

Eldres erfaringer med hverdagsrehabilitering

Forhold som fremmer og hemmer deltagelse i betydningsfulle hverdagsaktiviteter



Universitetet
i Stavanger

Institutt for Helsefag

MASTEROPPGAVE I HELSEVITENSKAP

MED SPESIALISERING I ALDRING OG DEMENS (30 studiepoeng)

Berit Haukås

Veileder: Anne Norheim
Dosent i sykepleievitenskap ved UiS

29. mai 2015

UNIVERSITETET I STAVANGER

MASTERSTUDIUM I HELSEVITENSKAP

MASTEROPPGAVE

SEMESTER:

Vår 2015

FORFATTER/MASTERKANDIDAT: Berit Haukås

VEILEDER: Dosent Anne Norheim

TITTEL PÅ MASTEROPPGAVE:

Norsk tittel: Eldres erfaringer med hverdagsrehabilitering.
Forhold som fremmer og hemmer deltagelse i betydningsfulle hverdagsaktiviteter.

Engelsk tittel: Elderly people`s experiences with reablement.
Conditions that promote or inhibit participation in meaningful everyday activities.

EMNEORD/STIKKORD: Hverdagsrehabilitering, eldre, hjemmeboende, aktivitet, deltagelse, hverdagsmestring, kvalitativ studie.

ANTALL SIDER: 53 + vedlegg

STAVANGER, 29. Mai 2015

FORORD

Det er med stolthet og glede jeg nå er i ferd med å avslutte denne masteroppgaven. Det har vært en spennende og lærerik, men ikke minst lang og krevende prosessen. Når jeg nå nærmer meg avrundning, vil jeg gjerne takke alle dere som har gjort det mulig å fullføre dette prosjektet.

Hjertelig takk til dosent Anne Norheim, som har vært veileder, for uvurderlig hjelp og kloke innspill underveis. Jeg gikk alltid inspirert og med friskt mot ut fra veiledningstimene!

Takk til informantene som var villige til å stille opp og dele av erfaringer fra livene sine.

Takk til min gode kollega som brukte tid og energi på å skaffe informanter.

Takk til medstudenter og gode venner som har vært der med støtte og oppmuntring når det trengtes som mest.

Til sist, men ikke minst, takk til familien som tålmodig har funnet seg i at mor i heimen i lang tid har vært mindre tilgjengelig enn hun pleier.

Innholdsfortegnelse

SAMMENDRAG.....	6
1. INNLEDNING.....	7
1.1. Bakgrunn for studien.....	7
1.2. Hverdagsrehabilitering	8
1.3. Tidligere forskning	9
1.4. Hensikt og formål	12
1.5. Problemstilling og forskningsspørsmål	12
1.6. Begrepsavklaring	13
1.6.1. Bruker	13
1.6.2. Aktivitet.....	13
1.6.3. Deltagelse.....	13
2. TEORETISK RAMMEVERK	14
2.1. Aldringsteorier.....	14
2.2. Lazarus sin mestringsteori.....	17
2.3. Verdigrunnlaget i rehabilitering	18
3. METODE OG ANALYSE.....	21
3.1 Utvalg:.....	21
3.2. Innsamling av data:	24
3.3. Analyse:	25
3.4. Validitet og reliabilitet.....	26
3.5. Forskningsetiske retningslinjer	29
4. PRESENTASJON AV FUNN.....	30
4.1. Indre forhold av betydning for deltagelse i hverdagsaktiviteter.....	30
4.1.1. Betydningen av trygghet.....	30
4.1.2. Betydningen av synet på egen helse.....	32
4.1.3. Betydningen av motivasjon	33
4.1.4. Behov for kontroll over eget liv.....	34
4.2. Ytre forhold av betydning for opprettholdelse av hverdagsaktiviteter.....	36
4.2.1. Sosialt nettverk.....	36
4.2.2. Støtte og oppfølging fra helsepersonell	37
5. DISKUSJON	39
5.1. Indre forhold hos bruker	39
5.1.1. Betydningen av trygghet.....	39
5.1.2. Betydningen av synet på egen helse.....	42
5.1.3. Betydningen av motivasjon	43
5.1.4. Behov for kontroll over eget liv	45
5.2. Betydningen av ytre forhold.....	46
5.2.1. Betydningen av sosial støtte og sosiale nettverk	47
5.2.2. Betydningen av støtte og oppfølging fra helsepersonell:.....	49
6. KONKLUSJON.....	51
6.1. Svar på problemstilling og forskningsspørsmål	51
6.2. Implikasjoner for praksis.....	53
6.3. Forslag til videre forskning	53
Referanser.....	54

VEDLEGG:

- 1: Intervjuguide
- 2: Svar fra Regional Etisk Komite
- 3: Tilbakemelding fra Norsk Samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS
- 4: Forespørsel til kommunen
- 5: Tillatelse fra kommunen
- 6: Informasjonsskriv til informanter
- 7: Samtykkeskjema informanter

SAMMENDRAG

I møte med en økende andel eldre de kommende årene, er det behov for å utvikle bærekraftige helse- og omsorgsløsninger. Hverdagsrehabilitering representerer et nytt tjenestetilbud innen den kommunale helse- og omsorgstjenesten som vektlegger forebygging og tidlig innsats, og har til formål å bidra til økt egenmestring og velferd for brukerne.

Studien hadde til hensikt å bidra med innsikt i brukererfaringer knyttet til opplevde resultat av hverdagsrehabilitering. Formålet var å få kunnskap om hvordan brukerne av tjenesten opplevde og reflekterte over egen situasjon knyttet til opprettholdelse av hverdagsaktiviteter de selv tiller betydning.

Studien har kvalitativ design. Datainnsamling ble gjort gjennom individuelle intervju med 6 informanter som var tidligere tjenestemottakere av hverdagsrehabilitering. Dataanalysen ble utført etter inspirasjon av Graneheim og Lundman sin modell for kvalitativ innholdsanalyse.

Hovedfunnene i studien handler om hvilke indre og ytre forhold hos brukerne som hadde betydning for deltagelse i hverdagsaktiviteter. Indre forhold omhandlet hvordan brukerne oppfattet egne muligheter og begrensninger knyttet til hverdagens utfordringer, og handlet om motivasjon, behov for trygghet, synet på egen helse og behov for kontroll. Ytre forhold var knyttet til sosialt nettverk og betydningen av sosial støtte. Alle informantene hadde nådd hovedmålet sitt om selvhjulpenhet i nødvendige daglige gjøremål, og kunne vise til områder med økt trygghet og mestring som følge av hverdagsrehabilitering.

Studien bekrefter at hverdagsrehabilitering bidrar til økt egenmestring og velvære for brukerne av tjenesten. Kunnskapen som denne studien har frambrakt om brukernes erfaringer med hverdagsrehabilitering og forhold som fremmer og hemmer deltagelse i hverdagsaktiviteter, kan forhåpentligvis være med å bidra til utvikling av kvalitet i tjenesten.

1. INNLEDNING

Tema for denne studien er hverdagsrehabilitering, den nye satsingen innen den kommunale helse- og omsorgstjenesten, som vektlegger forebygging og tidlig innsats. Formålet er å fremme hverdagsmestring og velferd for brukerne. Hvordan er resultatene av innsatsen så langt, nås målene om økt hverdagsmestring og velferd for de eldre som har fått hverdagsrehabilitering?

1.1. Bakgrunn for studien

Store demografiske endringer i årene som kommer utfordrer kommunene til å tenke nytt innen helse- og omsorgstjenestene. Framskrivninger i folketallet viser en stor økning i antallet eldre de kommende årene, mens antallet yrkesaktive i samme periode ikke stiger tilsvarende (Meld. St. 29, 2012). Det er gode nyheter at vi lever lengre, men en betydelig økende andel eldre vil også bety en økende etterspørsel etter kommunale helse- og omsorgstjenester. Utfordringen er blant annet å utvikle bærekraftige helse- og omsorgsløsninger som imøtekommer befolkningens behov for helsetjenester, samtidig som det vil bli mindre tilgang på helsepersonell (Meld. St. 29, 2012).

Samhandlingsreformen (St. Meld Nr. 47, 2008) peker på behovet for at helsetjenestene må bli bedre på å gi rett behandling på rett sted til rett tid. Strategien er blant annet økt satsing på forebygging, tidlig intervensjon og rehabilitering. Det pekes på at bedre samhandling innen helsetjenestene handler om å få til gode pasientforløp der blant annet kommunene settes i stand til å gi pasientene rehabilitering (s. 62, St. Meld Nr. 47, 2008).

Lederen av utvalget bak Innovasjon i omsorg (NOU, 2011), Kåre Hagen, uttalte følgende på Arendalskonferansen 2011: "Omsorgskrisen skapes ikke av eldrebølgen, men av forestillingen om at omsorg ikke kan gjøres annerledes enn i dag." Innovasjon i omsorg (NOU, 2011) peker på flere sentrale forhold som bør vektlegges når morgendagens omsorgstjenester skal staves ut. Det hevdes at den nye seniorgenerasjonen vil ha flere ressurser å møte alderdommen med enn tidligere generasjoner, som bedre økonomi, bedre boforhold og bedre helse. Et annet forhold er at det kommunale tjenestetilbudet har utviklet seg til å bli mer medisinsk rettet. Når systemet forutsetter pasientstatus før tjenester blir igangsatt innebærer det en fare for å bevege seg bort fra tidlig innsats og forebygging. I møte med en økende andel eldre pekes det på at det er viktig å legge til grunn at aldring og nedsatt funksjonsevne ikke er

en sykdom. Det handler ofte om normale funksjonstap, praktiske hindringer, sosiale forhold og levekår som skaper utfordringer i hverdagslivet til den enkelte (NOU, 2011).

Morgendagens omsorg (Meld. St. 29, 2012) har som intensjon å peke på forhold som kan gi helse- og omsorgstjenestens brukere nye muligheter til å klare seg bedre i hverdagen, til tross for sykdom og funksjonsnedsettelse. Sentralt i dette er økt vektlegging av helsefremmende og forebyggende arbeid og rehabilitering. Det framholdes at god helse og egenmestring gir frihet og kontroll over eget liv, samtidig som det gir god ressursutnyttelse (Meld. St. 29, 2012). Både Innovasjon i omsorg (NOU, 2011) og Morgendagens omsorg (Meld. St. 29, 2012) løfter fram hverdagsrehabilitering som eksempel på at tidlig innsats og rehabilitering i omsorgstjenestene bidrar til økt livskvalitet og bedre funksjonsnivå hos brukeren. Med dette som bakteppe har hverdagsrehabilitering seilt opp som en appellerende løsning for å fremme gode og bærekraftige helse- og omsorgstjenester.

Grunnen til at jeg velger hverdagsrehabilitering som tema i denne studien henger sammen med at jeg selv de siste årene har vært med å innføre denne tjenesten i en kommune. Som ergoterapeut har jeg i mange år jobbet med å legge til rette for selvhjelpenhet og egenmestring for mennesker med funksjonsbegrensninger. Hverdagsrehabilitering har samme fokus; å bidra til å styrke den enkeltes funksjons- og mestringsevne med målsetting om økt velferd for den enkelte. Ressursfokuset, utgangspunktet i brukers egenidentifisering av viktige mål, tett oppfølging og tverrfagligheten som hverdagsrehabilitering legger til grunn, ser jeg som den store styrken ved denne arbeidsformen. Fagpersoner med ulik kompetanse går sammen om å trekke i samme retning med å løfte brukernes ressurser mot egenmestring og økt livskvalitet. Tjenestetilbudet er ennå nytt og utviklingsarbeid må til for å sikre god kvalitet og god ressursutnyttelse innen arbeidet som gjøres.

1.2. Hverdagsrehabilitering

Hverdagsrehabilitering representerer et nytt tjenestetilbud innen helse- og omsorgssektoren, og mange norske kommuner har de siste årene innført, eller er i ferd med å innføre hverdagsrehabilitering som en del av sitt tjenestetilbud (Først & Høverstad, 2014). Hverdagsrehabilitering handler om målrettet og tidsavgrenset innsats i brukers hjem og nærmiljø for at brukeren kan bo hjemme, være aktiv og delta sosialt og i samfunnet. (Tuntland & Ness, 2014). Det er en ressursorientert arbeidsform som

vektlegger personens helse og ressurser, fremfor sykdom og begrensninger (Meld. St. 29 (2012-2013)). Et sentralt kjennetegn ved hverdagsrehabilitering er at brukeren selv kommer fram til hvilke gjøremål og aktiviteter som er viktige å mestre ved at en starter med spørsmålet: hva er viktige aktiviteter i livet ditt nå? Mål og tema for den intensive rehabiliteringen er først og fremst hverdagsaktiviteter. Tverrfaglig innsats er også et sentralt kjennetegn. Sykepleier, ergoterapeut og fysioterapeut samarbeider med pleiepersonalet om å støtte brukeren i økt selvhjulpenhet i daglige gjøremål, i brukers eget hjem og nærmiljø. Målet er at brukerne klarer mer selv og kan delta i det som er viktig for dem. Tjenesten representerer en ny form for tilnærming innen pleie og omsorgssektoren. Tradisjonell pleie og omsorg har hovedsakelig dreid seg om kompensierende hjelp for manglende evne til å klare seg selv (Tuntland & Ness, 2014). I stedet for at mer hjelp settes inn etter hvert som funksjonsevnen reduseres, tilbyr hverdagsrehabilitering intensiv og tett oppfølging i en tidlig fase av funksjonssvekkelse, med økt selvhjulpenhet og deltakelse som målsetting.

Hverdagsrehabilitering er i samsvar med definisjon på rehabilitering slik den står i Forskrift om habilitering og rehabilitering § 2 (Syse, 2013): ”*Rehabilitering er tidsavgrensede, planlagte prosesser med klare mål og virkemidler, hvor flere aktører samarbeider om å gi nødvendig bistand til brukerens egen innsats for å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse sosialt og i samfunnet*”. Tidlig innsats vektlegges for å begrense følger sykdom kan få for helse og livskvalitet. Det innebærer derfor sykdomsforebyggende arbeid, men hverdagsrehabilitering er først og fremst en rehabiliterende arbeidsform (Tuntland & Ness, 2014).

Hverdagsrehabilitering legger til grunn en antagelse om at mennesket har behov for meningsfulle aktiviteter, og at disse har en potensiell terapeutisk verdi som påvirker helse og trivsel. Det legges videre til grunn en antagelse om at mennesket ønsker å være selvhjulpen og mestre hverdagen sin i størst mulig grad selv (Tuntland & Ness, 2014).

1.3. Tidligere forskning

Hva er kunnskapsgrunnlaget for at hverdagsrehabilitering innføres i kommune etter kommune? Metoden er fortsatt relativt ny i Norge og Norden, og i følge Tuntland og Ness (2014) foreligger det ennå lite forskning på området i Norden. Et søk i SveMed + med søkeordet hverdagsrehabilitering gav kun 5 treff. Begrepet er det samme og staves likt i Norge og Danmark. Av de fem treffene vurderes en artikkel av Kjellberg, Kjellberg, Ibsen og Christensen (2012) som aktuell i denne sammenheng. Forfatterne er

blant annet forskere tilknyttet Dansk sunnhetsinstitutt som har evaluert Fredericia kommunes modell for hverdagsrehabilitering. Bakgrunnen for at det satses friskt på hverdagsrehabilitering i Norge henger i stor grad sammen med dokumenterte resultat fra arbeid som er gjort i Danmark, og da spesielt i Fredericia kommune. Dokumentasjonen viste at brukerne fikk økt sin velferd gjennom økt mestringsevne og funksjonsnivå, og kommunen fikk reduserte utgifter gjennom lavere utgifter til hjemmebaserte tjenester og utsettelse av institusjonsplassering (Kjellberg, et al., 2012). Målgruppen beskrives som nye brukere som henvendte seg til helse- og omsorgstjenesten med behov for hjelp. I stedet for tradisjonelle omsorgstjenester fikk de hverdagsrehabilitering i en avgrenset periode. Tjenesten ble utført av et eget tverrfaglig team bestående av sykepleier, ergoterapeut og fysioterapeut samt pleiepersonell. Mål for innsatsen ble satt med utgangspunkt i brukers ønsker. Ikke alle brukere av hjemmetjenestene hadde nytte av hverdagsrehabilitering. Dokumentasjon fra Fredericia viser at omlag 1/3 av brukerne kunne nyttiggjøre seg hverdagsrehabilitering. Altså var 2/3 ikke aktuelle (Kjellberg, et al., 2012).

