplevelse av hvor mye tid teamet hadde og deres opplevelse av tomrom og ensomhet.

6.1.4 Opplevelsen av trygghet og støtte

Flere av informantene forteller hvordan en god relasjon med teamet skapte tillitt til fagutøverne og var avgjørende for informantenes opplevelse av trygghet i hjemmet. Videre beskriver informantene en opplevelse av støtte fra teamet. En studie gjort av Hansen et al. (2015) finner at det å gi støtte til brukeren i stor grad handler om at fagutøverne viser empati for brukeren og på den måten bidrar til en fruktbar og tillitsfull relasjon. På en annen side var det en av informantene som ikke opplevde at fagutøveren støttet henne, og at fagutøveren var alt for streng med henne. Dette gjorde at motivasjonen for å utføre aktiviteten ble mindre. Motivasjon styrer hvilken vei vi tar og hvilke handlinger vi velger å utføre. Det vil si at dersom fagutøverens tilnærming bidro til mindre motivasjon hos informanten, kan det være vanskelig å hjelpe brukeren til å prøve selv og derav oppleve mestring. Hansen et al. (2015) hevder at en utfordring for fagutøverne som jobber med hverdagsrehabilitering er å finne en god balanse mellom å fremheve selvhjelpenhet og samtidig gi den støtten brukeren trenger. Sundet (2014) skriver at fagpersoner som oppleves som hjelpsomme for den som har søkt hjelp er lyttende og kan følge, heller enn lede. Hjelpere som er fleksible når det gjelder hva de kan gjøre for den hjelpesøkende og ofte beveger seg utenfor den profesjonelle rollen, bidrar til å styrke relasjonen og samarbeidet (Sundet, 2014). Fagutøverens oppgave som hjelpere blir da å legge forholdene til rette for at brukerens iboende ressurser kan komme til syne.

Det kommer frem at informantene synes det var viktig at noen var tilstede når de skulle utføre dagligdagse aktiviteter. Dette fordi informantene i utgangspunktet var utrygge på om de mestret aktiviteten, og ved at fagutøveren var tilstede kunne informantene be om hjelp dersom de ikke fikk det til. Informantene beskriver også viktigheten av at teamet var tilstede når de skulle forflytte seg, fordi redselen for å falle var stor. Disse funnene er i tråd med Hjelle et al. (2016) som finner at hjelp og støtte fra hverdagsrehabiliteringsteamet gjør at brukerne føler seg tryggere etter hjemkomst og at teamets tilstedeværelse er av stor betydning for brukernes trygghet i eget hjem. Informantene følte seg gradvis tryggere, noe som gjorde at de prøvde seg mer og mer på aktiviteter de i begynnelsen følte seg utrygge på. Dette kan ses i sammenheng med mestringstro, hvor det å prøve seg i en aktivitet og oppleve at man mestrer den i følge Bandura (1994) gir troen på å mestre aktiviteten igjen. Det at teamet var tilstede og

ga veiledning de første gangene informantene skulle utføre aktiviteten på egenhånd, beskrives som en viktig faktor på veien til å bli selvstendig. I en slik sammenheng kan det tenkes at teamets fokus på at informantene skulle forsøke seg på egenhånd kan ha vært medvirkende til økt mestringstro hos informantene. Dersom fagutøverne hadde hatt fokus på å hjelpe brukeren i stedet for å motivere brukeren til å prøve selv, ville kanskje resultatet vært annerledes.

Bandura (1977) hevder gjennom sin teori om ”self-efficacy” at vi som mennesker i utgangspunktet ikke legger ned arbeid i å delta i aktiviteter som vi i utgangspunktet ikke har troen på at vi klarer. Med teamets støtte og veiledning utviklet informantene en større tro på at de var i stand til å mestre aktiviteten, noe som førte til at informantene etterhvert forsøkte seg på egenhånd. Bandura (1977) hevder at graden av mestringstro ikke er konstant og kan utvikles underveis i prosessen. Dersom teamets tilstedeværelse bidrar til økt mestringstro hos brukeren, kan det være hensiktsmessig å investere tid i dette slik at brukeren kan bli selvstendig på sikt. En av informantene forteller hvordan fagutøvernes tilstedeværelse og motiverende ord gjorde at hun fikk troen på at hun mestret å gå i trapp. Dette kan ses i sammenheng med det Schibbye (1996) kaller selvrefleksivitet. Det innebærer brukerens evne til å reflekterer over bakgrunnen for sine handlinger når man får reaksjoner fra omgivelsene på handlingen man har utført. Ved at fagutøveren gir bekreftelse og anerkjennelse til brukeren i aktiviteter brukerne føler de ikke mestrer, kan brukerne oppleve å overvinne sine egne begrensninger.

Flere av informantene uttrykte en betydelig bekymring og utrygghet i forhold til å falle. Fall i eget hjem eller nærmiljø var for flere årsaken til funksjonstapet, noe som gjorde at frykten for å falle var stor. Stor falltendens er i mange tilfeller noe som dukker opp hos eldre da balansen ofte reduseres i takt med alderen (Pettersen, 2002). Informantene beskriver at redselen for å falle var en av årsakene til at de ikke forsøkte seg i aktiviteter de var usikre på om de mestret eller ikke. Tuntland et al. (2016) hevder at redselen for å falle gjør at brukerne får et redusert aktivitetsnivå og at mange ikke tørr å trene på egenhånd. Uten støtten og tryggheten fra teamet ville kanskje brukerne blitt sittende i sine hjem uten muligheten for aktivitet og sosial omgang. Med dette kan man tenke seg at den tilnærmingen hverdagsrehabilitering har også er av forebyggende art. Tuntland et al. (2016) hevder at uten teamets tilstedeværelse vil fremgangen være svært liten. Dette er også i tråd med Hansen et al. (2015) som hevder at hverdagsrehabilitering bidrar til at brukeren kommer raskere i gang med aktiviteter, enn brukeren ville gjort på egenhånd. Dette kan ses i sammenheng med maktbegrepet og forstås

som at fagutøverne i hverdagsrehabilitering har en formell makt i relasjonen til brukerne, og på den måten kan påvirke at brukerne engasjerer seg i aktiviteter hvor brukernes potensielle ressurser blir aktivert. I et slikt tilfelle kan man si at makten forstås som en utøvelse av profesjonell praksis styrt av fagpersonenes kunnskap og erfaring.

6.2 Fagkompetanse og god organisering

I studiens funn og fortolkninger kommer det frem at informantene var opptatt av fagutøvernes kompetanse og hvordan de ulike fagpersonene kunne bidra på forskjellige måter. Videre viser funnene at informantene var opptatt av hvordan tjenesten var organisert og da spesielt i forhold til tid. Dette leder oss videre til hovedkategorien *fagkompetanse og god organisering*. I det følgende diskuteres betydningen av tverrfaglig samarbeid, fagutøveren vs. brukeren som ekspert og brukernes opplevelser av tid og ressurser hos hverdagsrehabiliteringsteamet.

6.2.1 Tverrfaglig samarbeid

Noe overaskende for forskeren kom det frem at informantene hadde et bevisst forhold til hvilke yrkesgrupper som gjorde hva, som for eksempel at fysioterapeuten trente og ergoterapeuten skaffet hjelpemidler. Tuntland og Ness (2014) hevder at tverrfaglig samarbeid er en forutsetning for å kalle virksomheten rehabilitering og at *en* yrkesgruppe alene ikke kan drive hverdagsrehabilitering. Informantene omtalte de ulike yrkesgruppene på en måte som fikk forskeren til å undres over hvorfor kunnskapen om yrkesgruppene var så stor. Det finnes ulike måter å forstå dette på. En forståelse kan være at hverdagsrehabilitering er en forholdsvis ny tjeneste og at det kan tenkes at det er gitt god informasjon i begynnelsen av prosessen. Informantene forteller blant annet at de fikk en brosjyre hvor de kunne lese om hverdagsrehabilitering. En annen måte å forstå dette på er at fagutøverne selv, i dialog med informantene, har vært tydelige på hvilken faggruppe de tilhører og hva de kan hjelpe brukeren med. Lingås (2013) hevder at profesjonssjåvinisme kan utvikle seg til en skjult verdi, hvor prioriteringer og valg skjer ut fra en yrkesgruppes ønsker om å definere seg selv som uunnværlig, uten særlig hensyn til hva som tjener brukeren best. Askheim (2015) hevder at den spesialiserte fagkunnskapen hver enkelt fagutøver bærer med seg kan by på utfordringer i forhold til uenighet om hvilke former for behandling, opptrening og opplæring som er best for den enkelte brukeren (Askheim, 2015). Selv om det kan forstås som profesjonssjåvinisme er det et poeng at informantene selv synes det var positivt med flere faggrupper og beskriver opplevelsen av å bli ivaretatt av et bredt faglig team. Det var derimot

noen av informantene som uttrykte at det ble mange å forholde seg til, og at det tidvis var vanskelig å vite hvem man skulle høre på da ulike fagutøvere ga ulike beskjeder. Haarr og Fjetland (2014) hevder at det i hverdagsrehabilitering finnes en potensiell fare for at noen fagutøvere blir eksperter, mens andre blir ikke-eksperter. I en slik sammenheng kan en spørre seg om dette er det mest ideelle for brukerne. Den helhetlig tilnærming hverdagsrehabilitering bygger på krever betydelig samhandling på tvers av fag og profesjoner. Det er derfor viktig at det å finnes en god balansegang mellom fremhevelse av egen kompetanse og samhandling med andre faggrupper for å gi brukeren best mulig forutsetninger for aktivitet og deltakelse.

Studiens funn og fortolkninger viser at informantene hadde ulike mål for hverdagsrehabiliteringsprosessen. Tuntland og Ness (2014) hevder at det i hverdagsrehabilitering er et mål at rehabiliteringen skal være individuelt tilpasset den enkelte bruker slik at autonomi kan oppnås. Dersom man ser dette i sammenheng med tverrfaglig samarbeid kan man si at de ulike målene som brukerne har ikke kan dekkes av kun en yrkesgruppe. Dersom en bruker har som mål å komme seg tilbake til eldresenteret etter et lårhalsbrudd er det ulike områder som må tillegges fokus for at brukeren skal nå sitt mål. Det trengs jevnlig observasjon og stell av operasjonssåret av en sykepleier. Deretter er det kanskje nødvendig at en ergoterapeut tilrettelegger med ganghjelpemidler slik at bruker kan mobiliseres men ikke belaste benet fullt. For at bruker skal kunne gå tilbake til eldresenteret er det også nødvendig med opptrening av en fysioterapeut for å gjenvinne den fysiske funksjonen. Hverdagsrehabilitering krever at man ser mennesket som et hele og det kreves derfor ulik kunnskap for å støtte personene i prosessen (Helsekompetanse, udatert). Rostgaard og Graff (2016) fastslår i den sammenheng at det å jobbe tverrfaglig innenfor hverdagsrehabilitering ikke bare handler om samarbeid på tvers av fag, men også med brukeren som en sentral part av teamet. Med et stort fokus på brukermedvirkning kan man stille seg spørsmålet om det tverrfaglige samarbeidet også bør inneha brukerens kompetanse som et bidrag til den tverrfaglige innsikten, heller enn at brukermedvirkning og tverrfaglighet skal stå i motsetning til hverandre.

6.2.2 Fagutøveren vs. brukeren som ekspert

Informantene forteller hvordan de fullt og helt stolte på det fagutøverne sa, med den begrunnelse at de var fagpersoner og visste hva som var rett og galt i den situasjonen informantene befant seg i. Funnene viser altså at informantene mente at fagutøverne visste

best. Fotoukian, Shahboulaghi, Khoshknab & Mohammed (2014) problematiserer dette og beskriver det som brukernes lit til ekspertuttalelser. Tveiten og Severinsson (2005) hevder ut i fra sine funn at de aller fleste brukere av helsetjenesten i Norge ønsker en ekspertuttalelse fra fagpersonell fordi det er lettere å forholde seg til dette enn å ta et standpunkt selv.

Informantene beskriver hvordan de hadde en forventning til at teamet skulle hjelpe de på beina igjen, og at informantene var avhengig av fagutøvernes ekspertise for å klare dette. Dette kan sies å komme i konflikt med brukerperspektivet i hverdagsrehabilitering som handler om at brukeren selv skal bestemme hva det skal jobbes med. Det hevdes at en forutsetning for å kunne bistå brukerne til å oppnå en ønsket livssituasjon er at den faglige ekspertrollen dempes, og at brukerens selvbestemmelse og autonomi støttes i langt større grad enn tidligere (Thommesen, 2010). Dette er i tråd Parsloe (1996) som hevder at det ikke er mulig for en person å myndiggjøre (empower) en annen, men det er derimot mulig å skape vilkår og forutsetninger for brukerne til selv å ta makten over eget liv.