Når det gjelder søk etter internasjonal litteratur støtter jeg meg til en kunnskapsoppsummering av internasjonal forskning på området, gjort av Tuntland (2014). Hun har funnet at det finnes litteratur om tilsvarende arbeidsformer som hverdagsrehabilitering fra Storbritannia, USA, Australia og New Zealand. Den britiske varianten "home care re-ablement" eller bare "reablement" er best beskrevet. I følge Tuntland (2014) finner man også litteratur om "active service model" og "restorativ home-support" som representerer tilsvarende tjenester i de øvrige nasjonene. Alle de nevnte tjenestene har sentrale fellestrekk med hverdagsrehabilitering, slik som målgruppe (hjemmeboende eldre) og selve intervensjonen med vektlegging av tidlig, tverrfaglig, sammensatt og individualisert rehabilitering i hjemmet. Det påpekes forøvrig en forskjell i fokus og målsetting. Den nordiske varianten vektlegger i større grad personlige, egendefinerte mål, og deltakelse i sosiale gjøremål som viktig. I den internasjonale litteraturen handler intervensjonen først og fremst om å oppnå selvhjelpenhet i nødvendige daglige gjøremål. Kort oppsummert finner Tuntland (2014) at evidensen av reablement er liten, men viser en positiv tendens.

Med bakgrunn i Tuntlands kunnskapsoppsummering har jeg valgt "reablement" som søkeord ved søk etter internasjonal litteratur. Et søk i databasene Academic search

premier, Cinahl og Medline med begrensningen ”peer reviewed”, gav tilsammen om lag 20 treff. Blant treffene var to kvalitative studier som bidro med kunnskap om erfaringer med reablement fra både brukere, pårørende og personale. Det framkom i studiene til Wilde og Glendinning (2012) og Trappes-Lomax og Hawton (2012) at brukerne opplevde økt selvhjulpenhet i ADL (activity of daily living), men savnet fokus på blant annet sosiale behov. Det ble konkludert med at på tross av stor grad av tilfredshet, har tjenesten begrensninger synliggjort i behov hos brukerne som ikke ble møtt. Økt fokus på brukernes behov og prioriteringer pekes på som forbedringsområde for tjenesten. Med utgangspunkt i at den nordiske modellen av hverdagsrehabilitering vektlegger egendefinerte mål og sosial deltakelse, som ble påpekt som forbedringsområder ved den britiske varianten, gir det grunn til å tro at den nordiske varianten i større grad bidrar til økt hverdagsmestring og velferd for brukerne.

Det finnes etter hvert også en del erfaringsbasert kunnskap og dokumentasjon fra norske kommuner. I følge en fersk FoU rapport (Fürst & Høverstad, 2014) fra Kommunens Sentralforbund dokumenterer en rekke evalueringer fra enkeltkommuner at målene med hverdagsrehabilitering nås; brukerne får økt mestringsevne og kommunene får bedre ressursutnyttelse. Kunnskap om målgruppen er viktig for å nå målet om å være en kostnadseffektiv tjeneste. En tydelig beskrivelse av målgruppen, både hvem hverdagsrehabilitering er egnet for og hvem det ikke er egnet for, vil være avgjørende påpeker Fürst og Høverstad (2014). Det understrekes videre at målrettet arbeid fra starten av kontakten med bruker er viktig. Avslutningen bør planlegges og forberedes fra begynnelsen. Det pekes på at en viktig forutsetning for gode resultater er at bruker opprettholder sin trening og aktivitet etter avslutning av hverdagsrehabilitering. Før avslutning er det da kartlagt arenaer med muligheter for videre aktivitet, og gitt bruker støtte til å benytte seg av disse. Eksempler på dette er sosiale møteplasser, tiltak i regi av frivillige organisasjoner og aktuelle treningstilbud som finnes i nærmiljøet (Fürst & Høverstad, 2014).

Stavanger kommune sin evaluering av eget pilotprosjekt Hverdagsrehabilitering viser til gode resultater for brukerne som deltok i prosjektet. Brukergruppen har fått et betydelig bedre funksjonsnivå i følge funksjonsmålinger og rapporterer selv om økt aktivitetsnivå etter avsluttet hverdagsrehabilitering (Hustoft, 2013).

1.4. Hensikt og formål

På bakgrunn av redegjørelsen vurderes det som hensiktsmessig å søke kunnskap om brukernes erfaringer med hverdagsrehabilitering og med opprettholdelse av hverdagsaktiviteter de vektla som viktige etter at tjenesten ble avsluttet. Studien har til hensikt å bidra med innsikt i brukererfaringer knyttet til opplevde resultat av hverdagsrehabilitering. Formålet er å forstå hvordan brukere av tjenesten opplever og reflekterer over egen situasjon knyttet til opprettholdelse av hverdagsaktiviteter de selv tillegger betydning. Man vet fra tidligere dokumentasjon at sentralt for å lykkes med hverdagsrehabilitering er at man inkluderer de ”rette” brukerne. Kunnskap om hvilke brukere som kan forventes å ha utbytte av hverdagsrehabilitering er derfor sentral. Økt innsikt og forståelse om hvordan brukerne av tjenesten opplever og reflekterer over egen situasjon kan gi verdifull innsikt som kan bidra til videre utvikling av kvalitet i tjenesten hverdagsrehabilitering.

Som nevnt foreligger det foreløpig lite forskning i Norden på hverdagsrehabilitering. Rapporten ”Hverdagsmestring og hverdagsrehabilitering” (Ness et al., 2012) peker på at det er behov for forskning og dokumentasjon av endringer og effekt på blant annet brukernes tilfredshet, livskvalitet og funksjon. Fürst og Høverstad (2014) sier at det trengs dokumentasjon av resultater for å sikre fortsatt legitimitet for satsingen på hverdagsrehabilitering.

1.5. Problemstilling og forskningsspørsmål

Hensikten med studien kan sammenfattes i følgende problemstilling:

Hvordan og på hvilket grunnlag har brukerne opprettholdt aktiviteter de selv vektla som viktige å kunne utføre i forbindelse med hverdagsrehabilitering?

Aktuelle forskningsspørsmål er:

Hvilke forhold fremmer og hemmer brukernes deltagelse i hverdagsaktiviteter de selv tillegger betydning? Hvilken betydning opplever brukerne at hverdagsrehabilitering har hatt for opprettholdelse av hverdagsaktiviteter? Hvordan har brukerne opprettholdt deltagelse i sosiale aktiviteter?

1.6. Begrepsavklaring

For å sikre at sentrale begrep i studien blir forstått slik de er ment gjøres det her rede for disse.

1.6.1. Bruker

Med bruker menes en person som helse- og omsorgstjenester gir eller tilbyr helsehjelp, eller som henvender seg til helse- og omsorgstjenesten med anmodning om helsehjelp (Pasient- og brukerrettighetsloven §1-3.a.) Bruker og pasient ses på som synonyme begrep, men som følge av at brukerbegrepet blir mest brukt i den kommunale helse- og omsorgstjenesten ble det også naturlig å benytte begrepet bruker i denne studien.

Brukerne som omtales i denne studien omfatter eldre mennesker over 60 år som har mottatt tjenesten hverdagsrehabilitering.

1.6.2. Aktivitet

Aktivitet er et individs utførelse av et gjøremål eller en handling, og sikter til hvordan en person klarer eller er i stand til å utføre en handling (s. 68)(Bredland, Linge & Vik, 2014). Dette samsvarer med forståelsen av begrepet som ICF (International Classification of Function, Disability and Health) legger til grunn (s. 35)(World Health Organization, 2013). Med hverdagsaktiviteter menes de dagligdagse og gjentakende gjøremålene vi pleier gjøre, som kjennetegnes av regelmessighet, forutsigbarhet, vane og rutine (s. 23)(Tuntland & Ness, 2014). Eksempler på hverdagsaktiviteter er dusje, kle seg, lage middag, lese avisen, gjøre innkjøp, lufte hunden.

1.6.3. Deltagelse

Med deltagelse menes involvering i livssituasjoner, jamfør ICF, og handler om hvorvidt individet gjør aktiviteter og engasjerer seg i sin egen livssituasjon (s. 68)(Bredland, et al. (2014). Selv om man er i stand til å utføre en aktivitet det ikke sikkert at man pleier gjøre den, for eksempel lage middag, gjerne fordi noen andre som regel tar seg av det.

2. TEORETISK RAMMEVERK

Dette kapittelet gir innblikk i ulike teoretiske perspektiv som vurderes som aktuelle for å belyse problemstillingen og funnene i denne studien. Brukergruppen i studien er eldre mennesker over 60 år, hvor de fleste er over 80 år og er blant de eldste eldre. Teoriene det her gjøres rede for har til hensikt å gi en forståelsesramme for hva som kjennetegner aldringsprosessen generelt og hvilke mekanismer som kan spille inn i møte med tap og livshendelser, som helsemessige endringer og funksjonstap. Lazarus sin mestringsteori vurderes som aktuell for å gi perspektiv på mekanismer rundt den følelsesmessige mestringen av stressende livshendelser som funksjonstap i eldre år kan representere. Verdigrunnlaget i rehabilitering, med vekt på brukermedvirkning, gir en forståelsesramme for det tenkesett og de holdninger som legges til grunn innen rehabiliteringsvirksomhet. Dette vurderes som aktuelt knyttet til at hverdagsrehabilitering handler om å fremme hverdagsmestring og deltakelse for brukerne, med utgangspunkt i personlige aktivitetsmål (Tuntland & Ness, 2014).

2.1. Aldringsteorier

Aldring er de endringer som skjer med et menneske som følge av at man blir eldre. Aldringsprosessen er i utgangspunktet et biologisk fenomen, men omhandler også psykiske og sosiale forhold og ikke bare endringer på celle- og organnivå i kroppen. Psykologisk aldring dreier seg om personlighetsmessige endringer som inkluderer følelsesmessige og kognitive forhold. Sosial aldring omhandler endringer i sosial rolle og forventninger fra samfunnet man lever i, som følge av at man blir eldre (Daatland & Solem, 2011).

Det er i litteraturen beskrevet ulike aldringsteorier som omhandler alle de tre nevnte områdene, og som bidrar til å kaste lys over sentrale forhold ved det å bli eldre. I det følgende beskrives aldringsteorier og perspektiv som vurderes som relevante for å belyse studiens problemstilling og funn.

Biologisk aldring omhandler de aldersmessige endringer som skjer på celle- og organnivå, og de fysiologiske følgene av dette. Gjennom hele livet pågår det i kroppen både oppbyggings- og nedbrytningsprosesser, men når man kommer i høy alder er nedbrytningsprosessene mest framtrødende (Daatland & Solem, 2011). Økende alder kjennetegnes blant annet av tap av elastisitet i en rekke organer, og tap av muskel- og benvev. Eksempler er huden som blir rynkete, og blodårer som blir stivere og kan føre

til høyt blodtrykk. Videre kan muskelmassen i kroppen atrofiere og føre til redusert gangfunksjon. Skjørere beinmasse øker faren for å pådra seg brudd. Dette gjelder særlig kvinner som på grunn av hormonforandringer etter overgangsalderen står i fare for å utvikle benskjørhet (Wyller, 2012). Følgen av de aldersrelaterte endringene i kroppen er at man blir mer utsatt for sykdommer, og har mindre reserver i kroppen for å takle dette. Aldring er likevel ikke synonymt med skrøpeligheit og sykdom, men innebærer en økt sårbarhet for å pådra seg sykdommer, ofte av kronisk art (Wyller, 2012).

Konsekvenser av aldringsprosessen kan forebygges gjennom fysisk aktivitet og en sunn livsstil (Daatland & Solem, 2011, s.55).

Til tross for mye forskning og mange teorier på området, er det ikke enighet om hva som er den underliggende årsaken til aldringsprosessen (Daatland & Solem, 2011). Den økte levealderen vi ser i dag skyldes hovedsakelig nedkjemping av sykdommer, et sunnere liv og andre forhold som bremser årsakene til den sekundære aldringen, uten at den primære aldringen er påvirket (Daatland & Solem, 2011). Aldersforløpet viser stor variasjonen fra individ til individ, og mellom ulike funksjoner og organer i det enkelte individ. Variasjonen henger sammen med forskjeller i arveanlegg og i livsstil og levekår. I tillegg spiller sykdommer man rammes av en rolle i hvordan aldringsprosessen forløper for den enkelte (Daatland & Solem, 2011).

Psykologisk aldring er i følge Daatland og Solem (2011) endringer i adferd og mentale prosesser som følger med alderen. Det handler både om kognitive prosesser som hukommelse, læring og intelligens, samt individuelle særtrekk som viser seg gjennom personlighet, selvbilde og mestringsstil. Svekkelse kan motvirkes eksempelvis ved at man å bli stimulert gjennom deltakelse i aktiviteter som engasjerer og oppleves meningsfulle (Daatland & Solem, 2011, s.85).

Mestringstro: Knyttet til mestringsstil ligger en oppfatning av hvordan man ser omgivelsene, seg selv og sin egen kompetanse, og handler om hvordan man vurderer egne ressurser og begrensninger i møte med omgivelsenes krav. Dette kan beskrives som mestringstro eller opplevelse av kontroll (Daatland & Solem, 2011). I følge Daatland og Solem (2011) handler den enkeltes mestringstro om egenskaper hos personen, men vil også være formet av tidligere erfaringer med å lykkes eller mislykkes. Sentralt i denne forbindelse er undersøkelser som viser svekket mestringstro hos eldre på bakgrunn i høy alder, fordi alderdomssvekkelser blir oppfattet som upåvirkelige

(Daatland & Solem, 2011). Det blir gjort nærmere rede for mekanismer rundt mestringsprosesser i møte med krevende livshendelser i beskrivelsen av Lazarus sin mestringssteori, under neste delkapittel, 2.2.

Sosial aldring sikter til de forventninger og holdninger som knytter seg til eldrollerollen. Det handler om generelle holdninger i samfunnet til aldring og eldre. I følge Daatland og Solem (2011) viser studier fra nyere tid at folk flest er tilbøyelige til å oppfatte eldre mennesker som mer skrøpelige og pleietrengende enn de faktisk er. Det kan synes å råde en del fordommer og myter om aldring, som er med og skaper stereotype bilder av eldre mennesker. De negative stereotypiene kan også prege de holdninger personer på vei inn i alderdommen har til seg selv, og ha negative følger for selvaktelse og helse. Samfunnets holdninger til eldre har konsekvenser for eldre menneskers selvoppfatning, og man kan bli gjenstand for fenomenet selvoppfyllende profeti som vil si at en får den samme oppfatning om seg selv som det en tolker at andre har (Daatland & Solem, 2011). Dersom det eksisterer en generell holdning i samfunnet om at eldre over en gitt alder antas å være svekket og mindre skikket, kan også den eldre selv ha denne holdning innebygget i sitt eget tankesett. I en situasjonen med plutselig eller gradvis funksjonstap kan man som følge lettere være tilbøyelig til å akseptere funksjonstapet som varig på grunn av høy alder. Hvis man i tillegg blir møtt med holdninger fra omgivelsene som bekrefter dette, kan det styrke denne selvoppfatningen og fungere som en selvoppfyllende profeti.

Daatland og Solem (2011) viser til teorien om "Det totale sammenbrudds syndromet" av Kuypers og Bengtson, som beskriver disse mekanismene. Man kan komme inn i en negativ spiral der man får svekket selvtillit, identifiserer seg selv som inkompetent og blir mottakelig for negative forventninger. Som alternativ til dette pekes det på muligheten for at en motsatt prosess kan finne sted, dersom individet i stedet blir møtt med positive og støttende forventninger og får tilført ressurser som bygger opp mestringssevnen og selvfølelsen. Denne prosessen kalles "Det sosiale rekonstrueringssyndromet" (Daatland & Solem, 2011). Hverdagsrehabilitering kan ses som en kilde til positive og støttende forventninger samt tilførsel av ressurser som kan bidra til en sosial rekonstruksjonsprosess.