På den ene siden er et viktig prinsipp i hverdagsrehabilitering at brukernes mål og medvirkning skal være gjeldende. På en annen side kan det forstås slik at brukerne i stor grad ønsker å bli fortalt hva de skal trene på for å bli bedre, og dermed ta mindre del i utformingen av tiltakene i rehabiliteringsprosessen. Dersom dette er tilfelle kan det se ut som om hverdagsrehabilitering legger et ansvar på brukerne som de i utgangspunktet ikke er komfortable med å ha. Gjennom politiske dokumenter legges det blant annet vekt på hvordan man skal rette fokus på befolkningens ansvar for egen helse og helseutvikling (Meld.St.47 (2008-2009) 2009). Dersom man ser dette i lys av empowerment så kan individuelt ansvar virke positivt i form av opplevelse av egenmestring og egenkraft (Haukeland, 2015). Men dersom brukerne i utgangspunktet ønsker at fagutøverne skal bestemme hva som er best for den enkelte, kan det da i det hele tatt forstås som empowerment? Christensen og Fluge (2016) skriver at ansvaret for ivaretagelse av egen helse har blitt skjøvet fra staten og over på den eldre selv. Det kan godt tenkes å være slik, men kan man ut i fra funnene i denne studien undres over om det er slik brukerne virkelig ønsker at det skal være? Informantene beskriver at det er mer behagelig å forholde seg til en fagperson og stole på at fagpersonene vet best. Finnes det også et snev av en paternalistisk tankegang i dette dilemmaet? I paternalismen ser individet på seg selv som ukyndig og trenger veiledning gjennom store deler av livet (Askheim, 2015). I en slik tankegang er det også alltid ekspertens synspunkt som veier tyngst. Kan det tenkes at veien fra paternalisme til demokrati og medvirkning ikke er like opptråkket som vi kanskje tenker, eller ønsker at den skal være? På en annen side kan det tenkes at

informantene opplever det som trygt at fagutøverne tar ansvar i tilfelle det skulle skje noe, da brukeren slipper å mobilisere krefter for å ordne opp på egenhånd.

6.2.3 Betydningen av tid og ressurser

Informantene uttrykker ulike erfaringer knyttet til fagutøvernes tid og ressurser og viser til situasjoner hvor de mener fagutøvernes tid spilte en viktig rolle. Hvor mye tid og ressurser man har til rådighet i hverdagsrehabilitering handler i stor grad om arbeidsmengde og arbeidsbelastning i den enkelte kommune. Hverdagsrehabilitering har, som andre helsetjenester, en økonomisk ramme som avgjør hvordan teamet er organisert som igjen påvirker fagutøvernes tid hos brukerne. Det er foreløpig lite forskning knyttet til de ulike metodenes effekt, konsekvens og lokale tilpasning i Norge (Tuntland & Ness, 2014).

Ut i fra studiens funn og fortolkninger kommer det frem at de fleste informantene opplevde at teamet hadde god tid. Betydningen av tid ses å henge sammen med flere ulike aspekter, blant annet det relasjonelle. Informantene beskriver hvordan det at fagutøverne brukte tid sammen med informantene var av stor betydning for å skape en god relasjon. Som vi har sett tidligere i diskusjonen så hadde en god relasjon betydning for tryggheten og motivasjonen, samt for å drive rehabiliteringsprosessen fremover. Det var også noen informanter som opplevde at teamet hadde dårlig tid. Da ga informantene uttrykk for at de ikke ønsket å være til bry, noe som svekket tilliten mellom fagutøver og informanten og gjorde at informantene følte seg mindre anerkjent. Knapphet på tid på hjemmebesøk hos brukerne kan ses i sammenheng med tilgang på ressurser hos det enkelte hverdagsrehabiliteringsteamet. I 2011 dokumenterte undersøkelser at halvparten av norske yrkesaktive opplevde krav om å arbeide i høyt tempo, og at de derfor ikke fikk tid til å gjøre arbeidsoppgavene sine på en skikkelig måte (Askheim, 2015). I en slik sammenheng kan man spørre seg om opplevelsen av knapphet på tid og ressurser i hverdagsrehabilitering kan føre til at empowermentperspektivet nedtones. Er det slik at fagutøverne har så stort press på seg at det rett og slett ikke er tid til å ivareta viktige prinsipper som medvirkning og anerkjennelse? Informantene som forteller om mangel på tid hos teamet, beskriver en opplevelse av å ikke bli hørt og at fokuset var rettet mot at brukeren skulle mestre mest mulig på egenhånd. Dette kan ses i sammenheng med anerkjennelse hvor gjensidig verdsettelse er viktig for personens selvaktelse (Karlsson & Borg, 2013). Det er viktig å huske på at tilnærmingen hverdagsrehabilitering bygger på er relativt ny og annerledes enn hva som har blitt praktisert tidligere i kommunale tjenester, noe som kan by på utfordringer i å endre tankemønster ikke bare hos brukerne, men også hos de ansatte i

kommunen. I den sammenheng hevder Anderson og Funnell (2010) at det er vanskelig å få dagens helsepersonell til å tenke empowerment fordi de ikke har hatt dette som en del av sin utdanning og yrkesbakgrunn. Samhandlingen med brukerne stiller altså andre krav til fagutøverens kompetanse enn tidligere.

Tid settes også av informantene i sammenheng med muligheten til å utføre aktivitet sammen med fagutøveren. Dette ga informantene mulighet til å prøve seg på egenhånd samtidig som de hadde muligheten til å få hjelp dersom de skulle trenge det. På den måten fikk informantene muligheten til både å utfordre og opprettholde sin fysiske funksjon. Dette kan ses i sammenheng med brukermedvirkning da en slik tilnærming kan tenkes å ta mer tid enn om fagutøveren skulle utført aktiviteten for brukeren. Tuntland og Ness (2014) hevder at det stilles høyere krav til tid og ressurser hos personalet dersom brukeren skal være medvirkende, enn om fagutøveren utfører aktiviteten uten at brukeren får medvirke. Brukermedvirkning kan i flere settinger virke mer tidskrevende fordi det krever mer dialog med brukerne på den måten at det må defineres hva som er utfordringene og hvordan det skal jobbes for å oppnå de aktuelle målene. Askheim (2015) hevder at brukermedvirkning er det første som blir nedprioritert dersom man har liten tid, og at tids- og ressursargumentet kan være et argument fagutøverne bruker for å begrunne mangelen på vektlegging av empowerment og brukermedvirkning i tjenestene.

Hjelp til riktig tid

Informantene vektlegger viktigheten av å få hjelp til den tiden de var i behov av hjelp. Dette gjelder spesielt de informantene som var i behov av hjelp til for eksempel å komme ut av sengen, gå på do eller lage mat. Dersom informantene måtte vente lenge på hjelp til dette opplevde de at hele dagen ble ødelagt. En av informantene beskriver hvordan han måtte ligge i sengen og vente til teamet kom for å hjelpe han, fordi han ikke klarte å stå opp av sengen på egenhånd. Informanten opplevde det uverdige og bli liggende i sengen fra han våknet klokken seks om morgenen og til teamet kom klokken ti på formiddagen. Dette kan ses i sammenheng med autonomi som kan forstås som frihet hos den enkelte og å være fysisk uavhengig av andre. Det kan tenkes at informantens autonomi her blir svekket fordi han er avhengig av andre for å klare seg selv. På bakgrunn av eksempelet beskrevet over kan man undre seg over om tjenesten er godt nok utviklet til å ivareta alle brukerne, og dersom teamet skal ivareta brukere døgnet rundt, om det finnes kapasitet og ressurser til dette. En engelsk studie har

funnet at et av suksesskriteriene for hverdagsrehabilitering er kapasitet i teamet og i hjemmetjenestene. I dette blir det lagt til grunn at temaet har tilstrekkelige ressurser til å drive med rehabilitering (Rabiee & Glendinning, 2011). En norsk studie gjort av Tuntland et al. (2016) viser at hverdagsrehabilitering er organisert ulikt fra kommune til kommune og at dette påvirker tilgangen på ressurser og tidsbruk hos brukerne. Med bakgrunn i eksempelet over kan man også spørre seg om informantene var innenfor målgruppen til hverdagsrehabilitering eller om han heller skulle hatt hjelp av ordinær hjemmetjeneste. Hverdagsrehabilitering er først og fremst et tilbud til brukere som har et rehabiliteringspotensiale (Tuntland og Ness, 2014). Ressurser bør derfor også legges i å kartlegge den enkelte bruker slik at han eller hun får hjelp fra riktig tjeneste. Med tanke på at hverdagsrehabilitering er en forholdsvis ny kommunal tjeneste bør man også løfte blikket opp på et organisatorisk nivå og se på hvordan hverdagsrehabilitering samhandler med allerede eksisterende tjenester i kommunen og hvordan dette gjøres best slik at brukerne til en hver tid kan få hjelp til de utfordringene de har.

6.3 Mestringsopplevelser

I studiens funn og fortolkning kommer det frem at informantene synes det var viktig å oppleve fremgang i rehabiliteringsprosessen og at det å kjenne på mestringsfølelse var det som drev dem videre i form av økt motivasjon og troen på å nå sine mål. Hverdagsrehabilitering bygger på et tankesett om økt livskvalitet og økt mestring hos den enkelte (Tuntland & Ness, 2014). Tuntland og Ness (2014) hevder at det å stimulere til hverdagsmestring vil være aktuelt for alle brukergrupper uansett funksjonsnivå, og at hverdagsmestring ikke bare er et rehabiliterende tankesett, men også et helsefremmende tankesett. I det følgende diskuteres tilrettelegging for mestring, motivasjon, utarbeidelse av mål og til slutt brukermedvirkning og autonomi i praksis.

6.3.1 Tilrettelegge for mestring

Informantene beskriver en gradvis fremgang og at opplevelsen av å mestre ulike aktiviteter gjorde at de turte å utfordre seg selv i nye aktiviteter. En av informantene hevder at temaet hjalp han fra å være hjelpeløs til å kunne klare seg selv. Tuntland og Ness (2014) hevder at fagutøverens kompetanse på området er viktig samt at fagutøveren må ha en forståelse av samspillet mellom personens mestring, aktivitetens krav og muligheter, og omgivelsenes utforming for å kunne tilrettelegge for at samspillet mellom disse faktorene kan bedres. Med

andre ord er fagutøverens kompetanse på området i stor grad gjellende for muligheten til å tilrettelegge for mestring hos den enkelte bruker. Samme informant beskriver hvordan fagutøverne hele tiden utfordret han i å prøve seg på egenhånd, men dersom han ikke mestret aktiviteten eller deler av aktiviteten så fikk han likevel hjelp. Dette er i tråd med Askheim (2012) som hevder at veien til mestringsopplevelser er todelt. Det kreves både tilrettelegging fra fagutøveren, men også bidrag fra brukeren selv. Bandura (1994) mener at overbevisning fra andre om at du kan gjennomføre aktiviteten er en av fire faktorer som er avgjørende for økt mestringsstro. Ved at fagutøveren overbeviser brukeren om at han eller hun innehar de ferdigheter som kreves for å mestre aktiviteten, vil brukeren prøve seg på egenhånd.

Noen av informantene hadde opplevelsen av at det var mye fokus på at de skulle prøve seg på egenhånd, noe som både kunne oppleves meningsfullt men som også i noen tilfeller opplevdes som lite motiverende for informantene. I dette så ligger det en forståelse av at fagutøveren i hverdagsrehabilitering jobber på en måte som ofte blir betegnet som ”hands off” eller med hendene på ryggen. Denne måten å jobbe på kan anse å være en ny tankegang innenfor de kommunale helsetjenestene og hensikten med dette er at brukerne skal kunne mestre aktiviteten på egenhånd og derav oppleve en mestringsfølelse. Hjelle et al. (2016) beskriver at det å jobbe ”hands off” heller enn å gi den hjelpende hånd er en stor del av hverdagsrehabilitering, men det at teamet i mange tilfeller står å ser på hvordan de eldre utfører forskjellige aktiviteter oppleves ulikt fra person til person. Noen finner ut med tiden at det gir mening og er for deres eget beste, mens andre opplever det som ubehagelig kontroll og overvåking. Andersen (1999) hevder at man som fagutøver må legge til rette for at brukerens iboende ressurser skal komme syne. Dette skjer ved å anerkjenne at det er brukerens selv om sitter med løsningen, og dernest arbeide sammen om å finne konkrete bidrag som kan være til hjelp. Som fagutøver må man finne sin rolle i forhold til brukernes fortellinger (Karlsson & Borg, 2013).

Selv om noen av informantene opplevde det til tider ubehagelig, kommer det frem at informantene etterhvert klarte å vende seg til tilnærmingen og etter en stund forstod hvorfor teamet jobbet på denne måten. Ut i fra studiens funn og fortolkninger kan det ses å være spesielt i begynnelsen av forløpet at denne måten å jobbe på var vanskelig å forstå. På en annen side beskriver informantene at det også var behagelig dersom fagutøveren av og til hjalp til i aktiviteter informantene syns var krevende, slik at de kunne bruke krefter på andre ting. Hansen et al. (2015) finner i sin studie at flere eldre er kritiske til teamets fremgangsmåte

og mener at eldre, som er avhengig av andres hjelp, befinner seg i en sårbar posisjon med behov for omsorg. Wilde og Glendinning (2012) peker i retning av at det kan være vanskelig å skape forståelse for denne tilnærmingen, og da spesielt hos aleneboende med lite støtte fra familien. Her skisseres et dilemma som kan dukke opp ettersom hverdagsrehabilitering bygger på et tankesett som skiller seg fra den tradisjonelle tankegangen om at eldre er i behov av hjelp og omsorg. I hverdagsrehabilitering går man fra en tankegang om omsorg og pleie til aktivitet og egenmestring (Tuntland & Ness, 2014). Dette kan forstås som en saultogen tilnærming hvor brukernes ressurser blir vektlagt fremfor brukernes sykdom og begrensninger. Gjennom ulike dokumenter fra stortinget kommer det frem at satsningen på aktive eldre er en forventning som både påvirker brukerne og dagens helsepersonell. Informantene i denne studien beskriver balansegangen mellom å bli utfordret til å gjøre ting selv og det å få hjelp som svært givende og motiverende. Å snu denne tankegangen hos brukerne kan være en utfordring for dagens helsepersonell, men det kan også være utfordrende for brukerne å gå fra tradisjonelle hjelpetjenester til mer aktive øvelser for å oppnå selvstendighet (Rabiee & Glendinning, 2011).

6.3.2 Motivasjon

Stå-på-vilje og en positiv innstilling om å bli bedre beskrives av informantene som grunnleggende for deres fremgang i rehabiliteringsprosessen og som en viktig motivasjonsfaktor til å fortsette på tross av funksjonsfallet. Både i Norge og England har brukernes motivasjon blitt definert som et av suksesskriteriene for hverdagsrehabilitering (Førland & Skumsnes, 2016). Likevel forteller informantene at de i begynnelsen av prosessen var usikre på hva de kunne forvente av bedring og at motivasjonen ikke var så fremtredende som den ble senere i prosessen når de opplevde at de faktisk mestret det. I dag ser vi at flere hverdagsrehabiliteringsteam legger ensidig vekt på at motivasjon for rehabilitering må være tilstede for å få tilbud om hverdagsrehabilitering (Tuntland & Ness, 2014). I denne sammenheng undres jeg over om det er rimelig å forvente at motivasjonen skal være tilstede kort tid etter et funksjonsfall. Er ikke motivasjonsarbeidet en del av rehabiliteringsprosessen? Det kan se ut som om det finnes det sprikende meninger om dette. Rabiee & Glendinning (2011) på sin side, finner at motivasjonen var helt avgjørende for å oppnå resultater gjennom hverdagsrehabilitering og dersom ikke motivasjonen var tilstede så man heller ikke fremgang i prosessen. På en annen side finner Tuntland et al. (2016) at motivasjonen ikke nødvendigvis trenger å være tilstede helt fra begynnelsen av, men kan komme underveis i

rehabiliteringsforløpet. Det kan derfor tenkes at selv om brukerne oppleves som noe passive og lite motiverte rett etter et funksjonsfall, bør de likevel vurderes for deltakelse i hverdagsrehabilitering fordi brukerne kan oppnå mye med litt hjelp fra teamet. Det kan også tenkes at dersom brukerne får jobbe mot mål som en meningsfull så vil den indre motivasjonen styrkes. Birkeland og Natvig (2009) hevder at mange brukere som har opplevd et funksjonsfall bruker en mestringsstrategi som går ut på å akseptere situasjonen, som igjen fører til en oppgitt og mer passiv livsstil. Dette kan begrunne en manglende motivasjon hos brukerne i begynnelsen av rehabiliteringsforløpet.

Informantene beskriver hvordan økt mestringsfølelse ga opplevelsen av økt motivasjon. Det at informantene turte å prøve seg i aktiviteter de ikke trodde de mestret, og likevel mestre det, ga økt motivasjon til å prøve seg mer. På en annen side kommer det også frem at motivasjonen kunne variere fra dag til dag, og at det av og til var mer behagelig å bli sittende i sofaen enn å trene. På slike dager var det viktig at fagutøverne kom for å motivere informantene, og informantene beskriver at de i ettertid ser at det var positivt at teamet kom og ga de ”et spark i baken” for å komme seg opp av sofaen. Moe & Brinchmann (2016) finner i sin studie at det å få ”et spark bak” er begynnelsen på et motivasjonsarbeid fra teamet sin side, og at de aller fleste eldre mennesker, også yngre mennesker, trenger motivasjon fra andre og en hjelpende hånd for å komme i gang med fysisk aktivitet. Dette er i tråd med Askheim (2014) som mener at det er nødvendig at noen forventer noe av oss da det gjør at vi selv får troen på at vi klarer det. Dersom ingen hadde forventet noe av oss hadde vi følt oss verdiløse. Som vi ser så beskriver informantene at motivasjonen kunne være svingende. Tuntland et al. (2016) hevder at en del av rehabiliteringsprosessen er å hjelpe brukeren til å finne frem til den indre motivasjonen og bygge videre på denne da det er den indre motivasjonen som er grunnlaget for mestring og vekst. Dersom brukeren i utgangspunktet har vanskelig for å finne en indre motivasjon for å utføre aktiviteten kan også ytre motivasjonsfaktorer bidra til fremgang, ved for eksempel belønning i form av hjelp til andre ting. En kombinasjon av indre og ytre motivasjon er avgjørende for å drive prosessen fremover i rehabilitering (Kuvaas, 2005). Kanskje er det nødvendig at fagutøverne i hverdagsrehabiliteringsteamet forventer ”passe mye” av brukerne, slik at brukerne både får drahjelp, men også må finne egen drivkraft til å komme videre. Informantene forteller om situasjoner hvor fagutøverne forsøkte å motivere brukerne på dager de egentlig ikke hadde lyst. Dersom man ser dette i sammenheng med empowerment kan det på den ene siden forstås som positivt på den måten at teamet hjalp informantene å komme i gang. På en annen side kan man stille seg undrende til om det å

endre seg ut i fra andres forventninger i det hele tatt kan forstås som empowerment. I så måte kan en bruker være like empower ved å si at han ikke vil trene og heller bli liggende på sofaen.

6.3.3 Utarbeidelse av mål

I funnene beskriver informantene hvordan det å jobbe med noe som var betydningsfullt ga motivasjon til å selv bidra i rehabiliteringsprosessen. Likevel, og noe overaskende for forskeren fremheves ikke fokuset på målsamtaler og utarbeidelse av egne mål.

Hverdagsrehabilitering er en intensiv og tidsavgrenset prosess hvor det legges stor vekt på utarbeidelse av mål hos den enkelte bruker slik at prosessen kan drives fremover. Det er derfor overaskende at brukerne ikke vektla dette mer. Winkel et al. (2014) hevder at forbedringer i ADL-aktiviteter er et resultat av at brukerne selv velger aktiviteter som er viktige for dem. Dette kan ses i sammenheng med brukernes autonomi og rett til selvbestemmelse. På bakgrunn av dette kan det tenkes at det finnes et gap mellom et viktig prinsipp i hverdagsrehabilitering og brukernes opplevelse. Selv om ikke informantene beskriver gjennomføring av målsamtaler, kommer det likevel frem at informantene hadde opplevelsen av at de jobbet med det som var viktig for de. Et slikt funn er ikke enestående for denne studien. Hansen et al. (2015) fant i sin studie at brukerne ikke visste hva målsettingen eller planen var for deres hverdagsrehabiliteringsprosess, noe som førte til at brukerne ble bekymret for hvilken hjelp de ville få fremover. Som vi har sett tidligere i diskusjonen hadde informantene mye fokus på trygghet og støtte i begynnelsen av rehabiliteringsprosessen og det kan tenkes at det som blir beskrevet som målsamtale i teorien om hverdagsrehabilitering, opplevdes heller som en samtale med fagutøveren hvor fokuset var på å trygghet og støtte ved å spørre ”hva er viktig for deg?”.

Selv om ikke utarbeidelse av mål vektlegges, beskriver informantene en opplevelse av at de kunne trene på aktiviteter de selv synes var viktige og betydningsfulle. Dette kan sees i sammenheng med Antonovsky's (1987) ”sense of coherence” som legger vekt på de tre begrepene håndterbarhet, meningsfullhet og begripelighet. Brukernes opplevelse av sammenheng sier noe om de vil møte situasjonen med aktiv handling eller passivitet og Antonovsky (1987) hevder at personer med høy følelse av sammenheng håndterer utfordringer i hverdagslivet på en bedre måte. Det er derfor et viktig poeng at det i stor grad legges vekt på utarbeidelse av brukernes egne mål, da disse målene ofte både er mer

begripelige, håndterbar og meningsfulle for den enkelte bruker. Dersom mål blir utarbeidet av fagutøverne uten brukernes medvirkning, kan det gi en mindre opplevelse av sammenheng, som igjen kan bidra til håpløshet og oppgitthet (Walseth & Malterud, 2004). Det er derfor bemerkelsesverdig at informantene ikke beskrev målsamtale som et viktig element i hverdagsrehabiliteringsprosessen. Informantene beskriver derimot at det å øve på aktiviteter de selv ønsket å bli bedre på, bidro til motivasjon og vilje. Gausdal (2001) finner at mål som er definert av brukeren selv er de målene som gir mest motivasjon hos brukeren, og videre at personen føler større valgfrihet og er mer villig til å utføre aktiviteten. Ved at målene er definert av brukeren selv er målene ofte styrt av en indre motivasjon som innebærer at handlingene gjøres ut i fra egne ønsker og den spontane opplevelsen av tilfredshet.

Ut i fra hvordan funksjonsfallet påvirket informantene, hadde informantene ulike mål for rehabiliteringsprosessen. Informanten med overarmsbrudd hadde som mål å kunne kle på seg på overkroppen igjen, mens en informant som hadde gjennomgått slag hadde som mål å kunne stå opp av senga selv. En studie fra Danmark (2015) viser at brukerne var opptatt av å gjenvinne ferdigheter de hadde før funksjonsfallet som for eksempel å bestemme egen dagsrytme og bli selvstendig i hverdagsaktiviteter som mobilitet og personlig hygiene (Hansen et al., 2015). Den samme studien finner også at brukerne derimot ikke var opptatt av å bli selvstendige i mer praktiske oppgaver som for eksempel rengjøring. Informantene i denne studien ga uttrykk for at det på grunn av deres høye alder og reduserte funksjon var begrenset hvilke aktiviteter de kunne bli selvstendig i, og at det derfor var viktig å fokusere på aktiviteter som gjorde at de ble selvstendige i forhold til å klare seg selv hjemme. Dette forteller oss noe om hvilke behov som er de mest betydningsfulle å dekke for mennesker generelt, og at det kanskje kan være vanskeligere å motivere brukerne til å trene på rent praktiske oppgaver som kan gjøres av andre uten å svekke brukerens verdighet, som for eksempel å vaske gulv. Dersom man ser dette i sammenheng med Antonovsky's (1987) teori om "sense of coherence" kan man si at det er viktig å vektlegge den meningsfulle faktoren i opplevelsen av sammenheng, fordi den sier noe om brukernes motivasjon til å utføre oppgaven. Det er også et poeng at brukerne ikke ønsker å gjøre mer praktiske oppgaver fordi de heller ønsker å ha overskudd til å for eksempel å kle på seg selv eller lage sin egen middag. Hverdagsrehabilitering har som mål at brukerne skal bli selvstendige, men hva om for mye fokus på trening og mestring tar bort energien til å klare andre lystbetonte aktiviteter? Det kan tenkes at brukerne bør få hjelp til aktiviteter de i utgangspunktet ikke ønsker å bruke krefter

på, som for eksempel rengjøring, slik at de har krefter til å utføre aktiviteter som de selv anser som meningsfulle.

6.3.4 Brukermedvirkning og autonomi i praksis

Informantene beskriver hvordan de hadde et mål om å bli selvstendige, men innenfor ulike områder ut i fra hvilke begrensninger de hadde. Det overordnede målet for hverdagsrehabilitering er at personen skal ha et aktivt liv og så langt som mulig bli selvhjulpen og fortsette å bo hjemme (Tuntland & Ness, 2014). Men hva om brukeren vil noe annet enn dette? Hva om brukeren vil være med venner og familie, gå ut på sosiale aktiviteter og ikke er så opptatt av å bli selvstendig i det daglige. Vil målet til brukeren da være like akseptert hos fagutøverne? I hverdagsrehabilitering er man spesielt opptatt av brukermedvirkning på individnivå og spesielt hvordan enkeltbrukere kan trekkes med i beslutninger som angår deres egen situasjon (Askheim, 2012). Askheim (2012) hevder at det er mange måter å praktisere brukermedvirkning på, men dersom brukermedvirkningen skal være reel må hjelpeapparatet og myndighetspersoner avgi noe av myndigheten de har i dag. Hverdagsrehabilitering har et uttalt mål om at brukerne skal definere hvilke mål de ønsker å jobbe med, men på en annen side så kan det forstås slik at målene må innebære selvstendighet og en aktiv alderdom. Dette kan også ses i sammenheng med brukernes autonomi. Å være autonom vil si å ta viktige beslutninger hva angår eget liv, uten å bli påvirket av utenforstående (Tuntland & Ness, 2014). På den ene siden fremstilles brukeren som en person med iboende autonomi, ansvarlighet og evne til å ta selvstendige valg. På den andre siden synes ikke disse kvalitetene å være realiserte hos brukerne. Det aller viktigste må vel være hva brukeren selv ønsker? Tuntland & Ness (2014) hevder at eldre selv finner frem til og prøver ut alternative handlingsmønstre når de møter utfordringer. Dette viser hvor viktig brukernes autonomi er for at de skal kunne bruke sine ressurser og kompetanse for å fortsette sitt livsmønster. Fagutøvere skal i så måte være forsiktige med å hevde at brukerne ikke er stand til å ta egne avgjørelser eller selvstendige valg, og heller muliggjøre brukernes rett til å handle ut i fra egne valg.