Alderisme er et begrep, introdusert av Robert Butler, som betegner fordommer og diskriminerende holdninger overfor eldre på grunn av deres alder, på samme måte som

rasisme diskriminerer med utgangspunkt i hudfarge (Daatland & Solem, 2011). Eldre mennesker karakteriseres innenfor alderismen gjerne som rigide i tanke og adferd, ute av stand til å forandre seg eller lære noe nytt, og kan gjenkjennes i nedlatende holdninger overfor eldres kompetanse og ferdigheter. I følge Daatland og Solem (2011) er det sentralt i alderismen at ”de eldre” gjøres til noen annet og mindre verdt enn ”oss”. Utbredte negative oppfatninger om eldre kan danne grunnlag for alderisme ved at eldre mennesker undervurderes på et generelt grunnlag. Etablerte negative holdninger kan ramme en selv når man blir eldre, gjennom tilbøyelighet til å nedvurdere seg selv på grunn av høy alder (Daatland & Solem, 2011).

2.2. Lazarus sin mestringsteori

Lazarus (2009) beskriver mestring som måter man håndterer stressende livshendelser på. Mestringsbegrepet knyttes således til takling av stress og belastninger. Stress utløses av stressorer som representerer påkjenninger som eksempelvis tap av helse og funksjonssvikt i eldre år. Lazarus beskriver mestring som en prosess som inneholder tanker, følelser og subjektive vurderinger i et gjensidig samspill. Stress kan beskrives som forhold som oppleves som en trussel mot ens velvære, og skjer i et samspill mellom individ og miljø. Lazarus sin definisjonen av mestring lyder som følger: *”Kognitive og atferdsmessige anstrengelser som er under konstant forandring for å takle ytre og/eller indre krav, som vurderes å være plagsomme eller overskrider personens ressurser”* (Lazarus, 2009 s. 139).

I møte med utfordrende situasjoner, skjer det en prosess hos individet der situasjonen vurderes på flere ulike nivå. Nivåene beskrives som primærvurdering, sekundærvurdering og revurdering. I primærvurderingen tar individet bevisst eller ubevisst stilling til om hendelsen er noe man må forholde seg til. Innebærer hendelsen en trussel som truer mitt velvære? Har jeg nok ressurser tilgjengelig til å håndtere utfordringen jeg står overfor? Dersom man slutter at ens velvære står på spill, er man over i sekundærvurderingen der mestringsstrategier iverksettes (Lazarus, 2009). Gjennom den subjektive vurderingsprosessen kan man både undervurdere og overvurdere egne ressurser og muligheter for å takle utfordringen man står ovenfor. Begrepet personlige ressurser handler om forhold som helse, mestringstro, opplevelse av trygghet, støtte fra familie og venner, kunnskaper, med mer. Når det for eksempel

gjelder eldre mennesker som opplever funksjonstap, kan man undervurdere muligheten man har til å trene opp og gjenvinne tapt funksjon.

Lazarus (2009) beskriver to mestringsstiler, to hovedmåter å takle stressende situasjoner på. Mestringsstilene beskrives som problemfokuset og emosjonsfokuset mestring.

Problemfokuset mestring handler om å gjøre noe med kilden til problemet. Fokus rettes mot å foreta handlinger med mål om å løse problemårsaken. Eksempler på problemfokuset mestring kan være engasjement i opptrening og rehabilitering etter sykdom og ulykke, søke sosial støtte eller flytte til tilrettelagt bolig med heis.

I følge Daatland og Solem (2011) er realisme i forventningene til hva man kan endre og påvirke viktig for utfallet av en aktiv mestringsstrategi. En god mestring avhenger av at det er rimelig samsvar mellom de forventningene personen har, og de mulighetene omgivelsene gir.

Emosjonsfokuset mestring betyr å endre på oppfatningen av det som skaper problemer. Dersom man i vurderingen av situasjonen og hvilke ressurser man har til rådighet, slutter at det er lite man kan gjøre for å endre omstendighetene, kan man i stede omvurdere situasjonen ved tankemessig å redusere betydningen av problemet. Det handler om kognitive prosesser for å minske det emosjonelle stresset når en situasjon oppleves som vanskelig eller umulig å endre på. Trusselen minskes gjennom en revurdering av problemet, og tillegges det mindre betydning for å opprettholde håp og optimisme. Fokus rettes mot oppfatningen av det som skaper problemer.

I følge (Lazarus, 2009) kan eksempel på emosjonsfokuset mestring være fornektelse og distansering, eller en positiv revurdering av situasjon ved å omprioritere hva som er viktig i livet. Daatland og Solem (2011) hevder at det med alderen er en tendens til å bruke mer emosjonsfokuset mestring. Dette kan ses som en hensiktsmessig evne til å tilpasse seg endringer som følge av aldringsprosessen, men kan også representere en fare for overdreven passivitet og tilpasning.

2.3. Verdigrunnlaget i rehabilitering

Brukermedvirkning er et sentralt tema i tilknytning til helse- og omsorgstjenestene. Det henger sammen med den grunnleggende demokratiske retten til medbestemmelse som samfunnet vårt bygger på, og er forankret i samfunnsverdier som autonomi, likeverd, og vern om personlig integritet (Bredland, et al., 2014, s. 45). Til grunn ligger et

humanistisk menneskesyn som anerkjenner et hvert menneskes iboende verdighet (Barbosa Da Silva, 2006, s. 63). Brukermedvirkning på individnivå beskrives av Hanssen, Humerfelt, Kjellebold, Norheim og Sommerseth (2010) som en relasjon mellom tjenestemottaker og tjenesteutøver, der den som mottar helse- og sosialtjenester involveres, deltar aktiv og har innflytelse på beslutninger som angår egen helse og velferd (s.33).

Vektleggingen av brukermedvirkning har også sammenheng med en overbevisning om at veien til gode løsninger går gjennom at brukerne må være delaktige sammen med fagfolkene (Bredland, et al., 2014). Innen rehabiliteringsvirksomhet er brukermedvirkning en forutsetning, uten brukermedvirkning kan virksomheten heller ikke kalles rehabilitering. Brukeren er spesialist på eget liv, egne ønsker for deltakelse og hvilke roller han verdsetter. Denne kompetansen som brukeren innehar er avgjørende for at helsepersonell kan samarbeide med og støtte brukeren effektivt mot felles mål i en rehabiliteringsprosess (Bredland, et al., 2014).

Bredland, et al. (2014) argumenterer i boka ”Det handler om verdighet og deltakelse”, for å ha brukerens verdighet og deltakelse som overordnet verdi i rehabiliteringsarbeidet, fordi fokus da blir satt på brukerens mening om hva som er viktigst for ham/ henne. Rehabilitering er ikke bare en arbeidsform, men er også en måte å tenke på. Verdigrunnlaget gjenspeiler kjernen i hverdagsrehabilitering som handler om å støtte brukerne til å delta i aktiviteter som er viktige for dem. Jeg vil derfor ta utgangspunkt i Bredland, et al. (2014) sitt verdigrunnlag om verdighet og deltakelse som overordnet verdi for rehabilitering, og i det videre gjøre nærmere rede for dette.

Ordet rehabilitering betyr i følge Store Norske Leksikon oppreisning, gjeninnsettelse i tidligere stilling, gjenoppnåelse av tidligere anseelse. Bredland, et al. (2014) sier at *”rehabilitering handler i sin kjerne om målrettet, tidsavgrenset innsats for at brukeren skal få utviklet sine muligheter til å leve en verdig tilværelse og delta på likeverdig måte til tross for funksjonsnedsettelse”*(s. 14).

Rehabiliteringsvirksomhet fordrer et helhetlig syn på helse der det overordnede målet setter fokus på den enkeltes mulighet for en verdig tilværelse og deltakelse.

Blant helsepersonell og folk flest er det en utbredt oppfatning at rehabilitering handler om opptrening av funksjonsevne med fokus på selvstendighet og mestring av daglige

gjøremål (Bredland, et al., 2014). Mestring av funksjon er åpenbart viktig for å kunne leve et selvstendig liv, men faren ved et ensidig fokus på dette er at ferdigheter og funksjon blir det overordnede målet, i stedet for en verdig tilværelse. Begrunnelsen for å sette verdighet og deltakelse som overordnede verdier er blant annet at mestringsevne og vilje til innsats er størst når det som skal gjøres har en personlig verdi og gir opplevelse av verdighet. I tillegg kan den subjektive verdigheten og selvbildet, være truet som følge av egne og omgivelsenes devaluerende holdninger til at man ikke kan delta som tidligere etter et funksjonstap (Bredland, et al., 2014).

I rehabiliteringsprosesser er det brukerens egne aktivitetsmål som skal stå i sentrum. Bare personen selv kan avgjøre hva som er viktig for en selv. Brukeren ses som spesialist på eget liv og innehar kompetanse som er avgjørende for at rehabiliteringsteamet skal kunne jobbe effektivt mot felles mål. Det handler om personlige verdier, interesser og sosiale roller, og er nært knyttet til den enkeltes selvbilde. Som Bredland, et al. (2014) sier, innebærer dette at helsepersonellet gir fra seg noe av ansvaret og autoriteten og spiller på lag med brukeren, samt at brukeren er aktiv og tar ansvar. Det ligger til grunn en tanke om at fokus på hva som er viktige aktiviteter for den enkelte, framfor hva man trenger hjelp til, motiverer til egeninnsats og bidrar til framdrift i rehabiliteringsprosessen. Graden av brukermedvirkning må likevel ses i sammenheng med hvor i rehabiliteringsforløpet den enkelte befinner seg (Bredland, et al., 2014). Tidlig i forløpet kan mange brukere ikke være i stand til eller villige til å ta særlig ansvar. Brukernes evne til medvirkning vil da være avhengig av helsepersonellens evne til å gi oversikt over valgmuligheter og konsekvenser av de ulike valgene (Bredland, et al., 2014). Helsepersonellet har et ansvar for å motivere til helserelatert adferd, og ikke legge bort fagkunnskapen eller la brukeren stå alene med ansvaret for vanskelige valg. Selv om brukermedvirkning er en viktig verdi innen helse- og omsorgstjenestene, er det fortsatt den profesjonelle yrkesutøveren som bærer ansvaret for at den beslutning som fattes, er faglig forsvarlig (Hanssen, 2010).

3. METODE OG ANALYSE

I dette kapittelet redegjøres det for studiens metode og design. Studiens hensikt var å søke kunnskap om brukernes erfaringer med hverdagsrehabilitering, samt hvilke forhold som fremmer og hemmer brukernes deltagelse i hverdagsaktiviteter de selv tillegger betydning. Det overordnede formålet var å bidra til kvalitetsutvikling i tjenesten.

Denne studien er en kvalitativ studie med utforskende og beskrivende design for å søke økt forståelse om den sosiale virkeligheten. Det tas med dette utgangspunkt i et fenomenologisk vitenskapssyn som søker å forstå menneskets livsverden (Polifroni & Welch, 1998). I følge Thagaard (2013) gir intervjuer et særlig godt grunnlag for å få innsikt i personers erfaringer, tanker og følelser. Formålet er å få fylldig informasjon om hvordan mennesker opplever sin livssituasjon, og hvilke synspunkter og perspektiver de har på de temaer man ønsker økt kunnskap om (Thagaard, 2013). Innsamling av data er gjort gjennom individuelle intervju med et utvalg av aktuelle brukere.

3.1 Utvalg:

Aktuelle informanter for studien var tidligere tjenestemottakere av tjenesten hverdagsrehabilitering. Når det gjaldt antallet informanter ble 6 personer vurdert å være tilstrekkelig innenfor rammene for denne studien.

Inklusjonskriteriene var som følger:

- Personer over 60 år som har gjennomført en periode med hverdagsrehabilitering på minimum 3-4 ukers varighet.
- Hverdagsrehabilitering ble avsluttet for 6- 10 måneder siden.
- Informanten må være i stand til å gjennomføre et intervju, det vil si har rimelig god hørsel og er kognitivt velfungerende.

Inklusjonskriteriene er begrunnet i ønsket om å komme i kontakt med personer som hadde erfaring med hverdagsrehabilitering i trå med intensjonen for tjenesten som er rundt 4 ukers varighet, med mulighet for forlengelse inntil 4 uker, 3-5 dager i uken. For å kunne vurdere hvordan tjenestemottakerne har klart å opprettholde betydningsfulle aktiviteter i ettertid var det nødvendig at det hadde gått en tid siden tjenesten ble avsluttet. Mange i den aktuelle gruppen vil i løpet av et år ha flere hendelser med sykdom og utfordringer med egen helse som fører til både sykehusinnleggelse og behov for ulike helse- og sosiale tjenester. Gjennom arbeidet med denne brukergruppen, har jeg erfart at mange etter en tid har vanskelig for å sortere

de ulike tjenestene fra hverandre, og huske hva akkurat hverdagsrehabiliteringen betydde for dem. På bakgrunn av dette ble det vurdert som hensiktsmessig at det ved tidspunktet for intervjuet ikke var gått lenger tid enn 6- 10 måneder siden tjenesten ble avsluttet. Da hadde det gått såpass lang tid at man kunne si noe om hvordan man har klart seg i ettertid, og samtidig ikke så lang tid at man ikke klarte skille opplevelsene med hverdagsrehabilitering fra andre hendelser og tjenester man eventuelt har vært i befatning med.

Det ble innhentet tillatelse fra ledelsen for helse- og omsorgsfeltet i den aktuelle kommunen for å kontakte tidligere tjenestemottakere for datainnsamling. En skriftlig forespørsel med informasjon om studiens hensikt og formål, ble skriftlig besvart med tillatelse til å kontakte tidligere tjenestemottakere ble mottatt i retur (se vedlegg). Gjennom jobben som fagkonsulent ved et av kommunens helse- og sosialkontor har jeg tilgang til datasystemer hvor man blant annet kan hente ut informasjon om hvem som har fått tildelt tjenesten hverdagsrehabilitering. Fordi jeg selv står nært fagfeltet gjennom arbeidet med å henvise brukere til hverdagsrehabilitering, ble det vurdert som vesentlig at noen andre gjorde utvelgelsen, slik at min rolle som forsker ble ivaretatt i prosessen. En kollega ved helse- og sosialkontoret sa seg villige til å trekke ut navn fra listen ved loddtrekning, og ta første kontakt med de utvalgte med spørsmål om å stille til intervju. Deltakelse skulle være frivillig. Det var ønskelig at denne forespørselen kom fra en person som ikke var involvert i studien, og som framsto som mest mulig nøytral for å sikre at det oppleves frivillig å delta.

Ved hjelp av det elektroniske journalsystemet ble det hentet ut lister over de personer som var tildelt og hadde avsluttet hverdagsrehabilitering 6-10 måneder tidligere. Listen måtte gjennomgås for å luke bort de på listen som ikke fylte inklusjonskriteriene, og de som sto oppe i nye hendelser med sykdom eller skade. Den første listen inneholdt 58 navn. Etter gjennomgangen var det 33 navn igjen på listen.

Det var ønskelig med variasjon i utvalget. Aktuelt var informanter med økte helse- og sosiale tjenester i perioden etter de hadde hverdagsrehabilitering, og informanter uten tjenester. Brukerne ble fordelt i to grupper; de som hadde hjemmesykepleie etter avslutta hverdagsrehabilitering, og de som ikke hadde det. De fleste hadde ikke økte tjenester. Når det gjaldt variasjon knyttet til kjønn var det ønskelig at utvalget var

omtrentlig representativt i forhold til dette. Utvalget besto av en stor overvekt av kvinner. Det ble ikke gjort noe aktivt for å sikre representativ kjønnsfordeling.

De uttrukne ble kontaktet over telefon og spurt om de kunne tenke seg å delta i intervju, og om de ville motta et uforpliktende informasjonsskriv om studien. Planen var at de brukerne som returnerte signert samtykke etter å ha mottatt informasjonsskrivet, ville bli kontaktet for nærmere avtale. Fagkonsulenten som kontaktet de utvalgte erfarte raskt at det ble for byråkratisk å be de spurte om å returnere signert samtykke før de ble kontaktet på nytt. De som stilte seg positive til å delta, forventet at det ble gjort en avtale umiddelbart over telefon. Det ble derfor i stedet avtalt med at intervjuer ville kontakte dem kort tid etter at de hadde mottatt informasjonsskrivet for et endelig svar, og dersom ja gjøre avtale om tid og sted for intervjuet.