Funnene i denne studien viser at informantene hadde overaskende lite fokus på egen medvirkning i hverdagsrehabiliteringsprosessen og en kan spørre seg om brukerne av hverdagsrehabilitering egentlig ønsker å medvirke i så stor grad som det forventes. Det kan også undres over om det tilrettelegges for brukermedvirkning fra fagutøvernes side og i så fall

hvordan dette gjøres. Vatne (2009) hevder at det å ha kontroll gjennom samarbeid, dialog og valgmuligheter, er viktige sider ved autonomi og at det å tilrettelegge for brukernes autonomi er en overordnet verdi i helsearbeideres etikk. I følge Askheim (2015) finnes det en ambivalens til brukermedvirkning og empowerment blant helsefaglige profesjoner. Fagpersonene kommer i konflikt med det ideologiske grunnlaget for både brukermedvirkning og rehabilitering fordi det er vanskelig når brukerne kommer opp med målsetninger som ikke passer inn i deres eksisterende tankegang (Langørgen, 2011). Fagutøveren opplever at det er vanskelig å slippe kontrollen etterhvert som brukerne blir bedre og kan ta ansvar selv. En kan tenke seg at dette har en sammenheng med at som fagperson har man en identitet som er knyttet opp mot makt, posisjon og autoritet. Som vi ser handler brukermedvirkning også om maktfordeling mellom bruker og fagutøver. Askheim og Starrin (2012) hevder at forholdet mellom fagutøver og bruker i hverdagsrehabilitering kan betegnes som et asymmetrisk forhold og at det ikke eksisterer likeverd med hensyn til makt og myndighet. I så måte kan en spørre seg hvilken type makt som skal fordeles og om brukerne i det hele tatt ønsker å ha en slik makt.

6.4 utfordringer i praksis

Til slutt i denne oppgaven ønsker jeg å se kritisk på tilnærmingen hverdagsrehabilitering bygger på og hvilke utfordringer denne tilnærmingen kan by på i praksis.

6.4.1 Hverdagsrehabilitering for alle?

Først og fremst ønsker jeg å stille meg kritisk til om hverdagsrehabilitering kan løse det som blir beskrevet som fremtidens helseutfordringer. Forskning viser at brukere som har mottatt hverdagsrehabilitering lever med betydelig reduserte vedtak om hjemmebaserte tjenester (Mikkelborg, 2013). Dette viser at hverdagsrehabilitering har en potensiell verdi i at brukerne blir mer selvstendige og dermed utsetter mer pleietrengende behov. Men hvem er egentlig hverdagsrehabilitering for og hvilken mening ligger det i at alle brukerne av hverdagsrehabilitering skal bli selvstendige? Hverdagsrehabilitering hevdes å være for personer som har utfordringer med å mestre daglige aktiviteter i hverdagslivet av ulike årsaker og at det aller viktigste er å inkludere innbyggere på et tidlig tidspunkt for å kunne hjelpe brukeren før funksjonsfallet blir for omfattende (Ness et al., 2016). På veldig mange områder så vil tankegangen hverdagsrehabilitering bygger på imøtekomme de utfordringene helsetjenesten står ovenfor i fremtiden. Men er det realistisk å tenke at alle som mottar

hverdagsrehabilitering skal bli selvstendige? Bør man kanskje heller jobbe mot å redusere tjenester hos den enkelte, men samtidig fokusere på å legge til rette for at brukeren kan leve den alderdommen han eller hun ønsker på tross av sine utfordringer? Handler ikke dette også om verdighet og muligheten til å leve sitt liv slik den enkelte bruker ønsker det? Slik vi har sett tidligere i diskusjonen så fremstår brukernes autonomi som viktig i en slik prosess. Hverdagsrehabilitering fremstår som en arbeidsmetode hvor det stilles krav til at brukeren må finne mening i det å bevege seg i helsefremmende retning (Nordahl-Pedersen et al., 2016). For veldig mange er dette en selvfølge, men på en annen side skal man også respektere brukere som ikke har den samme oppfatningen.

6.4.2 Aktiv alderdom

En av informantene beskriver at han ikke hadde som mål å bli veldig aktiv, men å kunne utføre de daglige gjøremålene som krevdes for å kunne klare seg selv, som for eksempel å gå på butikken. Selv om brukeren hadde vært tydelig på sine mål, ble han likevel gjentatte ganger utfordret til å gå lengre turer og delta på aktiviteter han aldri hadde vært med på før. Verdens helseorganisasjons politiske rammeverk om aktiv aldring handler om å tilrettelegge for at mennesker skal leve aktive og gode liv i høy alder, og dette på tross av funksjonsnedsettelse (Tuntland & Ness, 2014). Det kan oppfattes slik at det forventes at eldre må være aktive for å ha en god helse og et godt liv. Hva om den enkelte bruker ikke ønsker å være aktiv men likevel blir oppfordret til å være det? Og hvem andre enn enkeltindividet selv kan definere hva som er et godt liv. Danner ikke dette et paradoks i tankesettet om hverdagsrehabilitering hvor det på den ene siden vektlegges at brukerne selv bestemmer hva som er viktig for dem i form av deres autonomi og medvirkning, men på en annen side så sier man indirekte at dette må ha med aktivitet å gjøre. Opplevelsen av mestring må i utgangspunktet sees som positivt, men hva om det er mestring i forhold til endringer en selv ikke føler ser komfortabel med? Dersom man ser dette i lys av empowerment kan man stille seg spørsmålet om det er mulig å oppnå empowerment innenfor gitte rammer (Haukland et al., 2015). Dersom hverdagsrehabilitering retter fokus mot den autonome brukeren og at brukeren selv skal bestemme hva som er viktig, er det også et poeng at fagutøverne respekterer dette selv om ønskene ikke er i tråd med fagutøverens forventninger. Kanskje opplever brukerne at de må sette seg mål som har med aktivitet å gjøre for å bli anerkjent av fagutøverne. I så måte kan en undres over om fagutøverne legger for store forventninger til en aktiv alderdom hos brukerne.

6.4.3 Samfunnet eller individets ansvar?

Slik vi har vært inne på så blir hverdagsrehabilitering beskrevet som en tjeneste som skal imøtekomme utfordringene helsetjenesten står ovenfor i fremtiden og i dette ligger det også føringer om at brukeren skal ta mer ansvar for egen helse og medvirke mer i egen prosess (Christensen & Fluge, 2016). Det kan se ut som om dette begrunnes ut i fra et ressurssynspunkt hvor det ikke vil være nok ressurser i samfunnet til å sørge for den enkeltes velferd, og at hvert enkelt individ derfor selv må bidra til å opprettholde egen helse (Haukland et al., 2015). Dette beskrives som ”vennelig dulting” som vil si at måloppnåelse ikke nødvendigvis er knyttet til den enkeltes ønske, og heller ikke til den enkeltes mulighet til å styre målene.

På den ene siden kan man påstå at det er positivt for brukerne å ta ansvar for egen helse, samt medvirke sterkere i eget rehabiliteringsforløp. På en annen side kan man stille seg undrende til om dette er i tråd med hvordan brukerne ønsker å ha det. Kan brukeren i det hele tatt velge å ikke ta dette ansvaret? Dersom individuelt ansvar knyttes opp mot empowerment kan det tenkes at brukeren i enkelte situasjoner er mer empowered ved å nekte å ta dette ansvaret (Haukland et al., 2015). I utgangspunktet kan man si at helse er et samfunnsansvar, men likevel legges det sterke føringer på individuelt ansvar hos den enkelte. Noen vil kanskje også mene at økt fokus på individuelt ansvar kan fremstå som ansvarsfraskrivelse fra helsepersonellens side. Med et økt fokus på ansvar hos brukeren blir det også relevant å reise spørsmålet om hvordan den faglige kvaliteten vil syns i tjenesten dersom oppmerksomheten fullt og helt blir vridd mot brukerens subjektive ønske. Bør man være redd for at man på sikt vil få en utøvende tjeneste hvor den faglige kvaliteten blir plassert til side for at brukerens ønske skal stå i sentrum? Kanskje bør man her finne en balansegang mellom faglig forsvarlighet og brukerens medvirkning. Dette utfordrer også tanken om kommunens ansvar oppi det hele. Er det slik at tyngden på brukerens ønske og mål undergraver kommunens faglige ansvar? Det er ikke nødvendigvis slik at samfunnets ansvar må stå i motsetning til det individuelle ansvaret. Kanskje det er mer riktig å benytte seg av en både-og løsning. Dette er utfordringer fremtidens helsetjeneste vil stå ovenfor i praksis og et område hvor både kunnskap og bevissthet bør økes for å unngå at det faglige aspektet og ansvaret undergraves.

7.0 Avslutning

Studiens hensikt har vært å undersøke brukeres opplevelser og erfaringer med hverdagsrehabilitering og hva ved hverdagsrehabilitering som er betydningsfullt for brukerne. Det ble gjennomført syv semi-strukturerte intervjuer med brukere som hadde deltatt i hverdagsrehabilitering. Intervjuene ble analysert ved hjelp av kvalitativ innholdsanalyse. Som svar på forskningsspørsmålet ble det identifisert tre hovedkategorier; *gode relasjoner*, *fagkompetanse og god organisering* samt *mestringsopplevelser*. Funnene ble diskutert opp mot ideen om empowerment.

Ut i fra studiens funn og fortolkninger kan det konkluderes med at hverdagsrehabilitering innehar en rekke elementer som brukerne opplever som positive og betydningsfulle etter et funksjonsfall. Brukernes opplevelser og erfaringer later til å være i tråd med antagelsen om at hverdagsrehabilitering har flere elementer i seg som styrker den enkelte bruker og gjør brukeren i stand til å ta kontroll over egen hverdag og leve et selvstendig liv. Tilnærmingen hverdagsrehabilitering bygger på kan derfor sies å være i samsvar med sentrale føringer for helsefremmende arbeid hvor empowerment og salutogenese betegnes som viktige elementer.

Studiens funn og fortolkninger viser at gode relasjoner med fagutøverne, fagkompetanse, god tid i teamet og opplevelsen av mestring er forhold som gjør at hverdagsrehabilitering er betydningsfullt for brukerne. Disse faktorene bidro til følelsen av trygghet og til at informantene forsøkte seg i aktiviteter de var usikre på om de kunne mestre. Studiens funn og fortolkninger viser at de ulike faktorene som beskrives av brukerne som betydningsfulle har klare sammenhenger og påvirker hverandre. Selv om brukernes opplevelser og erfaringer med hverdagsrehabilitering i stor grad ses å være positive, viser de også at dersom et eller flere av disse forholdene er mangelfulle vil det føre til mindre motivasjon for hverdagsrehabilitering samt at den enkelte bruker føler seg mindre ivaretatt.

Hverdagsrehabilitering er relativt nytt i Norge og avslutningsvis kan man si at det fortsatt er nødvendig at tjenesten utvikles for å finne sin plass og omfang i norsk helsetjeneste.

Denne studien viser at hverdagsrehabilitering inneholder elementer som ansees som positive og som blir verdsatt av brukerne. Studien fremhever hvor ”skoen trykker” for brukerne av hverdagsrehabilitering og dette bør tas hensyn til i videre utvikling av hverdagsrehabilitering som tjeneste. Med dette som utgangspunkt er det viktig at det i fremtiden gjøres mer

forskning på området slik at hverdagsrehabilitering kan utvikles og bli et fast bidrag i kommunale helsetjenester i fremtiden. Det er nødvendig at den videre forskningen rettes både mot fagutøvere, brukere og pårørende sine opplevelser og erfaringer med hverdagsrehabilitering.

Referanseliste

- Andersen, T. (1999). Et samarbeid – av noen kalt veiledning. I: M.H. Rønnestad & S. Reichelt (Red.), *Psykoterapiveiledning*. Oslo: Tano Aschehoug
- Anderson, R.M. & Funnell, M.M. (2010). Patient Empowerment: Myths and Misconceptions. *Patient education & counseling* 79(3), 277-282.
- Andrews, T. (2003). ”Nytt” ideologisk grunnlag for forebyggende helsearbeid. En diskusjon av syn på makt og endring. *Tidsskrift for Velferdsforskning* 6(1), 30-42.
- Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the mystery of health: how people manage stress and stay well*. San Francisco: Jossey Bass.
- Askheim, O.P.& Starrin, B. (Red.) (2012). *Empowerment i teori og praksis*. (1.utg.). Oslo: Gyldendal Akademiske.
- Askheim, O.P. (2014). Fra empowerment til samproduksjon: vitalisering eller tåkelegging av empowermentperspektivet? I S.Tveiten & K.Boge (Red.). *Empowerment i helse, ledelse og pedagogikk* (s.26-35). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Askheim, O.P. (2015). *Empowerment i helse- og sosialfaglig arbeid: floskel, styringsverktøy eller frigjøringsstrategi?* Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Aune, K.E. (2004). Brukermedvirkning som bidrar til frigjøring. I L. Bollingmo., K. Høium & B.E. Johansen (Red.). *Det er mitt liv. Brukermedvirkning og nye hjelperoller i habilitering og rehabilitering* (s. 54-72). Oslo: Universitetsforlaget
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological review*, 84, 191-215.
- Bandura, A. & Schunk, D. H. (1981). Cultivating competence, self-efficacy, and intrinsic interest through proximal self- motivation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 41, 586-598.