Flere av de kontaktede takket nei til deltakelse, enten ved første henvendelse, eller ved andre telefonkontakt etter at infoskrivet var mottatt. Det måtte derfor foretas flere runder med loddtrekning og henvendelser før ønsket antall med 6 informanter var oppnådd. Underveis i denne prosessen ble det vanskelig å sikre ønsket variasjon i utvalget. Det viktigste ble å komme i kontakt med tilstrekkelig mange villige personer som oppfylte inklusjonskriteriene. Resultatet når det gjaldt variasjon ble at ingen av informantene hadde økte tjenester etter at hverdagsrehabilitering ble avsluttet. De fleste av informantene hadde trygghetsalarm, halvparten hadde hjelp til rengjøring og en hadde hjemmesykepleie til hjelp med drypping av øynene. Trygghetsalarm fikk de fleste samtidig som hverdagsrehabilitering ble iverksatt. De øvrige tjenestene hadde de fra tidligere. Når det gjaldt kjønnsfordeling, endte det med 1 mann og 5 kvinner. Aldersfordelingen strakk seg fra midten av 60 årene til 88 år, hvorav 4 var i 80 årene.

Det kan være relevant å stille spørsmål ved om de som takket nei til deltagelse i mindre grad opplevde hverdagsrehabilitering som vellykket i form av bedre fungering og økt mestring i hverdagen, enn de som takket ja. I og med at ingen av informantene hadde økte kommunale tjenester betyr det at flere av de som sa nei, var fra denne gruppen. Forståelig nok har man gjerne ikke lyst å stille til intervju for å snakke om det man ikke lyktes med, eller hvis man føler man ikke har så mye positivt å fortelle.

Tilbakemeldingen fra en av de spurte som takket nei kan tyde på det. Han uttalte på telefon at hverdagsrehabilitering nok er et bra opplegg men ikke passet for han, og at han derfor ikke var den rette å intervju. På samme måte kan det være grunn til å spørre

seg om informantene som stilte opp representerer de som opplevde godt utbytte av tjenesten, fordi det er lettere å si ja til deltakelse når ting har gått greit. Hvis omstendigheten forholder seg slik, kan det bety at utvalget i studien i mindre grad enn ønskelig gjenspeiler bredden av erfaringer som tidligere tjenestemottakere sitter med.

3.2. Innsamling av data:

Innsamling av data ble gjort gjennom semistrukturerte intervju. Semistrukturert vil si at intervjuet foregår tilnærmet som en vanlig samtale, og i overensstemmelse med intervjuguide og forhåndsbestemte tema (Kvale & Brinkmann, 2012). En av informantene valgte å komme til helse- og sosialkontoret, de fem andre foretrakk at intervjuet ble gjort hjemme hos dem. Alle intervjuene ble gjennomført uten andre personer til stede enn informant og intervjuer. Det ble vurdert som mest hensiktsmessig å gjøre digitale opptak. Da kunne konsentrasjonen rettes fullt og helt om selve samtalen samtidig som alt som ble sagt var dokumentert på diktafon. Alle intervjuene ble egenhendig transkribert av intervjuer innen få dager etter utført intervju. Intervjuene ble utført ved bruk av intervjuguide (se vedlegg).

Spørsmålene i intervjuguiden var inndelt i 3 temaer:

- 1) Hvilken betydning har hverdagsrehabilitering hatt for deg?
- 2) Hvordan har du klart å opprettholde de aktiviteter du vektla som viktige for deg?
- 3) Hvordan har du opprettholdt sosial deltakelse?

Underspørsmålene var rettet mot å få informanten til å fortelle fra tiden med hverdagsrehabilitering, hva de opplevde å oppnå gjennom tjenesten og hvordan de fungerer og har det i dag. Har de klart å opprettholde de aktiviteter og gjøremål de selv vektla som viktige og hvordan har de eventuelt klart å opprettholde disse? I tillegg omhandlet noen spørsmål sosial deltakelse, hvorvidt sosiale aktiviteter var viktig for den enkelte og i hvilken grad de opprettholdt sosial deltakelse i dag.

Erfaringen jeg gjorde gjennom de første intervjuene var at jeg i liten grad benyttet spørsmålene i intervjuguiden, fordi det ikke falt seg naturlig. I stedet brukte jeg mer temaoverskriftene i intervjuguiden som en overordnet struktur for de temaer jeg prøvde styre samtalen/ intervjuet innom.

Intensjonen var å stille mest mulig åpne spørsmål som ansporet informantene til å snakke fritt og gi rike beskrivelser av egne erfaringer. Når man i ettertid leser gjennom de transkriberte intervjuene ser man at de fleste spørsmålene er stilt som ja/nei spørsmål

og ikke åpne ”hva” og ”hvordan” spørsmål. Opplevelsen underveis i intervjusituasjonen var likevel at informantene fortalte relativt fritt fra sine erfaringer, som regel om hele hendelsesforløpet, fra den utløsende hendelsen og forløpet gjennom ulike instanser og institusjoner de var i kontakt med inkludert hverdagsrehabilitering, til hvordan hverdagen deres fungerer i dag.

3.3. Analyse:

Dataanalysen ble utført etter inspirasjon av Graneheim og Lundman (2004) sin modell for kvalitativ innholdsanalyse. Graneheim og Lundman (2004) skiller mellom manifest og latent innhold i teksten. Manifest innhold refererer til det åpenbare og synlige i teksten, altså det teksten sier. Latent innhold handler om den underliggende mening i teksten. I analyseprosessen er både manifest og latent innhold et resultat av tolkning, men dybde og nivå av abstraksjon er ulik.

Første trinn i analyseprosessen handlet om å bli kjent med datamaterialet. Det ble lest gjennom alle intervjuene flere ganger for å danne seg et helhetsinntrykk av materialet. Malterud (2013) påpeker at i trå med fenomenologisk tilnærming, skal vi på dette stadiet ”*arbeider aktivt for å sette vår forforståelse og teoretiske referanseramme i parentes.*” Det handler om å kunne oppfatte hva informantene faktisk formidler, kunne høre deres stemme.

I neste trinn ble fokus rettet mot å identifisere meningsbærende enheter i teksten. En meningsenhet er en samling ord eller uttalelser som relaterer til den samme sentrale mening i teksten (Graneheim og Lundman (2004)). Hvert intervju ble gjennomlest flere ganger og fargekoder ble brukt med utgangspunkt i fellestrekk, for å markere avsnitt, ord og utsagn som kunne tenkes å kaste lys over problemstillingen. De markerte områdene i teksten ble systematisk inndelt i meningsenheter, gruppert etter fellestrekk som ble fordelt på tre ulike hovedområder. Deretter ble teksten i meningsenheten gjennomgått og fortolket til kondenserte meningsenheter og koder. Kondensert meningsinnhold er en forkortet tekst med færre ord, men der meningsinnholdet i den opprinnelige teksten er bevart. Samme meningsinnhold blir uttrykt med færre ord. Koder gir kortfattede betegnelser på meningsenhetene som må forstås i relasjon til konteksten, og omtales som verktøy til å tenke med.

Som del av dette arbeidet ble de utvalgte avsnittene og tekstutdragene kopiert over i en tabell med tre kolonner for hvert av konseptene. Meningsenheter, kondenserte meningsenheter og koder referer til det manifeste innholdet, ifølge Graneheim og

Lundman (2004), og tabellen gav en grei oversikt over det analyserte datamaterialet så langt.

Siste trinn i prosessen var å sortere kodene i kategorier og i overordnede tema.

Kategorier og tema refererer i følge Graneheim og Lundman (2004) til det latente meningsinnholdet i teksten som innebærer en større grad av abstraksjon. Som Kvale og Brinkmann (2012) beskriver det går fortolkningen ”utover det som direkte blir sagt og finner frem meningsstrukturer og betydningsrelasjoner som ikke fremtrer umiddelbart i en tekst.” Kategori svarer på spørsmålet ”hva” og tema svarer på ”hvordan”. Temaet er uttrykk for den røde tråden av underliggende mening som går gjennom meningsenhetene, kondensert meningsenhet, koder og kategorier. På dette trinnet skal det vurderes hvilke koder som kan høre sammen under samme kategori, og reflektere over hvilke begrep som best kan betegne den underliggende røde tråden, altså hva temaet heter. Også på dette stadiet ble det laget tabeller for å sortere og kategorisere de ulike kodene for at den underliggende (latente) meningen lettere kunne tre fram. Det ble nødvendig å gå flere runder med overveielser på dette trinnet før tema og undertema framsto som tilstrekkelig dekkende for å beskrive det som ble vurdert som helheten i datamaterialet.

Eksempel på tabell med tema og undertema:

Tema 1: Betydningen av indre forhold hos bruker	
Subtema Og koder	Behov for trygghet: <ul style="list-style-type: none">- Tillitt/ manglende tillitt til egen mestring.- Overvinner utrygghet med støtte fra helsepersonell.- Er forsiktig med alt som følge av frykt for å falle.- Stoler ikke på seg selv, har sluttet å gå ut alene.- Erfaring med plutselig fall uten forvarsel gir frykt for nye fall.
	Behov for kontroll over eget liv: <ul style="list-style-type: none">- Redd for å være til belastning for omgivelsene.- Føler seg ikke vel å gå med krykker ute blant andre.- Er livredd for å bli sittende.

3.4. Validitet og reliabilitet

Validitet og reliabilitet handler om hvorvidt resultatene av en forskningsstudie kan regnes som gyldige og pålitelige. Kvalitativ forskning krever andre framgangsmåter enn kvantitativ forskning for å vurdere validitet og reliabilitet. Vurderingene vil i større grad basere seg på om det er grunnlag for å si at forskningen er utført på en tillitvekkende og

pålitelig måte. Validitet handler om i hvilken grad en metode undersøker det den sier den undersøker (Kvale & Brinkmann (2012). Malterud (2013) sier at spørsmålet om gyldighet leder til et krav om konsistens, at det går en synlig rød tråd gjennom forskningsprosjektet, som er den logiske forbindelseslinjen mellom problemstillingen og de teorier, metoder og data som fører fram til resultatene. Thagaard (2013) peker på at gjennomsiktighet er med og styrker påliteligheten. Jeg har med tanke på dette lagt vekt på å beskrive de forhold i forskningsprosessen som har betydning for resultatene som er frambrakt, som utvelgelse av informanter, egen posisjon til forskningsfeltet, forforståelse og analyseprosessen. Ved at man tydeliggjør grunnlaget for fortolkninger og redegjør for hvordan analysen gir grunnlag for konklusjoner, kan den kritiske leser etterprøve de valg og vurderinger som er gjort underveis. Dette er forhold som kan styrke påliteligheten. Som Malterud (2013) påpeker handler det om at forskeren viser evne og vilje til å være selvkritisk og sette spørsmålstegn ved egne framgangsmåter og konklusjoner. Spørsmålet vil dreie seg om i hvilken grad metoden og referanserammen man har valgt er egnet til å gi gyldige svar på de spørsmål som er stilt.

Kvale og Brinkmann (2012) viser til at for å styrke validiteten underveis i en intervjusituasjon kan man stille kontrollspørsmål til informantene ” har jeg forstått deg rett når..., ?” eller ”er det slik å forstå at du....?”. Dette var jeg bevisst på å forsøkte gjøre i alle de 6 intervjusituasjonene, særlig når informantene kom med uttaler og beskrivelser som kunne belyse problemstillingen for studien.

Thagaard (2013) peker på at det er viktig at forskeren beskriver egen posisjon til forskningsfeltet og relasjon til deltakerne. I mitt tilfelle forsket jeg på eget fagfelt. Jeg hadde et ansettelsesforhold innen fagfeltet i samme kommune som informantene tilhørte. Altså var det sannsynlig at jeg hadde vært i kontakt med og tildelt tjenesten hverdagsrehabilitering til noen av informantene. Dette forholdet gjør det viktig å være seg bevisst sin egen forforståelse av de forhold og sammenhenger man ønsker å søke ny kunnskap om. Forforståelse er i seg selv ikke noe negativt men representerer en fare for å begrense evnen til å være åpen for å fange opp uventede sider av datamaterialet. Som Thagaard (2013) sier kan dette forbygges hvis forskerens har et aktiv og bevisst forhold til egen forforståelse.

De refleksjoner jeg har gjort rundt egen forforståelse handler blant annet om faren for at jeg forventet positive resultat i form av positive tjenestemottakere som bekrefter at hverdagsrehabilitering har ført til et bedre funksjonsnivå og økt mestring av

hverdagsaktiviteter. I dette ligger også faren for å fortolke uttalelser på en måte som bekrefter egne antagelser og forventninger til resultatet. For å forhindre dette er det forsøkt å vektlegge en grundig analyseprosess med spesiell oppmerksomhet på forhold som ble omtalt som mindre tilfredsstillende.

Ideelt sett burde utvalget av personer som ble tatt ut for intervju være brukere som jeg ikke hadde vært involvert i gjennom jobben å vurdere og innvilge hverdagsrehabilitering. Dette ble vurdert, men lot seg vanskelig gjennomføre da tjenesten fortsatt var nyetablert og gruppen tidligere tjenestemottakere med aktiv tjeneste for 6-10 måneder siden, ikke var så stor. Å utelukke de jeg hadde vært i kontakt med ville begrense utvalget betraktelig. Ulempen er faren for at informantene ville ”please” intervjuer gjennom å være overdrevent positive i sine vurderinger og beskrivelser. I og med at ikke jeg var en av utførerne av tjenesten og slik sett ikke representerte selve tjenesten, opplevde jeg ikke dette som et hinder for at bruker var ærlig under intervjuet. Noen av de jeg hadde møtt tidligere spurte riktignok om vi hadde møttes før, fordi de dro kjensel på meg.

Det er blitt sagt om dagens eldregenerasjon at de tilhører en generasjon som ikke er vant til å stille krav, og at har en holdning til autoriteter som tilsier tilbakeholdenhet med å uttale seg kritisk. I denne forbindelse var det særlig viktig under intervjuene å være seg bevisst å ikke stille ledende spørsmål som uforvarende kunne påvirke svarene. Tanken var i utgangspunktet å stille mest mulig åpne spørsmål som ansporet informantene til å komme med utfyllende beskrivelser av sin situasjon og sine erfaringer. I praksis ble det i stedet stilt flest lukkede spørsmål som kan svares med et ja eller nei. Årsaken til dette handler både om at intervjuer er nybegynner, at spørsmålet i en del tilfeller hadde til hensikt å være kontrollspørsmål for å validere informantens uttalelser, og at det opplevdes nødvendig for å lede intervjuer inn mot det aktuelle temaet når samtalen hadde fjernet seg for mye fra dette. Det var også en erfaring at informantene ikke alltid forsto spørsmålet når det ble brukt åpne formuleringer, noe som i fortsettelsen ledet intervjuer til å stille mer konkrete ja/nei spørsmål. Dette ble gjort fordi det ble vektlagt å skape en god atmosfære under intervjuet der informantene kunne føle seg trygge og godt ivaretatt.

3.5. Forskningsetiske retningslinjer

Før studieprosjektet kunne påbegynnes måtte det avklares om prosjektet trengte godkjenning fra regional etisk komite (REK). Det ble sendt en framleggingsvurdering til REK. Svaret fra REK var at prosjektet ikke ble vurdert som framleggingspliktig (se vedlegg). Prosjektet ble videre meldt inn til Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste (NSD) som samtykket til deltagelse (se vedlegg). Det ble også innhentet tillatelse fra den øverste ledelsen for helse- og omsorgstjenesten i den aktuelle kommunen, til å kontakte tidligere tjenestemottakere for datainnsamling (se vedlegg).

Etiske retningslinjer for kvalitativ metode krever at konfidensialiteten til informantene blir ivaretatt (Thagaard, 2013). De internasjonale retningslinjene for forskning, Helsinkideklarasjonen, legges til grunn for de etiske vurderinger som gjøres i studien. Helsinki-deklarasjonen slår fast at: «I medisinsk forskning som omfatter mennesker, skal hensynet til forsøkspersonens velferd gå foran vitenskapens og samfunnets interesser.»

Det kan oppstå etiske dilemma når det skal vurderes hvor mye av personlige opplysninger som skal komme fram for å belyse funnen på den ene siden, og hensynet til konfidensialitet på den andre. I forbindelse med presentasjonen av funnen er det gjort avveininger omkring disse forhold der hensynet til informantenes konfidensialitet har veid tyngst. Det er beskrevet noen helsemessige forhold ved enkelte av informantene for å sette funnene inn i en større kontekst, for å gi funnene den rettmessige mening. Med bevissthet om først og fremst å ivareta informantenes anonymitet nevnes forhold ved den enkeltes helse i generelle vendinger som at informanten har opplevd fall og brudd, eller svekkelse etter lang tids sykdom. Det er vurdert at dette er helseutfordringer som er så utbredt blant eldre at opplysninger om dette ikke avslører identiteten til den enkelte. Vedrørende andre forhold rundt informantene som beskrives er det også lagt vekt på å anonymisere informantene i størst mulig grad, slik at det ikke er mulig for leserne å gjenkjenne hvem som er blitt intervjuet.