- Bandura, A. (1994). Self-Efficacy. I: V.S. Ramachaudran (Red.). *Encyclopedia of Human Behavior* (s. 71-81). New York: Academic Press.
- Bjerkrheim, S.G. (2014, 19.mars). Team – effektivt, men ikke alltid! *Ledernytt*. Hentet fra <https://www.ledernytt.no/team-effektivt-men-ikke-alltid.5446277-112537.html>
- Birkeland, A & Natvig, G.K. (2009). Coping with ageing and failing health: a qualitative study among elderly living alone. *International Journal of Nursing Practice*, 15, 257-264.
- Bollingmo, L., Høium, K. & Johnsen, B.E. (Red.). (2004). *Det er mitt liv. Brukermedvirkning og nye hjelperoller i habilitering og rehabilitering*. Oslo: Universitetsforlaget
- Christensen, K. & Fluge, S. (2016). Brukermedvirkning i norsk eldreomsorgspolitikk – Om utviklingen av retorikken om individuelt medansvar. *Tidsskrift for velferdsforskning*, 19 (3).
- Damerell, S.H. (2011) Det moralske og frie menneske. Autonomi og sannelse i dagens utdanning (Masteroppgave Universitet i Oslo) Hentet fra <https://www.duo.uio.no/bitstream/handle/10852/30557/DamerellMasteroppgavexpedagogikk.pdf?sequence=1>
- Deci, E.L. & Ryan, R.M. (1985). *Intrinsic motivation and self-determination in human behavior*. New York: Plenum.
- Fjørtoft, A.K. (2006). *Hjemmesykepleie*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Fog, J. (2005). *Med samtalen som utgangspunkt*. København: Akademiske forlag
- Forsberg, C. & Wenstrøm, Y. (2015). *Att göra systematiska litteraturstudier*.(4.utg.) Stockholm: Natur & Kultur

- Fotoukian, Z., Shahboulaghi, F.M., Khoshknab, M.F. & Mohammadi, E. (2014). Concept Analysis of Empowerment in Old People with Chronic Diseases Using a Hybrid Model. *Asian Nursing Research* 8, 118-127.
- Førland, O & Skumsnes, R. (2016). En oppsummering av kunnskap: Hverdagsrehabilitering. *Senter for omsorgsforskning*. Hentet fra <https://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/handle/11250/2412233/Hverdagsrehabilitering%5b1%5d.pdf?sequence=4&isAllowed=y>
- Gausdal, A.H. (2001). *Autonomi – veien til motivasjon og kunnskapsutvikling*. (Masteroppgave, Høgskolen i Vestfold). Hentet fra: <http://www-bib.hive.no/tekster/hveskrift/rapport/2001-02/rapp2-2001.pdf>
- Graneheim, U.H. & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*. 24(2), 105-112.
- Grimen, H. (2009). Power, trust and risk: Some reflections on absent issue. *Medical Antropology Quarterly*, 2(1), 16-33.
- Goffmann, E. (1992). *Vårt rollespill til daglig. Et studie i hverdagslivets dramatik*. Oslo: Pax forlag.
- Haaland, H.L. (2010). *De berører oss veldig sterkt med maten de møter oss på. En studie av relasjoner mellom foreldre til barn med funksjonshemming og fagpersoner i tjenesteapparatet*. (Masteroppgave, Høgskolen i Oslo og Akershus). Hentet fra https://oda.hio.no/jspui/bitstream/10642/554/2/Haaland_HegedeLange.pdf
- Haarr, K.H. & Fjetland, K.J. (2014). Hvilke dilemmaer kan oppstå og hvordan tilrettelegge for etisk refleksjon? I: H.Tuntland og N.E. Ness (Red.). *Hverdagsrehabilitering*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Hansen, E.B., Eskelien, L., Rahnæk, M.Ø. & Helles, J.N. (2015). *Ældres oplevelse af hverdagsrehabilitering*. København: KORA.

- Haukland, M., Meyer, M.E., Gjerlaug, A.K. & Tveiten, S. (2015) Vennlig dulting? Empowerment i utvalgte helsepolitiske dokumenter. I: S.Tveiten og K.Boge (Red.). *Empowerment i helse, ledelse og pedagogikk*. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Helse- og omsorgstjenesteloven (2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.*
Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30?q=lov%20om%20kommunal%20helse%20og>
- Helsedirektoratet. (2014). *Veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne*.
Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/sammen-om-mestring-veileder-i-lokalt-psykisk-helsearbeid-og-rusarbeid-for-voksne>
- Helsedirektoratet (2010). *Nasjonale retningslinjer for behandling og rehabilitering ved hjerneslag* (Veileder IS-1688/2010) Oslo: Direktoratet.
- Helsekompetanse (udatert). Læringsprogram i hverdagsrehabilitering og velferdsteknologi.
Hentet 07.03.17 fra <http://kurs.helsekompetanse.no/hverdagsrehabilitering/43170>
- Hjelle, M.K., Skutle, O., Førland, O. & Alvsvåg, H. (2016). The reablement team's voice: a quality study of how an integrated multidisciplinary team experiences participation in reablement. *Journal of Multidisciplinary Healthcare* 9, 575-585.
- Hjelle, K.M., Tuntland, H., Frøland, O. & Alvsvåg, H. (2016). Driving forces for home-based reablement; a qualitative study of older adults experiences. *Health and Social Care in the Community*. 1-9.
- Hvas, A.C. & Thesen, J. (2002). At styrke patientens egne kræfter og at modvirke undertrykkende kræfter: Empowerment – begrepet i et medicinsk perspektiv. *Ugeskrift for læger*, 164 (46), 5361-5365.
- Jensen, P. & Ulleberg, I. (2011). *Mellom ordene: kommunikasjon i profesjonell praksis*. Oslo: Gyldendal akademisk

- Johannessen, J.A. & Olsen, B. (2008). *Positivt lederskap: Jakten på de positive kreftene*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Karlsson, B. & Borg, M. (2013). *Psykisk helsearbeid. Humane og sosiale perspektiver og praksiser*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kjerstad, E. & Tuntland, H.K. (2016) Reablement in community-dwelling older adults: a cost-effectiveness analysis alongside a randomized controlled trial. *BioMed Geriatrics* 15(145), 1-11.
- Kristiansand kommune (2013). *Plan for folkehelse, forebygging og rehabilitering. Helsefremmingsplanen 2013*. Helse og sosial, Kristiansand kommune.
- Kuvaas, B. (2005). Belønning og motivasjon: ytre og indre motivasjon som kilder til innsats og kvalitet i arbeidslivet. I K. Knudsen & A. Ryen (Red.). *Hvordan kan frynsegoder bli belønning*. Oslo: Cappelen.
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal Akademiske
- Langeland, E. (2011). Salutogenese – teori og praksis. Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid. Hentet fra <https://www.napha.no/content/14219/Salutogenese---teori-og-praksis>
- Langøren, E. (2011). *Dere skal ikke lage avtaler om meg, men med meg*. (Masteroppgave) Trondheim: NTNU
- Lewin, G., De San Miguel, K., Knuiman, M., Alan, J., Boldy, D., Hendrie, D. & Vandermeulen, S. (2013). A randomised controlled trial of the Home Independence Program, an Australian restorative home-care programme for older adults. *Health & Social Care in the Community*, 21(1), 60-78.
- Lillemyr, O.F. (2007). *Hva er motivasjon? Motivasjon og selvforståelse*. Oslo: Universitetsforlaget.

- Lind-Kassah, B.L., Tingvoll, W.A. & Nordahl-Pedersen, H. (2016). *Forebyggende helsearbeid – sykepleie i kommunal helse- og omsorgstjeneste*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Lingås, L.G. (2013). *Ansvar for likeverd: etikk i tverrfaglig arbeid med habilitering og rehabilitering*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Malterud, K. (2013). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning – en innføring*. (3.utg.). Oslo: Universitetsforlaget AS
- McClelland, D.C., Atkinson, J.W., Clark, R.A. & Lowell, E.L. (1953). *The achievement motive*. New York: Appleton-Century-Crofts.
- Meld. St. 21 (1998-1999). (1999). *Ansvar og meistring*. Oslo: Sosial- og helsedepartementet.
- Meld. St. 29 (2012-2013). (2013). *Morgendagens omsorg*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Meld. St. 34 (1996-1997). (1997). *Resultater og erfaringer fra regjeringenes handlingsplaner for funksjonshemmede og veien videre*. Oslo: Arbeids- og sosial departementet.
- Meld. St. 47 (2008-2009). (2009). *Samhandlingsreformen*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet
- Mikkelborg, Å.B. (2013). *Hverdagsrehabilitering*. Hentet fra <http://bodo.kommune.no/hverdagsrehabilitering/category3482.html>
- Moe, C & Brinchmann, B.S. (2016). Optimising Capacity – A Service User and Caregiver Perspective on Reablement. *The Grounded Theory Review* 15(2), 25-40.
- Mæland, J.G. (2010). *Forebyggende helsearbeid. Folkehelsearbeid i teori og praksis*. Oslo: universitetsforlaget.

- Ness, N.E., Laberg, T., Haneborg, M., Granbo, R., Færevaaag, L. & Butli, H. (2012). *Hverdagsmestring og hverdagsrehabilitering*. (Rapport fra prosjektet "Hverdagsrehabilitering i Norge" nr.1/2012).
- Ness, N.E. (2016). Hverdagsmestring. *Ergoterapeuten* (1), 32-37.
- Nielsen, S. (2013). "Små steg gjør en endring"- En kvalitativ studie av kommunalt ansattes opplevelser av en helsefremmende arbeidsplass etter innføring av Lean (Masteroppgave, Høgskolen i Gjøvik). Hentet fra <https://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/id/100378/SNielsen.pdf>
- Nordahl-Pedersen, H., Martinussen, I.S., Mikalsen, H.S. & Lind Kassah, B.L. (2016). Hverdagsrehabilitering – helsefremming gjennom empowerment. I: B.L. Lind Kassah, W.A. Tingvoll & H. Nordahl-Pedersen (Red.). *Forebyggende helsearbeid* (s.124-138). Oslo: Gyldendal akademisk.
- NOU 2011:11. (2011). *Innovasjon i omsorg*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Opplevelse. (2016, 8.desember). I Store norske leksikon. Hentet 9.april 2017 fra <https://snl.no/oplevelse>
- Parsloe, P. (1996). Helping individuals to take power. I: P. Parsloe. (red.) *Pathways to Empowerment*. London: Venture Press.
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven)*. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasient+og+brukerrettighetsloven>
- Pettersen, R. (2002). Falltendens hos gamle. *Tidsskrift for Norsk Legeforening* 122 (6), 631-634.
- Prescott, P. & Børtveit, T. (2004). *Helse og atferdsendring*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

- Prochaska, J.O., DiClemente, C.C & Norcross, J.C. (1992). In search of how people change: Applications to addictive behaviors. *American Psychologist*, 47(9), 1102-1114.
- Rabiee, P. & Glendinning, C. (2011). Organisation and delivery of home care re-ablement: what makes a difference? *Health and Social Care in the Community* 19(5), 495-503.
- Repstad, P. (2007). *Mellom nærhet og distanse: kvalitative metoder i samfunnsfag*. Oslo: Universitetsforlaget
- Rostgaard & Graff (2016) *Med hændende i lommen : borger og medarbeiders samspill og samarbeid i rehabilitering*. København: KORA
- Røkenes, O.H & Hanssen, P.H. (2012). *Bære eller bryte – Kommunikasjon og relasjon i arbeid med mennesker*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Schaug, R.M. & Solheim, E. (2007). *Yrkesutøvelse*. (1.utg). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Schibbye, A.L. (1996). Anerkjennelse: en terapeutisk intervensjon? *Tidsskrift for Norsk Psykologforening* 33, 530-537.
- Skaalvik, E.M. & Skaalvik, S. (2005). *Skolen som læringsarena. Selvoppfatning, motivasjon og læring*. Oslo: Universitetsforlaget
- Solhaug, R.M. (2004). Måling av mestring, 2004. Hentet 2.mars 2017 fra <http://forskning.no/psykologi-stub/2008/02/maling-av-mestring>
- Stav, W.B., Hallen, T., Lane, J. og Arbesman, M. (2012). Systematic Review of Occupational Engagement and Health Outcomes among Community-dwelling Older Adults. *The American Journal of Occupational Therapy*, 66(3): 301-310.
- Stavanger kommune (2013). *Selvstendig, trygg og aktiv. Evaluering av pilotprosjektet Hverdagsrehabilitering*. Stavanger kommune, Avdeling oppvekst og levekår.

- Stokkeland, H. (2013, 26. februar). Ros og anerkjennelse er menneskets drivstoff. *Kommunal Rapport*. Hentet fra http://kommunal-rapport.no/artikkel/ros_og_anerkjennelse_er_menneskets_drivstoff
- Strandkleiv, O.I. (2006). *Motivasjon i praksis: håndbok for lærere*. Oslo: Elevsiden DA.
- Strøm, A. & Fagermoen, M.S. (2011). Brukermedvirkning som medtjenesteytelse. I: A. Lerdahl og M.S Fagermoen (Red.). *Læring og mestring – et helsefremmende perspektiv i praksis og forskning*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Sundet, R. (2014). Forsker og terapeut – sammenfletting av roller som grunnlag for en forskende klinisk praksis. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, (1), 36-43.
- Sørensen, M., Graff-Iversen, S., Haugstvedt, K.T., Enger, T.K, Narum, I.G. & Nybø, A. (2002). "Empowerment" i helsefremmende arbeid. *Tidsskrift for Den norske Lægeforening*. 122, 2379-2383.
- Thagaard, T. (2010). *Systematikk og innlevelse – en innføring i kvalitativ metode*. (3.utg.). Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Thommesen, H. (2010). *Rehabilitering som politikk, virksomhet og studiefelt*. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Tuntland, H., Aaslund, M., Espehaug, B., Førland, O. & Kjekken, I. (2015). Reablement in community-dwelling older adults: a randomised controlled trial. *BioMed Central* 15(145), 2-11.
- Tuntland, H., Kjekken, I., Langeland, E., Folkestad, B., Espehaug, B., Frøland, O. & Aaslund, M.K. (2016). Predictors of outcomes following reablement in community-dwelling older adults. *Clinical Interventions in Aging* 12, 55-63.
- Tuntland, H. & Ness, N.E. (Red). (2014). *Hverdagsrehabilitering*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

- Tveiten, S. (2016). *Helsepedagogikk: pasient- og pårørendeopplæring*. Oslo: Fagbokforlaget
- Tveiten, S. & Severinsson, E. (2005). The public health nurses' supervision of clients in Norway, *International Nursing Review* 52 (3), 2010-218.
- Tveiten, S. & Boge, K. (Red.). (2014). *Empowerment i helse, ledelse og pedagogikk: nye perspektiver*. Oslo: Gyldendal Akademisk. .
- Universitet i Oslo. (2014). *Systematisk litteratursøk*. Hentet 24. april 2017 fra <http://www.ub.uio.no/om/for-forskere/systematisk-litteratursok.html>
- Vatne, S. (2009). *Korrigere og anerkjenne. Relasjonens betydning i miljøterapi*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Walseth, L.T. & Malterud, K. (2004). Salutogenese og empowerment i allmennt medisinsk perspektiv. *Tidsskrift for Den norske lægeforening*, 124 (1), 65-66.
- WHO (1987). *Ottawa-charteret om helsefremmende arbeid*. Oslo: Helse- og sosialdirektoratet
- WHO (2006). *What is the evidence on effectiveness of empowerment to improve health?*
WHO, Europe.
- Wilde, A. & 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(6), 583-590.
- Winkel, A., Langberg, H. & Wæhrens, E.E. (2015). Reablement in a community setting. *Disability and Rehabilitation* 37(15), 1-6.

Vedlegg 1 – Vedtak fra Regionale etiske komiteer (REK)



Region:	Saksbehandler:	Telefon:	Vår dato:	Vår referanse:
REK sør-øst	Anne S. Kavli	22845512	12.10.2016	2016/1419/REK sør-øst A
			Deres dato:	Deres referanse:
			09.08.2016	

Vår referanse må oppgis ved alle henvendelser

Sidsel Tveiten
Høgskolen i Oslo og Akershus

2016/1419 Hverdagsrehabilitering for eldre hjemmeboende

Vi viser til søknad om forhåndsgodkjenning av ovennevnte forskningsprosjekt. Søknaden ble behandlet av Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK sør-øst) i møtet 22.09.2016. Vurderingen er gjort med hjemmel i helseforskningsloven § 10, jf. forskningsetikkloven § 4.

Forskningsansvarlig: Høgskolen i Oslo og Akershus
Prosjektleder: Sidsel Tveiten

Prosjektbeskrivelse (redigert av REK)

Formålet med dette prosjektet er å undersøke erfaringer og opplevelser knyttet til hverdagsrehabilitering blant eldre hjemmeboende som mottar slike tjenester.

Hverdagsrehabilitering er en tjeneste som gradvis etableres i norske kommuner. I dette prosjektet ønsker man å undersøke hvordan brukerne opplever dette tilbudet og hvordan det påvirker brukernes livskvalitet og mestring av hverdagsaktiviteter.

Det planlegges å intervju 8 hjemmeboende eldre over 75 år som har hatt et funksjonsfall og deretter mottatt hverdagsrehabilitering i minst 4 uker. Spørsmålene dreier seg om hvor fornøyd brukerne er med hjelpen de har fått og om hjelpen har hatt effekt på deres livskvalitet og mulighet/evne til å klare seg selv.

Det planlegges å rekruttere informantene via den kommunale ledelsen for hverdagsrehabilitering.

Vurdering

Formålet med prosjektet, slik det fremkommer av søknad og protokoll, er å undersøke deltakernes erfaringer med rehabiliteringstilbudet de har fått i hjemmet.

Etter REKs vurdering faller prosjektet det søkes om utenfor virkeområdet til helseforskningsloven. Helseforskningsloven gjelder for medisinsk og helsefaglig forskning, definert som forskning på mennesker, humant biologisk materiale og helseopplysninger, som har som formål å frambringe ny kunnskap om helse og sykdom, jf. helseforskningsloven §§ 2 og 4a. Formålet er avgjørende, ikke om forskningen utføres av helsepersonell eller på pasienter eller benytter helseopplysninger.

Prosjektet har etter REKs vurdering ikke som formål å skaffe til veie ny kunnskap om helse og sykdom.

Besøksadresse:
Gullhaugveien 1-3, 0484 Oslo

Telefon: 22845511
E-post: post@helseforskning.etikk.no
Web: <http://helseforskning.etikk.no/>

All post og e-post som inngår i
saksbehandlingen, bør adressert til REK
sør-øst og ikke til enkelte personer

Kindly address all mail and e-mails to
the Regional Ethics Committee, REK
sør-øst, not to individual staff

Prosjekter som faller utenfor helseforskningslovens virkeområde kan gjennomføres uten godkjenning av REK. Det er institusjonens ansvar å sørge for at prosjektet gjennomføres på en forsvarlig måte med hensyn til for eksempel regler for taushetsplikt og personvern.

Vedtak

Prosjektet faller utenfor helseforskningslovens virkeområde, jf. § 2, og kan derfor gjennomføres uten godkjenning av REK.

Komiteens vedtak kan påklages til Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag, jf. helseforskningsloven § 10, 3 ledd og forvaltningsloven § 28. En eventuell klage sendes til REK Sørøst A. Klagefristen er tre uker fra mottak av dette brevet, jf. forvaltningsloven § 29.

Med vennlig hilsen

Knut Engedal
Professor dr. med.
Leder

Anne S. Kavli
Seniorkonsulent

Kopi til: Gro Jamtvedt@hioa.no; Høgskolen i Oslo og Akershus ved øverste administrative ledelse:
postmottak@hioa.no

Vedlegg 2 – Meldeskjema til Norsk samfunnsvitenskaplig datatjeneste



MELDESKJEMA

Meldeskjema (versjon 1.4) for forsknings- og studentprosjekt som medfører meldeplikt eller konsesjonsplikt (jf. personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter).

1. Intro		
Samles det inn direkte personidentifiserende opplysninger?	Ja ● Nei ○	En person vil være direkte identifiserbar via navn, personnummer, eller andre personentydige kjennetegn. Les mer om hva personopplysninger .
Hvis ja, hvilke?	<input checked="" type="checkbox"/> Navn <input type="checkbox"/> 11-sifret fødselsnummer <input checked="" type="checkbox"/> Adresse <input type="checkbox"/> E-post <input checked="" type="checkbox"/> Telefonnummer <input type="checkbox"/> Annet	NB! Selv om opplysningene skal anonymiseres i oppgaverapport, må det krysses av dersom det skal innhentes/registeres personidentifiserende opplysninger i forbindelse med prosjektet.
Annet, spesifiser hvilke		
Skal direkte personidentifiserende opplysninger kobles til datamaterialet (kobilingsnøkkel)?	Ja ○ Nei ●	Merk at meldeplikten utløses selv om du ikke får tilgang til koblingsnøkkel, slik fremgangsmåten ofte er når man benytter en databehandler .
Samles det inn bakgrunnsopplysninger som kan identifisere enkeltpersoner (indirekte personidentifiserende opplysninger)?	Ja ○ Nei ●	En person vil være indirekte identifiserbar dersom det er mulig å identifisere vedkommende gjennom bakgrunnsopplysninger som for eksempel bostedskommune eller arbeidsplass/skole kombinert med opplysninger som alder, kjønn, yrke, diagnose, etc.
Hvis ja, hvilke		NB! For at stemme skal regnes som personidentifiserende, må denne bli registrert i kombinasjon med andre opplysninger, slik at personer kan gjenkjennes.
Skal det registreres personopplysninger (direkte/indirekte/via IP-/e-post adresse, etc.) ved hjelp av nettbaserte spørreskjema?	Ja ○ Nei ●	Les mer om nettbaserte spørreskjema .
Blir det registrert personopplysninger på digitale bilde- eller videoopptak?	Ja ○ Nei ●	Bilde/videoopptak av ansikter vil regnes som personidentifiserende.
Søkes det vurdering fra REK om hvorvidt prosjektet er omfattet av helseforskningsloven?	Ja ● Nei ○	NB! Dersom REK (Regional Komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk) har vurdert prosjektet som helseforskning, er det ikke nødvendig å sende inn meldeskjema til personvernombudet (NB! Gjelder ikke prosjekter som skal benytte data fra pseudonyme helseregistre). Dersom tilbakemelding fra REK ikke foreligger, anbefaler vi at du avventer videre utfylling til svar fra REK foreligger.
2. Prosjektittel		
Prosjektittel	Hverdagsrehabilitering - en undersøkelse av brukeres opplevelser og erfaringer med hverdagsrehabilitering	Oppgi prosjektets tittel. NB! Dette kan ikke være «Masteroppgave» eller tilnærmende, navnet må beskrive prosjektets innhold.
3. Behandlingsansvarlig institusjon		
Institusjon	Høgskolen i Oslo og Akershus	Velg den institusjonen du er tilknyttet. Alle nivå må oppgis. Ved studentprosjekt er det studentens tilknytning som er avgjørende. Dersom institusjonen ikke finnes på listen, har den ikke avtale med NSD som personvernombud. Vennligst ta kontakt med institusjonen.
Avdeling/Fakultet	Fakultet for helsefag	
Institutt	Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid	
4. Daglig ansvarlig (forsker, veileder, stipendiat)		

Fornavn	Sidsel	<p>Før opp navnet på den som har det daglige ansvaret for prosjektet. Veileder er vanligvis daglig ansvarlig ved studentprosjekt.</p> <p>Veileder og student må være tilknyttet samme institusjon. Dersom studenten har ekstern veileder, kan veileder eller fagansvarlig ved studiestedet stå som daglig ansvarlig.</p> <p>Arbeidssted må være tilknyttet behandlingsansvarlig institusjon, f.eks. underavdeling, institutt etc.</p> <p>NB! Det er viktig at du oppgir en e-postadresse som brukes aktivt. Vennligst gi oss beskjed dersom den endres.</p>
Efternavn	Tveiten	
Stilling	Professor	
Telefon	99707958	
Mobil		
E-post	sidsel.tveiten@hioa.no	
Alternativ e-post	magne.haukland@hioa.no	
Arbeidssted	Høgskolen i Oslo og Akershus	
Adresse (arb.)	Kunnskapsveien 55	
Postnr./sted (arb.sted)	2007 Kjeller	
5. Student (master, bachelor)		
Studentprosjekt	Ja <input checked="" type="radio"/> Nei <input type="radio"/>	Dersom det er flere studenter som samarbeider om et prosjekt, skal det velges en kontaktperson som føres opp her. Øvrige studenter kan føres opp under pkt 10.
Fornavn	Andrea	
Efternavn	Myhrstuen	
Telefon	97700422	
Mobil		
E-post	Andrea_myhr@hotmail.com	
Alternativ e-post	s178019@stud.hioa.no	
Privatadresse	Romsdalsgata 7B	
Postnr./sted (privatadr.)	0556 Oslo	
Type oppgave	<input checked="" type="radio"/> Masteroppgave <input type="radio"/> Bacheloroppgave <input type="radio"/> Semesteroppgave <input type="radio"/> Annet	
6. Formålet med prosjektet		
Formål	<p>Hverdagsrehabilitering er et relativt nytt og strukturert helsetilbud som gradvis prøves ut og etableres i de ulike kommunene rundt om i Norge. Derfor er det hittil gjort lite forskning på området sammenlignet med andre kommunale tjenester. Studiens overordnede tema er: "Brukeres opplevelser og erfaringer knyttet til hverdagsrehabilitering som metode". Studien vil ha to forskningsspørsmål: "Hva har hverdagsrehabilitering å si for brukernes mestring av hverdagsaktiviteter?" og "Hva har hverdagsrehabilitering å si for brukernes livskvalitet?"</p> <p>Formålet med studien er å bidra til økt kunnskap til det aktuelle feltet som kan være et grunnlag for videre utvikling av hverdagsrehabilitering som fagfelt og dets anvendbarhet i praksis.</p>	Redegjør kort for prosjektets formål, problemstilling, forskningsspørsmål e.l.
7. Hvilke personer skal det innhentes personopplysninger om (utvalg)?		
Kryss av for utvalg	<input type="checkbox"/> Barnehagebarn <input type="checkbox"/> Skoleelever <input type="checkbox"/> Pasienter <input checked="" type="checkbox"/> Brukere/klienter/kunder <input type="checkbox"/> Ansatte <input type="checkbox"/> Barnevernsbarn <input type="checkbox"/> Lærere <input type="checkbox"/> Helsepersonell <input type="checkbox"/> Asylsøkere <input type="checkbox"/> Andre	