De digitale opptakene av intervjuene ble underveis i arbeidet med analyseprosessen oppbevart på trygt sted uten tilgang for andre enn intervjuer. Ved avsluttet arbeidet med prosjektet blir lydopptakene slettet.

4. PRESENTASJON AV FUNN

I dette kapittelet presenteres funnene i studien. Gjennom analyseprosessen er materialet delt inn i meningsenheter, fortettet meningsenheter, koder og kategorier. Videre har disse resultert i to hovedtema som kan betegnes som en del av det latente innholdet i teksten. Temaene omhandler hvilke forhold som har betydning for hvordan brukerne opprettholder hverdagslige gjøremål, og skiller mellom indre forhold og ytre forhold. Skillet mellom indre og ytre forhold er i realiteten kunstig da indre og ytre forhold påvirker hverandre. Det ene har betydning for det andre. Delingen i to tema er først og fremst gjort for å systematisere og lettere få oversikt over materialet.

Oversikt over tema og subtema som resultat av dataanalysen:

Tema 1	Indre forhold som har betydning for deltagelse i hverdagsaktiviteter			
Subtema	Betydningen av trygghet	Betydningen av synet på egen helse	Betydningen av motivasjon	Behovet for kontroll over eget liv
Tema 2	Ytre forhold som har betydning for deltagelse i hverdagsaktiviteter			
Subtema	Betydningen av støtte fra helsepersonell		Sosialt nettverk	

Funnene presenteres under hvert hovedtema og tilhørende undertema. Både positive og negative forhold tilknyttet de ulike undertema blir presentert. Det er tilstrebet at informantenes stemmer blir gjengitt mest mulig slik de kom til uttrykk under intervjuene.

4.1. Indre forhold av betydning for deltagelse i hverdagsaktiviteter

Dette temaet handler om hvilke forhold hos brukerne selv som ble avdekket at hadde betydning for deltagelse i hverdagslige gjøremål. Informantene håndterte hverdagen sin på ulike måter og det kom fram at sentrale forhold av betydning blant annet handlet om hvordan bruker vurderte og erfarte egne ressurser og begrensninger.

4.1.1. Betydningen av trygghet

Betydningen av trygghet kom særlig til uttrykk gjennom beskrivelser av konsekvensene av manglende tryggheten. 4 av de 6 informantene hadde opplevd fall som førte til brudd. Et gjennomgående forhold hos disse var at frykten for å falle preget hvordan de

håndterte daglige gjøremål og var blitt mer forsiktige i alt de gjorde. Noen hadde sluttet å gjøre en del av det de tidligere pleide gjøre. Selv om de var fysisk i stand til å klare utføre den aktuelle aktiviteten lot de være i frykt for å falle. I hvilken grad den enkelte hadde endret aktivitetsvaner syntes henge sammen med omstendighetene rundt fallet. Den av informantene som hadde de største endringene i livsførsel før og etter, var også den som hadde det mest uforståelige fallet. Uten noe form for forvarsel hadde hun falt hjemme mens hun sto stille. Det samme hadde hun opplevd en gang tidligere, også da med brudd som resultat. Vedkommende uttalte følgende: *”...jeg er fremdeles ikke flink til å gå ute. Jeg må ha noen med meg når jeg går, for jeg stoler ikke på meg selv når jeg går. Jeg er redd! Så jeg går ikke langt. Går og henter posten.”*

Hun fortalte at hun var blitt forsiktig med alt, og hadde i stor grad sluttet å gå hjemmefra på egen hånd. Hun gikk ikke lenger tur, hadde sluttet å ta bussen og deltok bare på tilstelninger en sjelden gang, når noen kjører henne til og fra. Hun uttalte: *”Målet det var jo å bli selvstendig. Det å klare seg. Det var jo det det gikk på. Og jeg klarer meg jo sånn sett, men jeg er ikke noe aktiv.”* Også hjemme hadde vaner endret seg: *”Jeg er redd å gå i kjellertrappen og, så jeg vasker ikke lenger klær.”*

En annen informant fortalte at hun over lengre tid hadde vært plaget med svimmelhet, og som følge av dette vært engstelig for å falle. Da det så skjedde at hun falt og pådro seg brudd, fikk det konsekvenser for trygghetsfølelsen hennes. Hun sa: *”Tryggheten for ikke å falle, det er den jeg har mista litt nå. Forstår du, jeg er mye reddere nå enn jeg var, så det var veldig tøft. Selv om jeg var vel vant med å svimle og sånn.”*

En tredje informant fortalte at hun hadde snublet i heisen der hun bor og slått seg kraftig. Opplevelsen gjorde henne redd for å ta heisen igjen. Gjennom perioden med hverdagsrehabilitering ble det lettere å ta heisen, i tillegg til at balansen ble bedre og gangfunksjonen mer stødig. Frykten for å falle var derimot fortsatt til stede og skapte hindringer, som hun uttrykte på følgende måte: *”De oppfordret meg til å gå ut å gå tur. Det klarte jeg en periode, men hodet mitt ville ikke. Jeg var redd for å falle. Jeg trives ikke med det. Jeg er engstelig, også selv om jeg har rullator”.*

Funnet tyder på at selv om begrensninger som dårlig balanse og frykt for å ta heisen er redusert, så mangler den nødvendige tryggheten. Alle disse informantene er stort sett selvhjulpne i daglige gjøremål hjemme, men hendelsene har medført endringer i daglige

rutiner og vaner. Endringene dreier seg mest om i hvilken grad de på egen hånd kommer seg ut for å gå tur, utføre ærend eller delta på sosiale møteplasser. Betydningen av trygghet kom også til uttrykk gjennom en informant hvor omstendigheten ikke handlet om fall og brudd. Hun var betydelig svekket etter lang tids sykdom som gjorde evnen til å mestre daglige gjøremål betraktelig redusert den første tiden etter hjemkomst. Hun sa:

Jeg hadde ikke kjørt bil på lenge. Visste ikke om jeg turte kjøre bil.(...) Hun (helsepersonalet) satte seg inn først og kjørte. Så satte jeg meg inn etterpå og kjørte selv, og da hadde jeg gjort det. Og visste at jeg mestret det alene.

Informanten beskrev en indre sperre og manglende tillitt til egen mestring som hadde oppstått i kjølvannet av lang tids sykdom. Det var ikke fysiske årsaker som hindret hennes evne til å kjøre bil, men en manglende tryggheten på egen mestringsevne.

4.1.2. Betydningen av synet på egen helse

Noen av informantene vektla betydningen av egen helse. En fortalte at hun opplevde en klar forbedring med balansen som følge av hverdagsrehabilitering, men andre kroppslige svekkelser var til hinder for at hun likevel klarte være så aktiv som hun ønsket. Hun uttalte: *”Det var absolutt forbedring. En dag skulle vi gå ned til butikken, men så langt kom vi ikke. Jeg klarte det ikke. Knærne mine ville ikke, jeg verket så fryktelig.”* Hun mente at hun var blitt for gammel til å kunne forvente en reell forbedring. Hun sa: *”Men jeg er for gammel, for jeg har problemer med synet og det virker inn på balansen og.”* Videre fortalte hun at hun kjente på ubehag i kroppen som kunne oppsto når hun var i aktivitet. Dette gav bekymringer som ble til hinder. *”Det er en nummenhet. Det er ikke direkte vond smerte, men det er ubehagelig, kanskje pustebesvær, sånn at jeg føler nei, dette klarer jeg ikke, nå må jeg sette meg ned.”*

Helsemessige forhold kan også handle om positive forbedringer man ikke hadde forventet. En informant fortalte at hun hadde sterke smerter i en hofte som verket natt og dag. Likevel utsatte hun i det lengste å foreta proteseoperasjonen som var anbefalt. Da hun til slutt tok skrittet og fikk utført operasjon, erfarte hun et ukomplisert og smertefritt forløp i etterkant.

Jeg har ikke treget en dag at jeg gjorde det. Jeg har ikke hatt smerter en dag! Jeg sto opp av sengen første dagen og sier: ja, kan jeg stå opp og gå på den foten? Ja nå skal du opp og gå, sa de. Ja ja, jeg må bare gå da. Reiste meg opp

og gikk med prekestolen en dag, så var det gjort. Så gikk jeg med rullator, full fart!

Bekymringene hun hadde rundt operasjonen i forkant som forhindret henne å ta imot tilbudet om operasjonen, ble snudd til en utelukkende positiv erfaring. Hun beskrev seg som et nytt menneske etter operasjonen.

4.1.3. Betydningen av motivasjon

Betydningen av motivasjon kom til uttrykk på ulike måter. Flere av informantene kunne fortelle om tidligere erfaring med trening som hadde gitt forbedringer. Disse erfaringene syntes å gi motivasjon og pågangsmot for målrettet innsats. En av informantene fortalte om forbedringen hun opplevde etter 6 uker med trening under et rehabiliteringsopphold: *”Jeg var så lett på foten, jeg var ikke svimmel en gang. Danset swing og følte meg som jeg var 17 igjen. Og kom hjem og alt var så rosenrødt. Så det oppholdet for meg var gull verdt altså!”*

Da hun etter dette falt og pådro seg brudd, var hun veldig motivert for opptrening med fokus på å kunne fungere som hun gjorde før. *”Vi sto med kjøkkenbenken og forskjellig, med stoler og sånn. Og det gikk jo så veldig fint. Men det var jo for at jeg måtte ha tro på trening. Jeg har veldig tro på trening og gåing og alt mulig.”* Det var viktig for denne informanten å komme i gang med opptreningen, og det kan synes som at motivasjonen hennes hang sammen med tidligere erfaring om at trening nytter. Samtidig poengterte hun at det var nødvendig med oppfølging av helsepersonell. *”Jeg er litt lat egentlig, så jeg er ikke så flink til å trene alene. Selv om hun var motivert for å trene kunne hun ikke alene klare å ta ansvar for å følge opp nødvendig innsats.*

En annen informant gav uttrykk for hvor fornøyd han var med framgangen han opplevde, under et rehabiliteringsopphold i institusjon i perioden etter hoftebruddet. Fra i starten å ha behov for mye hjelp og støtte i de fleste situasjoner, ble han ved hjelp av trening selvhjulpen i egenomsorg og forflytning. Etter relativt kort tid gikk han selvstendig med støtte av rullator, fra knapt å kunne stå oppreist i starten. Denne erfaringen med store framskritt gjennom målrettet trening syntes å ha gitt motivasjon til å innføre rutine med daglig turgåing. Han uttalte: *”Det er klart det nytter å trene. Etter den forrige operasjon, i kneet, var jeg lite grann lat. Det var derfor jeg begynte å gå til butikken hver dag. Noen ganger skal jeg ha nesten ingenting i butikken, men går likevel.”* Uttalelsene tyder på at erfaringen han høstet om at trening ga han en betydelig

bedre funksjonsevne, har gitt han motivasjon til å gå daglige turer utendørs. Han hadde mål han fortsatt jobbet med å strekke seg mot, og i den sammenheng var det viktig for han å opprettholde aktiviteter som kunne bidra til den bedringen han håpet på. I tillegg til sine daglige turer hadde han gått på balansetreningskurs og til opptrening hos fysioterapeut.

Det kom også fram at ros og oppmuntring fra helsepersonell bidro til økt motivasjon for egeninnsats. En av informantene fortalte:

Det var jo mange trappetrinn, og første dag så sier jeg; skal jeg gå opp alle de trappene? Ja, sa hun, men hvis ikke du klarer mer, så snur vi. Å nei, sa jeg, jeg skal ikke gi meg, men gå til topps. Og gikk opp og ned og fikk veldig skryt. Og det tror jeg gjorde at; å nå skal jeg gå!

Den samme informanten nevnte flere ganger at hun ble stolt da hun underveis fikk skryt for innsatsen sin og trente mer enn det som ble forventet. Hun klarte også å nå målet sitt om en trygg gangfunksjon uten hjelpemidler innendørs, og uten å halte. Pågangsmotet hennes var av en slik grad at hun trente mye på egenhånd, utenom øktene med helsepersonell. Etter hvert var det hun som ledet an i treningen: ”Du er så god å trene, sa hun, at du klarer alt selv. Og det gjorde jeg, for når hun kom sa jeg: nå skal vi gjøre det og nå gjør vi det. Så det var festlig.” Det kom også fram at motivasjon for egeninnsats sprang ut fra ønsket om å nå viktige mål som å kunne gå tur og kjenne seg trygg.

4.1.4. Behov for kontroll over eget liv

Behovet for kontroll over eget liv handler blant annet om forhold som påvirker de hensyn man tar for å ivareta egen verdighet i møte med en svekket funksjonsevne. Det er forhold som påvirker den enkelte i sine valg, både i retning av å hemme og fremme til helserelatert atferd. En av informantene fortalte at hun hadde sluttet å delta på sosiale tilstelninger som pensjonisttreff, slik hun gjorde gjøre før. Hun uttalte i den sammenheng: ”Jeg føler meg ikke vel med å gå rundt med krykke, jeg må si det. Så det er bare min egen feil. Men men, jeg lever godt uten.”

Uttalelsen kan tyde på at informanten opplever det å gå med krykke ute blant folk som så belastende, at hun heller velger å holde seg borte fra de møteplasser hun tidligere deltok på, og blir hjemme. Denne informanten fortalte at hun var generelt mindre aktiv, fordi hun var redd for å falle. Å ikke føle seg vel med krykke handler om noe annet enn

frykt for å falle. I stedet for at krykken oppfattes som en ressurs som gir vedkommende økte muligheter for deltagelse, oppleves den som noe som begrenser henne. Dette kan tyde på at krykken ses på som et symbol som signaliserer noe hun ikke kjenner seg igjen i, for eksempel skrøpelighet. For å ivareta egen verdighet velger hun da heller å holde seg hjemme og utebli fra sosiale møteplasser. Ganghjelpemiddelet representerer da en begrensning, i stedet for noe som åpner for økt deltakelse.

En annen informant hadde en annen tilnærming til å få kontroll over eget liv. Hun uttalte følgende: *”...og så er jeg så livredd for å bli sittende.”* Hun hadde falt og pådratt seg brudd, tillegg til utfordringer med tretthet og svimmelhet. For henne var det viktig å overvinne utfordringene dette gav henne, og komme tilbake til det funksjonsnivået hun opplevde var normalen for henne. Hun fortalte at hun gikk tur nesten daglig, opp mot en times varighet, med rullator eller med staver. Sett fra utsiden synes hun å klare seg godt på tross av de helsemessige utfordringer hun har. Hun har nådd målene hun satte seg når det gjaldt aktiviteter som var viktige å mestre. Likevel uttrykte hun en utilfredshet med hvordan hun opplevde hverdagen sin. *”Hvis jeg bare kan bli litt mindre trøtt og svimmel og sånn(....) Jeg vil at jeg skal komme tilbake sånn at jeg kan gå ut med venninner og kan stelle hjemme.”* Dette kan tyde på at hun ikke opplever å ha den kontrollen over eget liv og hverdag som er viktig for henne å ha. Hun håndterte denne utilfredsheten med å være aktiv og gjøre det hun trodde kunne bringe henne mot målet sitt.