Beskriv utvalg/deltakere	8 hjemmeboende personer over 65 år som har mottatt hverdagsrehabilitering i en periode på minimum 4 uker på grunn av funksjonstap. Bosatt i en utvalgt kommune på Østlandet.	Med utvalg menes dem som deltar i undersøkelsen eller dem det inntas opplysninger om.
Rekruttering/trekking	Deltakerne rekrutteres gjennom den aktuelle kommunen og blir valgt ut av fagpersoner (fysio, ergo eller sykepleier) som jobber med hverdagsrehabilitering og som brukerne har vært i kontakt med da de hadde hverdagsrehabilitering som tjeneste.	Beskriv hvordan utvalget trekkes eller rekrutteres og oppgi hvem som foretar den. Et utvalg kan trekkes fra registre som f.eks. Folkeregistret, SSB-registre, pasientregistre, eller det kan rekrutteres gjennom f.eks. en bedrift, skole, idrettsmiljø eller eget nettverk.
Førstegangskontakt	Masterstudenten sender en formell henvendelse til leder for seksjonen i den aktuelle kommunen med spørsmål om hjelp til rekruttering av deltakere til masterstudie. Videre sender masterstudenten Inklusjons/eksklusjonskriterier slik at fagpersonene som jobber med hverdagsrehabilitering kan finne informanter som er aktuelle. Leder blir også tilsendt et skriftlig dokument med informasjon om studien som de skal gi til de aktuelle deltakerne. Dersom deltakerne sier ja til å delta vil masterstudent ta kontakt med deltakeren pr. telefon for å gi mer informasjon muntlig, samt avtale tid og sted for intervju. Deltakerne får beskjed om at de når som helst kan trekke seg samt at de må skrive under på samtykke skjema.	Beskriv hvordan kontakt med utvalget blir opprettet og av hvem. Les mer om dette på temasidene .
Alder på utvalget	<input type="checkbox"/> Barn (0-15 år) <input type="checkbox"/> Ungdom (16-17 år) <input checked="" type="checkbox"/> Voksne (over 18 år)	Les om forskning som involverer barn på våre nettsider.
Omtrentlig antall personer som inngår i utvalget	8	
Samlers det inn sensitive personopplysninger?	Ja • Nei ○	Les mer om sensitive opplysninger .
Hvis ja, hvilke?	<input type="checkbox"/> Rasemessig eller etnisk bakgrunn, eller politisk, filosofisk eller religiøs oppfatning <input type="checkbox"/> At en person har vært mistenkt, siktet, tiltalt eller dømt for en straffbar handling <input checked="" type="checkbox"/> Helseforhold <input type="checkbox"/> Seksuelle forhold <input type="checkbox"/> Medlemskap i fagforeninger	
Inkluderes det myndige personer med redusert eller manglende samtykkekompetanse?	Ja ○ Nei •	Les mer om pasienter, brukere og personer med redusert eller manglende samtykkekompetanse .
Samlers det inn personopplysninger om personer som selv ikke deltar (tredjepersoner)?	Ja ○ Nei •	Med opplysninger om tredjeperson menes opplysninger som kan spores tilbake til personer som ikke inngår i utvalget. Eksempler på tredjeperson er kollega, elev, klient, familiemedlem.
8. Metode for innsamling av personopplysninger		
Kryss av for hvilke datainnsamlingsmetoder og datakilder som vil benyttes	<input type="checkbox"/> Papirbasert spørreskjema <input type="checkbox"/> Elektronisk spørreskjema <input checked="" type="checkbox"/> Personlig intervju <input type="checkbox"/> Gruppeintervju <input type="checkbox"/> Observasjon <input type="checkbox"/> Deltakende observasjon <input type="checkbox"/> Blogg/sosiale medier/Internett <input type="checkbox"/> Psykologiske/pedagogiske tester <input type="checkbox"/> Medisinske undersøkelsestester <input type="checkbox"/> Journaldata	Personopplysninger kan inntas direkte fra den registrerte (f.eks. gjennom spørreskjema, intervju, tester, og/eller ulike journaler (f.eks. elevmapper, NAV, PPT, sykehus) og/eller registre (f.eks. Statistisk sentralbyrå, sentrale helseregistre). NB! Dersom personopplysninger inntas fra forskjellige personer (utvalg) og med forskjellige metoder, må dette spesifiseres i kommentar-boksen. Husk også å legge ved relevante vedlegg til alle utvalgs-gruppene og metodene som skal benyttes. Les mer om registerstudier her . Dersom du skal anvende registerdata, må variabeliste lastes opp under pkt. 15
	<input type="checkbox"/> Registerdata	
	<input type="checkbox"/> Annen innsamlingsmetode	
Tilleggsopplysninger	Deltaker vil selv skrive ned sitt navn og telefonnummer dersom de ønsker å delta slik at masterstudenten kan ta videre kontakt. Det vil derfor ikke bli hentet personopplysninger fra register eller journalsystem.	
9. Informasjon og samtykke		

Oppgi hvordan utvalget/deltakerne informeres	<ul style="list-style-type: none"> ■ Skriftlig ■ Muntlig ○ Informeres ikke 	<p>Dersom utvalget ikke skal informeres om behandlingen av personopplysninger må det begrunnes.</p> <p>Les mer her.</p> <p>Vennligst send inn mal for skriftlig eller muntlig informasjon til deltakerne sammen med meldeskjema.</p> <p>Last ned en veiledende mal her.</p> <p>NBI Vedlegg leses opp til sist i meldeskjemaet, se punkt 15 Vedlegg.</p>
Samtykker utvalget til deltakelse?	<ul style="list-style-type: none"> ● Ja ○ Nei ○ Fiere utvalg, ikke samtykke fra alle 	<p>For at et samtykke til deltakelse i forskning skal være gyldig, må det være frivillig, uttrykkelig og informert.</p> <p>Samtykke kan gis skriftlig, muntlig eller gjennom en aktiv handling. For eksempel vil et bevert spørreskjema være å regne som et aktivt samtykke.</p> <p>Dersom det ikke skal innhentes samtykke, må det begrunnes.</p>
10. Informasjonssikkerhet		
Spesifiser	<p>Personidentifiserbare opplysninger oppbevares i låst skap ved den aktuelle institusjonen (Høgskolen i Oslo og Akershus) og håndteres kun ved institusjonen. Personidentifiserbare opplysninger skal oppbevares separat fra øvrig datamateriale som lydbånd og minnepenn (som vil bli oppbevart i annet låst skap ved institusjonen).</p>	<p>NBI Som hovedregel bør ikke direkte personidentifiserende opplysninger registreres sammen med det øvrige datamaterialet.</p>
Hvordan registreres og oppbevares personopplysningene?	<ul style="list-style-type: none"> ○ På server i virksomhetens nettverk ○ Fysisk isolert PC tilhørende virksomheten (dvs. Ingen tilknytning til andre datamaskiner eller nettverk, interne eller eksterne) ○ Datamaskin i nettverkssystem tilknyttet Internett tilhørende virksomheten ○ Privat datamaskin ○ Videoopptak/fotografi ■ Lydopptak ■ Notater/papir ■ Mobile lagringsenheter (bærbar datamaskin, minnepenn, minnekort, cd, ekstern harddisk, mobiltelefon) ○ Annen registreringsmetode 	<p>Merk av for hvilke hjelpemidler som benyttes for registrering og analyse av opplysninger.</p> <p>Sett flere kryss dersom opplysningene registreres på flere måter.</p> <p>Med «virksomhet» menes her behandlingsansvarlig institusjon.</p> <p>NBI Som hovedregel bør data som inneholder personopplysninger lagres på behandlingsansvarlig sin forskningsserver.</p> <p>Lagring på andre medier - som privat pc, mobiltelefon, minnepenne, server på annet arbeidssted - er mindre sikkert, og må derfor begrunnes. Slik lagring må avklares med behandlingsansvarlig institusjon, og personopplysningene bør krypteres.</p>
Annem registreringsmetode beskriv		
Hvordan er datamaterialet beskyttet mot at uvedkommende får innsyn?	<p>Datamaskintilgang er beskyttet med passord som kun masterstudenten har tilgang til. Lydbånd og minnepenn er beskyttet i låst skap ved institusjonen. Datamaterialet vil kun bli håndtert på masterstudentens datamaskin. Videre vil alle dokumenter knyttet til prosjektet være innelåst i skap ved institusjonen separert fra annet datamateriale.</p>	<p>Er f.eks. datamaskintilgangen beskyttet med brukernavn og passord, står datamaskinen i et låsbart rom, og hvordan sikres bærere enheter, utskifter og opptak?</p>
Sendes opplysningene inn/behandles av en databehandler?	Ja ○ Nei ●	<p>Dersom det benyttes eksterne til helt eller delvis å behandle personopplysninger, f.eks. Questback, transkriberingsassistent eller tolk, er dette å betrakte som en databehandler. Slike oppdrag må kontraktreguleres.</p>
Hvis ja, hvilken		
Overføres personopplysninger ved hjelp av e-post/internet?	Ja ○ Nei ●	<p>F.eks. ved overføring av data til samarbeidspartner, databehandler mm.</p>
Hvis ja, beskriv?		<p>Dersom personopplysninger skal sendes via Internett, bør de krypteres tilstrekkelig.</p> <p>Vi anbefaler for ikke lagring av personopplysninger på nettskytjenester.</p> <p>Dersom nettskytjeneste benyttes, skal det inngås skriftlig databehandleravtale med leverandøren av tjenesten.</p>
Skal andre personer enn daglig ansvarlig/student ha tilgang til datamaterialet med personopplysninger?	Ja ○ Nei ●	
Hvis ja, hvem (oppgi navn og arbeidssted)?		
Utveksles/delles personopplysninger med andre institusjoner eller land?	<ul style="list-style-type: none"> ● Nei ○ Andre institusjoner ○ Institusjoner i andre land 	<p>F.eks. ved nasjonale samarbeidsprosjekter der personopplysninger utveksles eller ved internasjonale samarbeidsprosjekter der personopplysninger utveksles.</p>

11. Vurdering/godkjenning fra andre instanser		
Søkes det om dispensasjon fra taushetsplikten for å få tilgang til data?	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	For å få tilgang til taushetsbelagte opplysninger fra f.eks. NAV, PPT, sykehus, må det søkes om dispensasjon fra taushetsplikten. Dispensasjon søkes vanligvis fra aktuelt departement.
Hvis ja, hvilke		
Søkes det godkjenning fra andre instanser?	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	F.eks. søke registerier om tilgang til data, en ledelse om tilgang til forskning i virksomhet, skole.
Hvis ja, hvilken		
12. Periode for behandling av personopplysninger		
Prosjektstart	12.10.2016	Prosjektstart Vennligst oppgi tidspunktet for når kontakt med utvalget skal gøres/datainsamlingen starter.
Planlagt dato for prosjektlutt	17.12.2017	Projektlutt: Vennligst oppgi tidspunktet for når datamaterialet enten skal anonymiseres/slettet, eller arkiveres i påvente av oppfølgingsstudier eller annet.
Skal personopplysninger publiseres (direkte eller indirekte)?	<input type="checkbox"/> Ja, direkte (navn e.l.) <input type="checkbox"/> Ja, indirekte (bakgrunnsopplysninger) <input checked="" type="checkbox"/> Nei, publiseres anonymt	NB! Dersom personopplysninger skal publiseres, må det vanligvis innhentes eksplisitt samtykke til dette fra den enkelte, og deltakere bør gis anledning til å lese gjennom og godkjenne sitater.
Hva skal sijke med datamaterialet ved prosjektlutt?	<input checked="" type="checkbox"/> Datamaterialet anonymiseres <input type="checkbox"/> Datamaterialet oppbevares med personidentifikasjon	NB! Her menes datamaterialet, ikke publisasjon. Selv om data publiseres med personidentifikasjon skal som regel alltid data anonymiseres. Med anonymisering menes at datamaterialet bearbeides slik at det ikke lenger er mulig å føre opplysningene tilbake til enkeltpersoner. Les mer om anonymisering .
13. Finansiering		
Hvordan finansieres prosjektet?	Det er ingen økonomiske utgifter ved prosjektet og derfor ingen som bistår med økonomiske midler. Eventuelle utgifter som reise o.l. vil bli dekket av masterstudenten.	
14. Tilleggsopplysninger		
Tilleggsopplysninger		

Vedlegg 3 – Godkjenning fra Norsk samfunnsvitenskaplig datatjeneste



Sidsel Tveiten
Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid Høgskolen i Oslo og Akershus
Postboks 4 St. Olavs plass
0130 OSLO

Vår dato: 28.10.2016

Vår ref: 50219 / S / LJJ

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 26.09.2016. Meldingen gjelder prosjektet:

<i>50219</i>	<i>Hverdagsrehabilitering - en undersøkelse av brukeres opplevelser og erfaringer med hverdagsrehabilitering</i>
<i>Behandlingsansvarlig</i>	<i>Høgskolen i Oslo og Akershus, ved institusjonens øverste leder</i>
<i>Daglig ansvarlig</i>	<i>Sidsel Tveiten</i>
<i>Student</i>	<i>Andrea Myhrstuen</i>

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, 17.12.2017, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Kjersti Haugstvedt

Ida Jansen Jondahl

Kontaktperson: Ida Jansen Jondahl tlf: 55 58 30 19

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



Prosjektvurdering - Kommentar

Prosjektnr. 50219

FORMÅL

Formålet med studien er å bidra til økt kunnskap om brukeres opplevelser og erfaringer knyttet til hverdagsrehabilitering blant eldre hjemmeboende.

INFORMASJON OG SAMTYKKE

Utvalget informeres skriftlig og muntlig om prosjektet og samtykker til deltakelse. Informasjonskrivene er godt utformet, men du bør ta bort at prosjektet er REK-godkjent, ettersom REK vurderte at det kan gjennomføres uten REK-godkjenning.

SENSITIVE OPPLYSNINGER

Det behandles sensitive personopplysninger om helseforhold.

TREDJEPERSON

Vi anbefaler at du i forkant av intervjuet snakker med informantene om at de ikke skal navngi eller på annen måte identifisere personer som selv ikke deltar (tredjepersoner), som ansatte i kommunen.

INFORMASJONSSIKKERHET

Personvernombudet legger til grunn at student og veileder følger Høgskolen i Oslo og Akershus sine rutiner for datasikkerhet.

PROSJEKTLUTT OG ANONYMISERING

Forventet prosjektlutt er 17.12.2017. Ifølge prosjektmeldingen skal innsamlede opplysninger da anonymiseres. Anonymisering innebærer å bearbeide datamaterialet slik at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes. Det gjøres ved å:

- slette direkte personopplysninger (som navn/koblingsnøkkel)
- slette/omskrive indirekte personopplysninger (identifiserende sammenstilling av bakgrunnsopplysninger som f.eks. bosted/arbeidssted, alder og kjønn)
- slette digitale lydopptak

Vedlegg 4: Informasjon om studien



HØGSKOLEN I OSLO
OG AKERSHUS

Informasjon om studien



Ønsker du å bidra til mer kunnskap om hverdagsrehabilitering? Vi vil høre om dine opplevelser og erfaringer!

Hverdagsrehabilitering er et relativt nytt tjenestetilbud til eldre hjemmeboende.

Dette er en forespørsel om å delta i en studie som gjøres som en masteroppgave ved Høgskolen i Oslo og Akershus. Du blir spurt om å delta fordi du har mottatt hverdagsrehabilitering i din bydel. Studiens hensikt er å undersøke brukernes opplevelser og erfaringer med hverdagsrehabilitering som helsetjeneste.

Hva innebærer deltakelse i studien?

Deltakelse i studien innebærer at masterstudenten kommer hjem til deg og intervjuer deg om dine opplevelser og erfaringer knyttet til hverdagsrehabilitering. Ønsker du at intervjuet skal finne sted utenfor ditt hjem er dette mulig. Intervjuet vil vare i 1-1,5 timer og krever ingen forberedelse fra deltakeren.

Deltakelsen er frivillig og du kan når som helst trekke ditt samtykke uten å oppgi grunn. Deltakelsen i studien vil ikke få innvirkning på forholdet til helsetjenesten i din bydel.

Studien er godkjent av Norsk senter for forskningsdata (NSD)

Jeg ønsker å delta i studien:

Navn.....

Telefon.....

Dette tidspunktet passer best for meg:
(intervjuet må utføres før 30.november 2016)

Dato..... Tid.....

Jeg ønsker at intervjuet skal finne sted:

I mitt eget hjem

Annet

Ønsker du å bidra vil du bli kontaktet av masterstudenten for mer informasjon og avtale om intervju.

Spørsmål kan stilles til masterstudent Andrea Myhrstuen 97 70 04 22 eller veileder/professor Sidsel Tveiten 99 70 79 58

Vedlegg 5: Informert samtykke

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

”En undersøkelse av brukeres opplevelser og erfaringer med hverdagsrehabilitering”

Bakgrunn og formål

Studien har til hensikt å undersøke brukeres opplevelser og erfaringer med hverdagsrehabilitering som helsetjeneste. Prosjektet er en del av masterstudiet Helse og Empowerment ved Høgskolen i Oslo og Akershus. Du forespørres om å delta i studien fordi du har deltatt i hverdagsrehabilitering i en periode på minimum 4 uker i din kommune/bydel.

Hva innebærer deltakelse i studien?

Deltakelse i studien innebærer at masterstudenten kommer hjem til deg og intervjuer deg om dine opplevelser og erfaringer knyttet til hverdagsrehabilitering. Ønsker du at intervjuet skal utføres et annet sted, kan du gi beskjed om dette. Intervjuet vil vare i ca. 1- 1,5 timer. Intervjuet vil bli tatt opp på lydfil. Det vil ikke bli innhentet andre personlige opplysninger om deg annet enn de du selv ønsker å oppgi.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Alle personopplysninger vil bli behandlet konfidensielt. Det vil kun være masterstudenten samt veiledere som vil ha tilgang til informasjonen du oppgir. Lydfilene vil oppbevares i låst skap på Høgskolen i Oslo og Akershus adskilt fra annen informasjon om deg. Masteroppgaven skal leveres desember 2017 og senere utvikles til en vitenskapelig artikkel. Alle opplysninger vil bli slettet når artikkelen er akseptert for publisering. Materialet vil bli anonymisert og du vil ikke kunne gjenkjennes i eventuelle publikasjoner av studien.

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. Deltakelse i studien vil ikke få innvirkning på forholdet til helsetjenesten i din kommune hvis du velger å ikke delta eller trekke deg fra studien.

Dersom du ønsker å delta eller har spørsmål til studien, ta kontakt med Andrea Myhrstuen,
Tlf: 977 00 422 eller veileder/professor Sidsel Tveiten Tlf: 99707958

Studien er godkjent av Norsk Senter for forskningsdata (NSD).

Samtykke til deltakelse i studien

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

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Vedlegg 6: Intervjuguide

INTERVJUGUIDE

Tema: *En undersøkelse av brukeres opplevelser og erfaringer med hverdagsrehabilitering*

Innledning: Presentasjon av meg selv, studien og informasjon om gjennomføring av intervjuet.

Spørsmål	Oppfølgingsspørsmål
<ul style="list-style-type: none">• Fortell litt om hvordan du har opplevd det kommunen har bidratt med etter at du kom hjem?	<ul style="list-style-type: none">- <i>Hva har du vært fornøyd med?</i>- <i>Hva har du ikke vært så fornøyd med?</i>
<ul style="list-style-type: none">• Hva har vært viktig for deg når du kom hjem?	<ul style="list-style-type: none">- <i>Hvorfor har dette vært viktig for deg?</i>
<ul style="list-style-type: none">• Hva har du fått av hjelp fra kommunen?	<ul style="list-style-type: none">- <i>Hvorfor trengte du denne hjelpen?</i>
<ul style="list-style-type: none">• Hvilken betydning har den hjelpen du har fått hatt for deg ?	<ul style="list-style-type: none">- <i>Hva ville du gjort uten denne hjelpen?</i>- <i>Hvilke forventninger hadde du til den hjelpen du skulle få?</i>- <i>Hvordan ville hverdagen din ha vært uten denne hjelpen?</i>
<ul style="list-style-type: none">• Hvordan var det for deg at det ble lagt så mye vekt på å klare seg så mye som mulig selv?	<ul style="list-style-type: none">- <i>Hvordan ble du informert om dette?</i>- <i>Hvilken motivasjon hadde du for å klare deg selv?</i>
<ul style="list-style-type: none">• Hva vil det si å være selvhjulpen for deg?	<ul style="list-style-type: none">- <i>Hvor viktig er det for deg å være selvhjulpen?</i>- <i>Hva er viktig for at du skal klare deg i hverdagen? Hva skal til for å klare dette?</i>
<ul style="list-style-type: none">• Hva var dine ønsker og mål da du kom hjem?	<ul style="list-style-type: none">- <i>Har hjelpen vært i tråd med dine ønsker?</i>

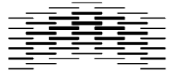
	- Hvem bestemte og hvordan kom dere frem til dine ønsker og mål?
<ul style="list-style-type: none"> Hvordan samarbeidet du med helsepersonell for å nå disse målene? 	<ul style="list-style-type: none"> - Fikk du bestemme hva dere skulle trene på/jobbe med? - Hva fikk du bestemme selv?
<ul style="list-style-type: none"> Hvordan vil du beskrive hverdagen din nå sammenlignet med før du fikk hjelp fra kommunen? 	<ul style="list-style-type: none"> - Hva fungerer bra og hvorfor? - Hva fungerer ikke så bra og hvorfor?
<ul style="list-style-type: none"> Hvordan skulle hjelpen vært dersom du skulle bestemme helt selv? 	- Ble hjelpen justert etter det du ønsket?
<ul style="list-style-type: none"> Hva vil det si å ha en god helse for deg? 	<ul style="list-style-type: none"> - Trives du i hverdagen din? - Føler du at du har et godt liv?
<ul style="list-style-type: none"> Hvilken betydning har hjelpen hatt for helsen din? 	
<ul style="list-style-type: none"> Av den hjelpen du har fått, hva har hatt størst betydning for deg? 	- Hvorfor hadde dette så stor betydning for deg?

Oppsummering: Oppsummere det som har kommet frem i intervjuet. Spørre informanten om det er noe han/hun vil tilføye.

Avsluttende: Tilbakemelding fra informanten i forhold til hvordan han/hun opplevde intervjuet. Svare på eventuelle spørsmål fra informanten.

Takke for meg og for at informanten stilte opp.

Vedlegg 7: Inklusjon- og eksklusjonskriterier



HØGSKOLEN I OSLO
OG AKERSHUS

Dette er en oversikt over kriterier som stilles for deltakelse i studien. Det er ønskelig med brukere med både positive og negative erfaringer med hverdagsrehabilitering.

Inklusjonskriterier

- Eldre over 65 år
- Kvinner og menn
- Hjemmeboende
- Har deltatt i hverdagsrehabilitering grunnet funksjonsfall
- Mottatt hverdagsrehabilitering av et tverrfaglig team i en sammenhengende periode på minimum 4 uker
- Beherske og forstå norsk språk

Eksklusjonskriterier

- Psykiske diagnoser
- Rusproblematikk
- Uttalt kognitiv problematikk
- Avbrutt tilbud underveis eller lengre perioder uten hverdagsrehabilitering

Vedlegg 8: Emneordbank

Norsk	Engelsk
Rehabilitering	Home- based rehabilitation
Hverdagsrehabilitering	Reablement
Hverdagsmestring	Restorative care
Mestring	Community rehabilitation
Selvhjulpenhet	Self-management
Brukermedvirkning	Independent living
Selvbestemmelse	Elderly
Autonomi	Empowerment
Tverrfaglig samarbeid	Interdisciplinary collaborations
Eldre	Activities of daily living
Mestringstro	Coping
Motivasjon	Motivation

Vedlegg 9: Søkehistorikk

Søk i Pubmed

Søk nummer	Søkeord/term	Avgrensning	Antall treff	Inkluderte studier
S1	Reablement	2000-2017, full tekst	39	2 (Tuntland et al., 2016; Winkel et al., 2015)
S2	Home-based rehabilitation	2000-2017, full tekst	2566	0
S3	Patient empowerment	2000-2017, full tekst	44800	0
S4	Coping	2000-2017, full tekst	139214	0
S5	S1AND S3	2000-2017, full tekst	0	0
S6	S1 AND S4	2000-2017, fulltekst	2	1 (Hansen et al., 2015)
S7	Motivation	2000-2017, full tekst	180147	0
S8	S7 AND S1	2000-2017, fulltekst	3	2 (Wilde & Glendining, 2012; Hjelle et al., 2016)
S9	Self-management	2000-2017, fulltekst	175852	0
S10	S9 AND S1	2000-2017, fulltekst	8	3 (Hjelle et al., 2016; Birkeland & Natvig, 2009; Lewin et al., 2013)

Søk i Cinahl

Søk nummer	Søkerord/term	Avgrensning	Antall treff	Inkluderte studier
S1	Reablement	2000-2017, fulltekst	32	1 (Rabiee & Glendinning, 2011)
S2	Community rehabilitation	2000-2017, fulltekst	941	0
S3	Elderly	2000 – 2017, fulltekst	55356	0

S4	Coping	2000-2017, fulltekst	32476	0
S5	S1 AND S4	2000-2017, fulltekst	0	0
S6	S4 AND S3	2000-2017, fulltekst	2	0
S7	Interdisciplinary collaboration	2000-2017, fulltekst	515	0
S8	S1 AND S7	2000-2017, fulltekst	6	1 (Moe & Brinchmann, 2016)

Søk i Norart

Søk nummer	Søkeord/term	Avgrensning	Antall treff	Inkluderte studier
S1	Hverdagsrehabilitering	2012-2016, full tekst	36	1 (Tuntland et al., 2015)
S2	Hverdagsmestring	2012-2016, full tekst	14	1 (Kjerstad & Tuntland, 2016)
S3	Rehabilitering	2000-2016, full tekst	1650	0
S4	Mestring	2000-2016, full tekst	446	0
S5	S3 AND S4	2000-2016, full tekst	12	0
S6	Brukermedvirkning OR autonomi	2000-2017, full tekst	541	0
S7	Motivasjon OR mestringstro	2000-2017, fulltekst	392	0
S8	S4 AND S1	2000-2017, fulltekst	3	0
S9	S1 AND S6	2000-2017, fulltekst	0	0

Søk i Cochrane Library

Søk nummer	Søkeord/term	Avgrensning	Antall treff	Inkluderte studier
S1	Empowerment	2000-2017, full tekst, cochrane reviews	748	0
S2	Reablement	2000-2017, fulltekst, all results	10	0
S3	Independent	2000-2017,	1258	1 (Stav et al.,

	living	fulltekst, all results		2012)
S4	Home-based rehabilitation	2000-2017, fulltekst, all results	660	0
S5	Restorative care	2000-2017, fulltekst, all results	142	0
S6	Interdisciplinary collaboration	2000-2017, fulltekst	9990	0
S7	S6 AND S2	2000-2017, fulltekst	0	0