Behovet for kontroll kommer også til uttrykk gjennom en informant som gav uttrykk for at han er opptatt av ikke å være til belastning for omgivelsene sine. Etter rehabiliteringsoppholdet i institusjon som følge av fall som medførte brudd, så han fram til å komme hjem. Men han var veldig spent på hvordan han ville klare seg hjemme med forflytning inn og ut av senga, og med å dusje og stell seg på badet. Han sa: *”Jeg lengtet hjem helt enkelt, men jeg ville ikke belaste kona mi heller. Jeg ville beskytte henne.”* I den sammenheng fortalte han med stolthet at han nå daglig tilbereder frokost: *”Jeg stiller i stand frokost hver morgen! Til kona, og det er hun meget begeistret for. Og da bruker jeg denne (rullatoren). For da må saker og ting fra kjøleskapet.”* Vedkommende fortalte også at han pleide delta på en ukentlig samling hvor det spilles et utendørsspill. Etter hendelsen med bruddet har han ikke vært i stand til å delta i selve aktiviteten, men han møtte opp likevel og deltok sosialt. Målet hans var å kunne være

med i selve spillet, men han uttalte følgende: ” *Jeg skal vente til været blir varmere, så skal jeg våge meg utpå. De har laget en trapp til meg, til og med. Så det er målet, men på den andre siden vil jeg ikke være til heft for noen.* ”

Uttalelsene kan tyde på at han var opptatt av å bevare egen verdighet ved å samhandle med omgivelsene på en slik måte at han ikke oppleves som en belastning eller byrde for menneskene rundt seg. Selv om det legges til rette for at han kan klare delta på sine premisser, så holder han tilbake til han kjenner seg klar. Det kan synes som hans vurderingen av når han er klar, veies opp mot i hvilken grad han kan bli oppfattet som en som hefter de andre. I forholdet til kona ønsket han en likeverdighet, der ikke hun blir omsorgsperson og han den som mottar omsorg. Dette framstår som viktig for denne informanten og kan ses på som en ivaretagelse av egen verdighet under omstendigheter med et redusert funksjonsnivå.

4.2. Ytre forhold av betydning for opprettholdelse av hverdagsaktiviteter

Temaet ytre forhold handler om forhold i brukernes omgivelser og miljø som har innvirkning på hvordan brukerne har opprettholdt hverdagsaktiviteter de vektla som viktige. Sosial støtte fra ens sosiale nettverk er det ene undertemaet og det andre omhandler betydningen av støtten fra hverdagsrehabilitering.

4.2.1. Sosialt nettverk

Betydningen av å ha et sosialt nettverk å spille på kom til uttrykk på flere ulike måte. Aspekt som kom fram var verdien av å ha noen å gjøre ting sammen med, betydningen av å ha nære som kan gi hjelp og som man selv kan bety noe for, samt hva det kan bety å ikke ha et sosialt nettverk å støtte seg til i gitte situasjoner.

En av informantene beskrev hva det betydde for henne at pårørende stilte opp og bidro. *Jeg har bestemt meg, jeg skal på et hagelagsmøte i hvert fall, nå i februar. Da har sønnen min lovet han skal kjøre meg og hente meg. Han er veldig snill, det er kjekt. Det er ikke noe syting.* ”

En fortalte at de er en vennegjeng som hver uke pleier møtes på kafé i byen. De tar drosje sammen, har hyggelig samvær med mat og kaffe på kafé, og får gjort ærend på apotek og i butikker før de reiser hjem i felles drosje. Hun fortalte at de gjennom mange år har hatt forening og pleid å møtes hjemme hos hverandre. Nå nærmer de seg alle 90 år og orker ikke lenger stelle i stand hjemme. I stedet treffes de fast på kafé.

Informanten sier følgende om hva disse treffene betyr for henne: ” *Jeg synes den onsdagen er veldig viktig. Da føler jeg at det er en god dag, og jeg er fornøyd med alt.* ”

Uttalelsen kan tyde på at det faste kafétreffet betyr mye for hennes livskvalitet. Hun kommer ut, treffer gode venner, får gjort nødvendige ærend, og har dette å se fram til hver uke. ”*Jeg har sagt det hele veien til de andre; vi må komme oss ut den onsdagen og se andre folk. Kan ikke bare sitte her og se på veggen.*”

Flere av informantene var opptatt av å gå regelmessig på tur for å opprettholde god helse og en god gangfunksjon. Å ha noen å gå tur sammen med syntes være av stor betydning for i hvilken grad de klarte opprettholde regelmessige vaner med turgåing. En av informantene fortalte at hun var med i en turgruppe i regi av Skipper Worse. Hun sa: ”*Jeg går med turgruppe på Skipper Worse hver uke, og da kan vi gå opptil en time. Og det er veldig OK, for det er sosialt og vi går og går i allslags vær. Så det er veldig bra.*”

En annen fortalte at det ble vanskelig å gjennomføre egentrening og turgåing regelmessig når hun skulle gjøre dette alene. ”*Jo jeg trente til å begynne med, og hvis jeg da fikk noen dager jeg ikke var så bra at jeg ikke orket å trene, da var det et ork å begynne på an igjen.*” Informanten mente at det burde arrangeres gruppesamlinger for eldre med dårlig gangfunksjon der man trente sammen. Det ville både være hyggelig sosialt og gjøre det lettere å motivere seg, trodde hun.

4.2.2. Støtte og oppfølging fra helsepersonell

Funnene det refereres til her omhandler informantenes erfaringer med hverdagsrehabilitering, og hvilken betydning støtten og oppfølgingen de fikk den aktuelle perioden hadde for dem. Det kom tydelig fram at oppfølgingen var viktig for flere av informantene for å komme i gang med det de visste var nødvendig og hensiktsmessig å gjøre i sin situasjonen. En mente at hverdagsrehabilitering var absolutt nødvendig for at hun skulle klare å komme i gang. Hun hadde lite krefter, kjente seg motløs, hadde vondt for å bevege seg, og var redd for å falle. Hun sa: ”*jeg trengte det for å komme opp av stolen.*” Hun hadde tro på trening, og ville trene: ”*Jeg har veldig tro på trening, og gåing og alt mulig, men jeg er litt lat egentlig så jeg er ikke så flink til å trene alene.*”

En annen uttalte: ”*Det at det kom noen som dro meg ut, så jeg slapp liksom gjøre ting alene betydde mye. Det er ikke så enkelt etter å ha vært så syk som jeg var.*”

Informanten påpekte at framgang og mestring av hverdagsaktivitet som hun erfarte, ikke hadde kommet så raskt uten støtte og oppfølging.

En annen informant kunne fortelle at etter hverdagsrehabilitering med daglige turer til butikken, fortsatt han på egen hånd alene, å gå den daglige turen til butikken. Han sa: *”Jeg oppnådde selvstendighet. I og med at vi gikk og handlet og sånne ting, så gjorde det at når hun ikke var der lenger, så gjorde jeg det bare selv.”* Han gikk daglig tur, og gjorde innkjøp på nærbutikken. Selv om han fortsatt hadde utfordringer med gangfunksjonen sin, gikk seint og brukte lang tid, holdt han fast ved den daglige rutinen som var innført. Han håpte stadig å bli bedre og hadde mål han strakk seg mot.

Neste informant pekte på at ros og oppmuntring fra helsepersonell ga henne motivasjon til målbevisst innsats mot å nå målet sitt om en trygg gangfunksjonen. Hun sa: *”Jeg føler at jeg ble bedre i det hele tatt, både i hele meg og med gåingen. Det var jo det. Så jeg følte jeg hadde god hjelp av den treningen.”* Dette tyder på at hun erfarte at innsatsen hun la for dagen lønnet seg i form av måloppnåelse og mestringsfølelse. Informanten gav uttrykk for at hun syntes hun hadde en god hverdag, og var selvhjulpen og aktiv.

En annen gav uttrykk for at det var godt å få støtte den første tiden etter hjemkomst, da hun kjente seg utrygg og var redd for nye fall. Men samtidig var hun i ettertid usikker på om hun heller burde oppsøkt fysioterapeut med en gang. *”...for det blir jo ikke så voldsomt mye av det, kan du si, den rehabiliteringen.”* Til tross for dette syntes hun det var en lettelse når hverdagsrehabilitering ble avsluttet: *”det ble gjerne litt sånn masete hver eneste dag”*. Hennes mål handlet om å bli trygg og selvhjulpen i daglige gjøremål i hjemmet. Som hun sa: *”Jeg er veldig nervøs for å dette igjen, så jeg er veldig forsiktig med alt. (...) Jeg klarer meg jo sånn sett, men er ikke noe aktiv.”* Selv om hun hadde nådd sitt viktigste mål om å være selvhjulpen i det daglige kan det synes som hun ikke er helt tilfreds med egen fungering, og det kan fornemmes en skuffelse over at hun ikke har nådd lengre og blitt bedre enn hun er.

5. DISKUSJON

Hensikten med denne studien var å søke kunnskap om brukernes erfaringer med hverdagsrehabilitering, og hvilke forhold som fremmer og hemmer brukernes deltagelse i hverdagsaktiviteter. I dette kapittelet blir funn i studien diskutert i lys av aktuelt teoretisk rammeverk, samt resultater fra tidligere forskning og rapporter.

Hovedfunnene i studien handler om hvilke forhold som har betydning for opprettholdelse av hverdagsaktiviteter. Funnene er delt inn i to hovedtema som skiller mellom indre forhold og ytre forhold ved brukerne, som har betydning. Kapittelet er bygget opp med utgangspunkt i tema og undertema slik funnene er presentert i tidligere kapittel.

5.1. Indre forhold hos bruker

Funnene i denne studien viser at forhold som har betydning for brukernes opprettholdelse av hverdagsaktiviteter i stor grad handlet om hvordan brukerne vurderte og erfarte egne ressurser og begrensninger i møte med hverdagens utfordringer. Det kom fram at alle informantene hadde oppnådd målet de hadde satt seg om å være selvhjulpne i daglige gjøremål knyttet til basalbehov som egenomsorg og trygg forflytning i hjemmet. Halvparten hadde offentlig hjelp til rengjøring, men alle disse hadde tjenesten fra tidligere. Den øvrige halvparten håndterte rengjøringen selv eller hadde pårørende som tok seg av det. Alle informantene hadde trygghetsalarm i perioden med hverdagsrehabilitering. Kun en av dem hadde avviklet denne tjenesten ved tidspunktet for intervjuet.

5.1.1. Betydningen av trygghet

Alle informantene kunne vise til områder med økt trygghet og mestring som følge hverdagsrehabilitering. De oppgav at de kjente seg tryggere og stolte mer på egen mestringsevne i ulike gjøremål. Flere av informantene hadde opplevd å falle og pådra seg brudd. Til tross for bedring etter hverdagsrehabilitering beskrev alle disse at de var blitt mer redde for å falle, og at de i ulik grad var blitt mer forsiktige i utførelsen av daglige gjøremål. For noen hadde frykten for fall ført til endrede vaner i hverdagen som at de hadde sluttet med aktiviteter og gjøremål de tidligere pleide gjøre, selv om de fysisk var i stand til å utføre disse. Funnet samsvarer med kjent kunnskap om at frykt for å falle gjør at mange eldre reduserer sitt aktivitetsnivå, og som følge får begrenset mulighet til sosial kontakt og opplevelser (Wyller, 2012). Inaktivitet kan i neste runde

føre til svekkelse av gangfunksjon som i sin tur øker faren for å falle. Et sentralt mål i opptreningen etter hoftebrudd er derfor en trygg gangfunksjon som gir mulighet til å holde seg aktiv, for på den måten å forbygge nye fall. Hansen (2015) viser til rapporter som dokumenterer at det for brukerne var en trygghet å vite at noen var til stede når en aktivitet skulle utføres første gang, når man kjente seg usikker etter sykdom eller uhell. Dette kunne være avgjørende for at man torde forsøke. Fürst og Høverstad (2014) peker også på at å skape trygghet for å bo og klare seg hjemme er vesentlig for å sikre motivasjon for hverdagsrehabilitering. Funnet i denne studien tyder på at man har lyktes med å skape trygghet for brukerne rundt det å klare seg selv hjemme, men når det gjelder deltagelse i aktiviteter utenfor hjemme er resultatene mer variert.

I hvilken grad frykten for å falle hadde ført til endret livsførsel hos informantene var varierende. En av dem håndterte sin situasjon med å oppsøke treningsgrupper og være aktiv med turgåing for å bedre egen funksjon. Hun viste med dette en problemorientert mestringsstrategi (Lazarus, 2009), der hun gjør aktive handlinger for å løse problemet som har oppstått etter at hun falt og pådro seg brudd. Selv om hun var i stand til å gå tur og være aktiv, var hun likevel ikke tilfreds med egen fungering og gjorde aktive grep for å redusere omfanget av dette. Informanten syntes å ha tro på egne ressurser og muligheter til å gjenvinne sitt tidligere funksjonsnivå, til tross for høy alder (over 80 år). Denne holdningen samsvarer med høy grad av mestringsstro (Daatland & Solem, 2011) som kjennetegnes ved forventninger om at man kan påvirke omgivelsene og bestemme over egen situasjon. Tidligere erfaring med at trening og egeninnsats gav uttelling, syntes være en sentral motivasjonsfaktor som gav henne tro på at det nytter å engasjere seg.

Daatland og Solem (2011) sier at en god mestring avhenger av at det er rimelig samsvar mellom de forventningene personen har, og de mulighetene omgivelsene gir, i dette tilfellet å bedre egen helse og funksjonsevne. For store forventninger om å kunne påvirke situasjonen kan føre til skuffelse og motløshet. I følge Daatland og Solem (2011) har forskning funnet at de som tilpasser sine mål til endringer som skjer gjennom aldringen, blir mindre deprimert og trives bedre enn de som forsøker å oppnå samme mål som tidligere. På bakgrunn av at denne informanten hadde lite tilfredshet med eget funksjonsnivå til tross for høyt aktivitetsnivå, kan vedkommende stå i fare for å bli motløs.

Det kan synes være en sammenheng mellom omstendighetene rundt fallet som medførte brudd og mestringsstilen i etterkant. Informanten som i størst grad hadde endret vaner og livsførsel som følge av frykt for å falle, hadde opplevd det mest uforståelige fallet. For andre gang falt hun uten forklarlig grunn mens hun sto stille. Informanten hadde en tilnærming til situasjonen som samsvarer med emosjonsfokusert mestring, slik Lazarus (2009) beskriver dette. Hun hadde i stor grad sluttet å gå ut uten følge. Som hun sa selv var hun ikke lenger aktiv, fordi hun var redd for å falle. I motsetning til forrige informant gav hun likevel uttrykk for å være tilfreds med situasjonen. Så lenge hun klarte seg hjemme spilte ikke alt det andre noen rolle, uttalte hun. I følge Lazarus (2009) handler mestring om en prosess som innbefatter en vurdering av ens egne muligheter for å gjøre noe med situasjonen som har oppstått. Man gjør en subjektiv egenvurdering av hvilke ressurser man har disponible. Dersom man opplever at situasjonen i liten grad kan endres på fordi man mangler tilstrekkelige ressurser i møte med omstendighetenes krav, vil emosjonsfokusert mestringsstrategi være hensiktsmessig og nyttig tilpasning til begrensede endringsmuligheter. I møte med erfaringen om å falle uten forklarlig grunn kan det være vanskelig å se hvilke ressurser man har til rådighet for å hindre at det vil skje igjen. Hennes mestring av situasjonen handlet i stor grad om å si til seg selv: ”det er ikke hvordan du har det men hvordan du tar det som teller”. Mestringsstilen samsvarer med stor grad av emosjonsfokusert mestring (Lazarus, 2009). Selv om hun er i stand til å gå med støtte av hjelpemidler, velger hun å holde seg mest hjemme. Det syntes i større grad å være hennes indre utrygghet enn fysiske begrensninger som hindrer henne i å delta i aktiviteter utenfor hjemmet. Bruker har nådd målet sitt om å være selvhjulpen i daglige gjøremål og uttrykker tilfredshet med det.

Som Daatland og Solem (2011) påpeker kan det til en viss grad være nyttig å tilpasse seg situasjonen i møte med alderdomssvekkelser gjennom emosjonsfokusert mestring, men dette kan også overdrives. I tilfellet med denne brukeren kan det synes som at den emosjonsfokuserede mestringsstrategien har fått overdrevent stor plass. Bruker gir inntrykk av å ha blitt såpass fysisk inaktiv at hun over tid står i fare for ytterligere svekket gangfunksjon som kan øke faren for fall. Fürst og Høverstad (2014) påpeker at det å skape trygghet for å klare seg i eget hjem er viktig for å sikre motivasjon for hverdagsrehabilitering. Man har i dette tilfellet lyktes med å oppnå trygghet for egenmestring i eget hjem, men samtidig kan det på sikt være uheldig at bruker i så stor grad har sluttet med aktiviteter som fremmer helse og trivsel.

5.1.2. Betydningen av synet på egen helse

En av informantene opplevde en klar bedring av balanse og gangfunksjon, men hadde andre kroppslige svekkelser som hindret aktivitetsutfoldelse. Hun var en av de eldste informantene i studien, nærmere 90 år, og mente selv at hun var blitt for gammel til å kunne forvente reelle forbedringer når det gjaldt aktivitet og deltakelse utenfor hjemmet. Funnet samsvarer med en nylig framlagt dansk rapport (Hansen, 2015) som viser at eldre som mener at egne svekkelser er en følge av høy alder, kan ha manglende motivasjon til rehabilitering eller aktivisering i daglige gjøremål. Det pekes på at hvis eldre har en oppfattelse av at høy alder begrenser deres muligheter for å gjenvinne funksjonstap, kan det sette begrensninger for hvor mye krefter som legges i opptreningen. Jamfør teorien om alderisme (Daatland & Solem, 2011) kan fordommer knyttet til høy alder skape negative forventninger, som påvirker eldre menneskers holdninger til egne muligheter for aktivitetsutførelse. En generell holdning blant folk flest om at eldre er skrøpelige og lite aktive kan prege den eldres selvoppfatning og bli til en selvoppfyllende profeti. Man forventer å være skrøpelig og handler deretter, noe som kan føre til økt passivitet og funksjonssvekkelse. Denne informanten gav uttrykk for å ha lave forventninger til egen mestringstro som kan ha sitt utspring i negative forventninger knyttet til høy alder.

Under perioden med hverdagsrehabilitering i denne studien, ble det gjort forsøk på å gå turer ute, men som hun sa opplevde hun at ”knærne ville ikke” og ”hodet mitt ville ikke” fordi hun kjente seg utilpass. Målet om å gå turer ute mente hun derfor ikke var innenfor rekkevidde av det hun så som realistisk, på grunn av generelle helsesvekkelser som følge av høy alder. Hun var likevel tilfreds med den bedring hun erfarte når det gjaldt bedre balanse og tryggere gangfunksjon, som gjorde henne i stand til å fungere selvstendig i eget hjem. Dette inkluderte tyngre husarbeid som støvsuging og gulvvask som hun fortsatt håndterte selv. På bakgrunn av det, kan det hevdes at bruker oppnådde økt mestringsevne og velferd til tross for at ikke alle mål ble nådd.

Oppfattelsen av egne helsebegrensninger som lite mulig å endre på grunn av høy alder er et vanlig fenomen, men ikke alle med høy alder har alderdomssvekkelser som begrenser funksjonsevnen i større grad. En av informantene hadde erfaring med dette. Hun var også nærmere 90 år og hadde erfart en betydelig bedring av egen mestringsevne etter hofteoperasjon og målrettet treningsinnsats i tiden etterpå. Hun utsatte i det lengste å gjennomføre proteseoperasjon i frykt for manglende forbedring, til

tross for verkende smerter som begrenset funksjonsevnen hennes. Et ukomplisert og smertefritt forløp etter inngrepet samt støtte til opptrening gav henne pågangsmot til målrettet innsats mot en trygg gangfunksjon uten avhengighet av ganghjelpemidler. Informanten lot seg ikke stoppe av høy alder og lave forventninger om bedring når hun først erfarte framgang og tro på egen mestringsevne. Funnet bekrefter tidligere dokumentasjon om at hverdagsrehabilitering bidrar til at brukere får økt sin velferd gjennom økt mestringsevne og funksjonsnivå, jamfør Kjellberg et. al. (2012) og Fürst og Høverstad (2014). Funnet underbygges også av det sosiale rekonstruksjonssyndromet (Daatland & Solem, 2011) som hevder at positive forventninger og tilførsel av ressurser som støtte til trening kan føre til økt mestringsevne, selvoppfatning som kompetent og ny vekst, selv om man er langt oppe i årene.

5.1.3. Betydningen av motivasjon

Som tidligere nevnt nådde alle informantene målet om selvhjulpenhet i nødvendige daglige gjøremål. Alle hadde før den aktuelle hendelsen for funksjonstapet vært selvhjulpne i de samme gjøremålene. I følge Hansen (2015) synes motivasjon for hverdagsrehabilitering særlig å være til stede hos eldre som har vært utsatt for et akutt sykdomstilfelle eller ulykke, hvor prognosen taler for at funksjonsnedsettelsen er av kortere varighet, i motsetning til hos eldre med en gradvis utviklet funksjonsvekkelse. Funnene i denne studien underbygger dette, og styrker argumentasjon for at brukere med nylig oppståtte funksjonstap er riktig målgruppe for hverdagsrehabilitering, jamfør Kjellberg et.al. (2012) og Fürst og Høverstad (2014).

Videre viser funnene at tidligere positive erfaringer med rehabilitering og opptrening hadde betydning for motivasjon for hverdagsrehabilitering. I følge Lazarus (2009) handler mestring om en prosess som innbefatter en vurdering av ens egne muligheter for gjøre noe med situasjonene som har oppstått. Man gjør en subjektiv egenvurdering av hvilke ressurser man har til disposisjon. Tidligere erfaringer om at egeninnsats lønner seg er da en ressurs hos individet som skaper forventning og motivasjon for engasjement i helsefremmende aktiviteter. Bredland, et al. (2014) hevder at når det har skjedd et funksjonstap er det fare for at personen over tid kan miste tro på egen mestringsevne, noe som kan påvirke personens mestringstro og selvbilde. Med utgangspunkt i at motivasjon for hverdagsrehabilitering og forventning om bedring er

størst etter et nylig oppstått funksjonstap, taler det for at eldre i denne gruppa har god forutsetning for positivt utbytte av hverdagsrehabilitering. Man må smi mens jernet er varmt, det vil si mens bruker har motivasjon for egeninnsats og forventning om bedring, som forklarer hvorfor tidlig innsats er avgjørende. Dette bekreftes av funnene i denne studien.

Det framkom at informantene i liten grad husket hvilke konkrete mål de hadde, knyttet til hverdagsaktiviteter i forbindelse med hverdagsrehabilitering. Uventet mange svarte i generelle vendinger at det handlet om å bli selvstendig, kunne leve normalt og fungere slik som før. Forklaringen kan være at de konkrete målene var glemt i løpet av tiden som var gått siden hverdagsrehabilitering ble avsluttet. Som en av informantene sa: ”...*nå var det så langt vekke, og jeg har ikke tenkt på det*”. Forøvrig kan funnet også tyde på at de fleste av brukerne manglet et sterkt eierskap til egne målsettinger. I hverdagsrehabilitering vektlegges betydningen av at bruker definerer egne mål med utgangspunkt i hverdagsaktiviteter som er viktige for bruker selv å mestre. Betydningen av brukers involvering i målsettingen dokumenteres av både Wilde og Glendinning (2012), Trappes-Lomax og Hawton (2012) og Hansen (2015). Bredland, et al. (2014) understreker at når målene er betydningsfulle for brukerne har de også et sterkere eierskap til målene, noe som har betydning for motivasjonen i rehabiliteringsprosessen. Til tross for intensjoner om at det er brukers mål som skal gjelde kan det for helsepersonellet være utfordrende å få til i praksis. Mange i målgruppen er ikke vant til å få spørsmål om hva som er viktig for dem, og synes det er vanskelig å svare på dette. Hansen (2015) viser til dokumentasjon om at brukerne finner det vanskelig å sette mål, og overlater det til de helsepersonellet. Det stiller derfor krav til helsepersonellet om gode kommunikasjonsferdigheter, at man kan bruke seg selv som en aktiv lytter og stiller åpne spørsmål som bidrar til at bruker hjelpes til å reflektere over hva som faktisk er viktige aktiviteter for at de skal ha en god hverdag. Bredland, et al. (2014) peker på at utfordringen i samtalen med brukerne er å hjelpe dem til å utforske hva som er viktig og har verdi knyttet til verdighet og deltakelse, samtidig som problemområdene tas på alvor.

Målsettingsarbeid kan være både tidkrevende og vanskelig. Både i Danmark og Norge er det ergoterapeutiske kartleggingsverktøyet COPM (Canadian occupational performance measure) blitt mye brukt til å formulere målene i hverdagsrehabilitering (Først & Høverstad, 2014). I en studie om effekten av å bruke COPM fant Slot-Egholm

at brukerne hadde flere mål og kortere rehabiliteringsforløp ved bruk av dette verktøyet, selv om kartleggingsprosessen var mer tidkrevende. Det ble ikke påvist at brukerne ble mer selvhjulpne med bruk av COPM, men altså at tjenesten effektiviseres når bruker i større grad tas inn i samarbeidet som en aktiv og deltakende part. Fürst og Høverstad (2014) viser til at en av suksesskriterier for hverdagsrehabilitering er målrettet innsats som har utgangspunkt i klare mål. Funnene i denne studien viser at brukerne i liten husker hvilke konkrete mål de hadde. Samtidig kunne alle vise til at de hadde nådd sitt viktigste mål om selvhjulpnehet i daglige gjøremål. Det kom også fram at det var mål knyttet til deltakelse utenfor hjemmet som ikke ble nådd eller opprettholdt i ettertid. Det er i denne studien ikke undersøkt hvordan målsettingsarbeidet ble gjort eller med hvilket verktøy.

5.1.4. Behov for kontroll over eget liv

Det framkom i funnene at behovet for å ivareta egen verdighet er forhold som har betydning for hvordan aktivitet og deltagelse ble opprettholdt. Eksempelvis uttalte en av informantene at hun hadde sluttet å delta på sosiale tilstelninger, og i den sammenheng at hun ikke følte seg vel med å gå rundt med en krykke. Det kan synes som hun følte seg så utilpass med krykker ute blant folk at hun derfor heller valgte å bli hjemme. I stedet for at krykken oppfattes som en ressurs som ga økte muligheter for deltakelse, oppleves den som en begrensning. Dette kan tyde på at krykken ses som et symbol som signaliserer noe hun ikke ønsker å bli identifisert med, for eksempel skrøpelig. Teorien om alderisme (Daatland & Solem, 2011) peker på at det kan finnes nedlatende og diskriminerende holdninger til eldre mennesker blant folk flest vedrørende lite attraktive egenskaper og kjennetegn som følger med alderdommen. De alderistiske holdningene kan påvirke Eldres egen selvpåfatning som svekket og mindre kompetent. En underliggende frykt for å bli identifisert som en aldrende og svekket person kan da føre til at man uteblir fra sammenhenger hvor man risikerer å bli oppfattet som aldrende og svekket, for å opprettholde kontroll over eget selv. Prisen for dette er begrenset mulighet for opplevelser og sosial kontakt, som på sikt kan få følger for trivsel og velvære. Selv om brukermedvirkning og brukers verdighet er sentrale verdiser i rehabiliteringsarbeid, har helsepersonell et ansvar for å informere om mulige konsekvenser av valgene bruker tar og motivere til helsefremmende adferd, slik Bredland, et al. (2014) påpeker.

En av de andre informantene beskrev en aktiv tilnærming til å ivareta kontroll over eget liv. Hun var livredd for å bli sittende hjemme etter et funksjonstap. Hun utviste stor tro på muligheten for å bedre egne forutsetninger, og hadde et høyt aktivitetsnivå når det gjaldt trening og turgåing i den hensikt å oppnå bedre helse. Til tross for at aktivitetsnivået gir inntrykk av en høy mestringssevne, gir hun uttrykk for utilfredshet med egen funksjonsevne. I følge Daatland og Solem (2011) er rimelig samsvar mellom de forventninger en har til seg selv og de mulighetene omgivelsene gir viktig for vellykket mestring. Evnen til å innrette seg etter og akseptere endringer i livet er også viktig for å trives, og være tilfreds med egen livssituasjon.

En annen informant var opptatt av at hans reduserte funksjonsnivå ikke skulle å være til belastning for omgivelsene. Dette preget hvordan han samhandlet med ektefellen og venner for å opprettholde kontroll i denne sammenheng. Informanten viste en problemorientert mestringsstil (Lazarus, 2009) ved at han gjorde aktive grep og handlinger for å ivareta hensynet til omgivelsene, samtidig som egen verdighet ble ivaretatt. Han var aktiv for å opprettholde et likeverdig forhold til ektefellen ved å strekke seg mot mest mulig selvhjulpenhet, samt bidra i praktiske gjøremål i hjemmet, som han kunne mestre. I stedet for å trekke seg tilbake fortsatte han å delta sosialt på den ukentlig spillsamlingen, selv om han ikke deltok i selve spillet. Målet var deltagelse i spillet, men han ville avvente dette til han selv opplevde ikke å være til belastning for de andre. Bruker synes på en god måte å balansere hensynet til egen verdighet og opprettholdelse av aktivitet og deltakelse som var viktig for han. Han evner å ivareta rollen som ektefelle, opprettholde sosial deltakelse og samtidig ivareta egen verdighet. På denne måten ivaretas også gode forutsetninger for å opprettholde helse og trivsel i tiden framover. God mestring kjennetegnes i følge Daatland og Solem (2011) av realistiske forventninger til egne muligheter og omgivelsenes krav, noe denne bruker synes lykkes med.

5.2. Betydningen av ytre forhold

I tillegg til indre forhold hos bruker viser funnene i denne studien forhold knyttet til brukernes omgivelser, som har betydning for hvordan brukerne har opprettholdt aktiviteter de vektla som viktige. Disse forholdene handler om sosiale nettverk og oppfølging fra helsepersonell.

5.2.1. Betydningen av sosial støtte og sosiale nettverk

Sosial støtte hadde forskjellig form for betydning når det gjaldt hvordan informantene i studien opprettholdt hverdagsaktiviteter. En sentral betydning av sosial støtte omhandlet det å opprettholde faste rutiner knyttet til helserelatert adferd. De fleste informantene var opptatt av å være i regelmessig fysisk aktivitet for å bygge opp og ivareta egen helse. De hadde som mål å gå turer eller gjøre øvelser for å holde seg friske og forebygge funksjonssvikt. Halvparten av informantene oppgav at de deltok ukentlig i faste tur- eller treningsgrupper. Å ha noen å gå tur med eller trene sammen med syntes å være av vesentlig betydning. Alene kunne det være vanskelig å opprettholde den regelmessigheten man ønsket. Funnet samsvarer med Først og Høverstad (2014) som viser til at en viktig forutsetning for gode resultat, er at brukerne opprettholder sin trening og aktiviteter etter avsluttet hverdagsrehabilitering. Det bør derfor før avslutning kartlegges hvilke muligheter brukerne har for å benytte seg av aktuelle treningstilbud og tiltak i regi av frivillige organisasjoner, samt hjelpe dem i gang med dette.

En av informantene hadde ikke klart å følge opp øvelser og turgåing slik hun ønsket. Hun opplevde god bedring av gangfunksjonen med hverdagsrehabilitering når det gjaldt styrke og balanse. Problemet oppsto da tjenesten ble avsluttet og hun skulle fortsette på egen hånd. Hun mente at tilbudet fra kommunen i større grad burde vært organisert som gruppetilbud. Sammen med andre er det både hyggelig og kostnadsbesparende å utføre helsefremmende aktiviteter, var hennes tanke. Bredland, et al. (2014) sier at sosialt nettverk er en sentral faktor for at en rehabiliteringsprosess skal lykkes, og en viktig helsefaktor for å holde seg frisk eller komme seg etter skade og sykdom. Funnet i denne studien synes å bekrefte dette. Bredland, et al. (2014) hevder videre at en rehabiliteringsprosess ikke bør avsluttes før brukeren opplever å delta i sitt miljø og nettverk, i den grad vedkommende selv ønsker det. De britiske studiene til Wilde og Glendinning (2012) og Trappes-Lomax og Hawton (2012) bekrefter det samme, gjennom at brukerne savnet fokus på sosiale behov i tjenesten.

Funnet kan tyde på en mangelfull avslutning av tjenesten, knyttet til den gitte informanten. I følge henne hadde videre trening i gruppe ikke vært tema i hennes tilfelle. Det er vanskelig å vite hva grunnen er. Kanskje dette ikke ble vektlagt i hennes tilfelle, kanskje hun ikke var interessert ved avslutning av tjenesten, men har endret innstilling ettersom tiden har gått. Uansett kan funnet tyde på at det kan være

hensiktsmessig å kontakte bruker for en oppfølgingsamtale en tid etter avsluttet tjeneste for å fange opp slike forhold og hjelpe bruker videre.

En annen sentrale betydningen av sosial støtte gjaldt det sosiale aspektet ved å ha noen å være sammen med. Det sosiale nettverket representerer en kilde til sosialt samvær, tilhørighet og kontakt som er av sentral betydning for trivsel og velvære. For mange handler muligheten til deltagelse ofte om muligheten til å oppsøke møteplasser for sosialt samvær. Det er gjennom andre at eget selvbilde blir bekreftet (Bredland, et al., 2014). En informant bekreftet dette gjennom sin uttalelse om at det ukentlige kafétreffet med venner i byen var viktig for hennes opplevelse av en god hverdag. Hennes uttalte mål med rehabiliteringsprosessen var en trygg gangfunksjon, men som mål på opplevd velvære og trivsel nevner hun at disse treffene har stor betydning. God helse og god gangfunksjon blir da et middel til å oppnå andre ønskelige mål, i dette tilfellet ukentlig bytur og kafétreff med venner. Funnet underbygges av Bredland, et al. (2014) som poengterer at sosiale nettverk er en sentral kilde til helse og trivsel, og at rehabiliteringsvirksomhet bør være opptatt av å styrke muligheten til sosial deltakelse.

Bare en av informantene i studien bodde sammen med ektefelle. De øvrige bodde alene, en av disse i samme hus som sin sønn. Alle informantene var som tidligere nevnt opptatt av å være selvhjulpne og uavhengige av hjelp i daglige gjøremål. Det kom likevel til uttrykk at hjelp fra pårørende ble satt stor pris på. Det å kunne vite at pårørende stilte velvillig opp når det trengtes, ble nevnt av flere.

For informanten som bodde sammen med ektefelle var det viktig å ivareta balansen i fordelingen av plikter mellom seg og ektefellen, og hindre at den ene ble omsorgsgiver og den andre omsorgsmottaker. Vedkommende var opptatt av å være selvhjulpen i det daglige for ikke å belaste ektefellen med sitt hjelpebehov, samt å bidra inn i felleskapet med praktiske oppgaver han kunne klare. I dette fokuset lå en viktig verdi og kilde til motivasjon for denne informanten. Funnet bekrefter det Bredland, et al. (2014) sier om å sette verdighet og deltakelse som overordnet verdi for rehabiliteringsarbeidet. Ved å ta utgangspunkt i hva som er viktige verdier og sosiale roller for bruker, finner man kilden til motivasjon som bidrar til framdrift og egeninnsats. Å opprettholde en så langt som mulig likeverdig fordeling av ansvar og oppgaver mellom ektefellene syntes være av betydning for denne brukeres opplevelse av verdighet. Heri lå også hans motivasjon for aktivitet og egeninnsats.

5.2.2. Betydningen av støtte og oppfølging fra helsepersonell:

Funnene viser at alle informantene i denne studien hadde motivasjon for målrettet innsats for å bedre egen funksjonsevne. Flere gav uttrykk for at støtten de fikk gjennom hverdagsrehabilitering hadde avgjørende betydning for at de kom i gang og fikk utført trening og aktivitet de visste var viktig for å gjenvinne tapt funksjonsevne. De maktet ikke på egen hånd å gjennomføre dette på grunn av nedstemthet, utrygghet eller utmattelse i kjølvannet av sykdom eller skade som de hadde vært gjennom. I følge Hansen (2015) har flere undersøkelser rapportert at støtte fra profesjonelle har betydning for brukernes motivasjon til å gjennomføre hverdagsrehabilitering, noe som samsvarer med dette funnet. Som en av informantene sa, så trodde hun det hadde tatt mye lengre tid å komme til krefter og mestre daglige gjøremål uten støtten fra hverdagsrehabilitering. Gjennom daglig, intensiv oppfølging ble trygghet for egenmestring bygget opp, og videreført på egen hånd når tjenesten ble avsluttet. Vaner og rutiner knyttet til helsefremmende aktiviteter ble etablert. Fürst og Høverstad (2014) peker på at det å skape trygghet knyttet til å bo hjemme er viktig for å sikre motivasjon for hverdagsrehabilitering. I den sammenheng framheves god tid sammen med brukerne og kontinuitet i personalgruppen som viktige faktorer.

En av informantene uttrykte stor tilfredshet med oppfølgingen hun hadde fått og med egen framgang. Det kom tydelig fram at oppmuntring og ros fra helsepersonell hadde gitt henne motivasjon og pågangsmot til egeninnsats for å styrke mestringsevnen. Innsatsen resulterte i måloppnåelse når det gjaldt en trygg gangfunksjon. Funnet samsvarer med Hansen (2015) som peker på at synlige fremskritt og suksessopplevelser er motivasjonsfaktorer som opprettholder gnisten for å trene. Å gi tilbakemelding på hvordan treningen går og oppmuntre brukeren er en viktig del av motivasjonsarbeidet.

De aller fleste informantene snakket positivt om helsearbeiderne som fulgte dem opp under hverdagsrehabilitering. De ansatte ble omtalt som hyggelige og greie, og gjorde en god jobb med å motivere til innsats. Utsagnene kom uoppfordret fra informantene uten at det ble stilt spørsmål om dette, noe som forsterket inntrykket av at det var oppriktig ment. Uttalelsene tyder på at rehabiliteringsteamet har lyktes med å møte brukerne på en god måte der de føler seg møtt og ivaretatt. Helsearbeidernes rolle er å støtte og motivere bruker til egeninnsats med mål om egenmestring. I følge Hansen (2015) er det påvist sammenheng mellom pasient - behandlerrelasjon og effekt innen

rehabiliteringsvirksomhet. Jo bedre relasjon jo større sannsynlighet for positiv effekt. Å tilstrebe en god relasjon mellom tjenestemottaker og utfører er derfor av sentral betydning for et godt resultat.

En av informantene syntes det var noe masete med daglig oppfølging, og at det var en lettelse når tjenesten ble avsluttet. Hun snakket likevel positivt om møtene med de ansatte, og framhevet at de var hyggelige, flinke og fikk henne til å yte en innsats. Lettelsen over at besøkene tok slutt kan handle om forventninger som ikke ble møtt, lav motivasjon for daglig trening, eller at man ikke trives med innblanding i egen hverdag i eget hjem. Det kan i den sammenheng stilles spørsmål ved hvor grundig arbeid som ble gjort for å avdekke sentrale verdier og viktige mål for bruker, samt hvilke forventninger hun hadde til hverdagsrehabilitering. Begrunnelsen for å sette verdighet og deltakelse som overordnet verdier er som Bredland, et al. (2014) påpeker, at mestringsevne og vilje til innsats er størst når det som skal gjøres har en personlig verdi og gir opplevelse av verdighet. Hansen (2015) viser i sin rapport til at motivasjon for å inngå i hverdagsrehabilitering avhenger av at brukeren er tilstrekkelig informert og har en forståelse med formålet, samt er involvert i utarbeidelsen av mål. I de tilfeller hvor formålet var tydelig kommunisert utrykte brukerne oftest begeistring for muligheten til å forbedre egen mestringsevne (Hansen, 2015).

6. KONKLUSJON

6.1. Svar på problemstilling og forskningsspørsmål

Hensikten med denne studien var økt kunnskap om brukernes erfaringer med hverdagsrehabilitering, og hvilke forhold som fremmer og hemmer deltagelse i aktiviteter de selv tiller betydning. Følgende forskningsspørsmål ble stilt:

Hvilken betydning opplever brukerne at hverdagsrehabilitering har hatt for opprettholdelse av hverdagsaktiviteter? Hvilke forhold fremmer og hemmer deltagelse i hverdagsaktiviteter brukerne selv legger betydning? Hvordan har brukerne opprettholdt deltakelse i sosiale aktiviteter? Med utgangspunkt i forskningsspørsmålene og på bakgrunn av intervju, ble det avdekket en rekke forhold som var av betydning for brukernes deltagelse i hverdagsaktiviteter.

På spørsmålet om hvilken betydning hverdagsrehabilitering har hatt kunne alle informantene vise til områder med økt trygghet og mestring som følge av hverdagsrehabilitering. Alle hadde nådd hovedmålet sitt om å bli selvhjulpen i nødvendige gjøremål i hjemmet, som egenomsorg og trygg forflytning. Det varierte i hvilken grad tidligere funksjonsevne var gjenvunnet. Frykt for å falle skapte hindringer for aktivitetsutfoldelse, særlig knyttet til deltagelse i aktiviteter utenfor hjemmet, som å gå tur, ta bussen og oppsøke sosiale arenaer. Støtten man fikk gjennom hverdagsrehabilitering til å fremme egenmestring, ved hjemkomst etter et funksjonstap, var av stor betydning så vel psykisk som fysisk. Motløshet, mangel på krefter og usikkerhet knyttet til egen mestringsevne, var hindringer brukerne opplevde støtte til å overvinne. Regelmessig oppfølging bidro til å etablere vaner og rutiner med helsefremmende aktivitet, som for eksempel regelmessig turgåing. Gode relasjoner mellom bruker og ansatt hadde betydning for motivasjon og pågangsmot til egeninnsats mot mål om økt trygghet og egenmestring. Funnene bekrefter tidligere dokumentasjon om at hverdagsrehabilitering bidrar til økt mestringsevne og velvære for tjenestemottakerne.

Funnene avdekket videre indre og ytre forhold hos brukerne som hadde betydning, både når det gjaldt å fremme og hemme deltagelse i hverdagsaktiviteter. Indre forhold av betydning omhandlet hvordan brukerne oppfattet egne muligheter og begrensninger knyttet til hverdagens utfordringer, og handlet om behov for trygghet, synet på egen

helse, motivasjon og behov for kontroll. Ytre forhold var knyttet til sosialt nettverk og betydningen av sosiale støtte. Å kjenne seg trygg og kunne stole på egen mestringsevne var sentralt. I kjølvannet av erfaring med fall og brudd, kunne frykt for å falle utgjøre en hindring for deltagelse i hverdagsaktiviteter. Nettopp disse brukerne syntes ha utbytte psykisk så vel som fysisk av støtten hverdagsrehabilitering gav når det gjaldt å gjenvinne tillitt til egen mestringsevne og aktivitetsutførelse.

Betydningen av egen helse var knyttet til i hvilken grad brukerne mente at høy alder var årsak til egne helsesvekkelser, og derfor ikke kunne påvirkes i vesentlig grad. Et slikt syn på egen helse kan gi manglende tro på muligheten for økt mestringsevne og manglende motivasjon. Samtidig viser funn at høy alder ikke trenger stå i veien for framgang og ny vekst. Tilførsel av ressurser som støtte til trening og egeninnsats kan bidra til økt mestringsevne og velvære, selv for mennesker i høy alder. Av dette kan man slutte at når målgruppe for hverdagsrehabilitering skal defineres, er ikke høy alder egnet som ekskluderingsgrunn, snarere tvert imot. Derimot kan det være viktig å finne ut hvordan eldre med høy alder ser på egne helsesvekkelser, da dette kan ha betydning for motivasjon og mestringstro.

Motivasjon for å ville engasjere seg i helsefremmende hverdagsaktiviteter var av sentral betydning. De fleste informantene var opptatt av å være i regelmessig fysisk aktivitet for å bygge opp og ivareta egen helse. Disse hadde som mål å gå turer eller gjøre øvelser for å holde seg friske og forebygge funksjonssvikt. Holdningen hos de fleste var at dette var viktig. Tidligere erfaringer knyttet til at trening og fysisk aktivitet gir uttelling, kan se ut til å være viktig for motivasjon til å opprettholde helsefremmende aktivitet. Positive treningserfaringer syntes også styrke mestringstroen og forventningene knyttet til mulighet for bedring.

Behovet for kontroll kan kobles til ønsket om å ivareta egen verdighet i møte med en svekket funksjonsevne. Å velge å holde seg hjemme fordi man ikke føler seg vel med å gå med krykker ute blant folk, er et eksempel på en type holdning som hemmer deltakelse i sosiale aktiviteter. Dette underbygger at innsikt i hva som har personlig verdi og gir opplevelse av verdighet for den enkelte bruker, er avgjørende for resultatet av hverdagsrehabilitering.

Sosial støtte var viktig for å opprettholde regelmessig helsefremmende aktiviteter som trening og turgåing. Å ha sosial omgang med andre var også viktig for trivsel og velvære. Fokus på hvordan brukerne ivaretar behovet for sosial støtte, både knyttet til helsefremmende aktivitet og sosial omgang med andre, kan derfor ha betydning for resultatet av hverdagsrehabilitering. Når det gjaldt hvordan brukerne hadde opprettholdt sosiale aktiviteter syntes de fleste å delta sosialt på samme måte som tidligere. Lite syntes å ha endret seg for de fleste. En av brukerne kunne vise til relativt store endringer i livsførsel som følge av at hun hadde sluttet å gå ut og oppsøke sosiale arenaer. Noen hadde inntatt nye sosiale arenaer gjennom deltagelse i trenings- eller turgrupper. Å kunne ha sosial omgang med andre, både familie, venner og bekjente var viktig for alle informantene.

6.2. Implikasjoner for praksis

Forhåpentligvis kan de forhold som er framkommet i denne studien bidra til utvikling av kvalitet i tjenesten hverdagsrehabilitering. Kjennskap til erfaringer om opplevd resultat av hverdagsrehabilitering kan bidra til økt innsikt i hvilke brukere som kan forventes å ha effektivt utbytte av tjenesten. Innsikt i de ulike forhold som fremmer og hemmer deltagelse i hverdagsaktiviteter kan bidra til at helsepersonell, som arbeider med hverdagsrehabilitering, står bedre rustet til å samarbeide med og støtte brukeren effektivt i en rehabiliteringsprosessen. Sentralt for å lykkes i dette arbeidet, er å kunne avdekke og ha forståelse for hva som har personlig verdi og gir opplevelse av verdighet for den enkelte bruker.

6.3. Forslag til videre forskning

Denne studien har gjennom et kvalitativt design framskaffet innsikt i opplevd resultat av hverdagsrehabilitering. Det kunne også være aktuelt å gjennomføre kvantitative studier som gjennom ulike innfallsvinkler målte resultat av hverdagsrehabilitering.

Eksempelvis ved å kartlegge utviklingen av behov for kommunale helse- og omsorgstjenester i tiden etter hverdagsrehabilitering hos et større utvalg av brukere. En annen innfallsvinkel kunne være å ta utgangspunkt i de verktøy som brukes under hverdagsrehabilitering og gjort en ny kartlegging av et utvalg brukere, en bestemt tid etterpå. Ved oppstart og avslutning av hverdagsrehabilitering blir det utført standardiserte tester, som blant annet tester balanse, gangfunksjon og tilfredshet med egen aktivitetsutførelse, som i den forbindelse kan være aktuelle å benytte.

Referanser

- Barbosa Da Silva, A. (red.). (2006). *Etikk og menneskesyn i helsetjeneste og sosialt arbeid*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Bredland, E. L., Linge, O. A. & Vik, K. (2014). *Det handler om verdighet og deltakelse: Verdigrunnlag og praksis i rehabiliteringsarbeid*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Daatland, S. O. & Solem, P. E. (2011). *Aldring og samfunn* (2 utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Fürst, R. & Høverstad, L. (2014). Fra passiv mottaker til aktiv deltaker. Hverdagsrehabilitering i norske kommuner *KS FoU-prosjekt nr. 134027*
- Graneheim, U. H. & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing reasearch: Concepts, prosedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24, 105- 112.
- Hansen, E. B. (2015). Ældres deltagelse i hverdagsrehabili-tering-muligheter og utfordringer. *Kora*.
- Hanssen, H. (red.). (2010). *Faglig skjønn og brukermedvirkning*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Hanssen, H., Humerfelt, K., Kjellevold, A., Norheim, A. & Sommerseth, R. (red.). (2010). *Faglig skjønn i utøvelse av profesjonelt helse- og sosialfaglig arbeid*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Hustoft, M. (2013). Selvstendig, trygg og aktiv: Evaluering av pilotprosjekt hverdagsrehabilitering. Stavanger: Stavanger kommune.
- Kjellberg, P. K., Kjellberg, J., Ibsen, R. & Christensen, L. T. (2012). Hverdagsrehabilitering i praksis. Erfaringer fra fredericia 2008-2010. [Artikkel]. [Hverdagsrehabilitering i praksis. Erfaringer fra Fredericia 2008-2010]. *Ergoterapeuten (Oslo)*, 55(1), 24-28.
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2012). *Det kvalitative forskningsintervju* (2 utg. vol.). Oslo: Gyldendal akademiske.
- Lazarus, R. S. (2009). *Stress og følelser - en ny syntese* (2 utg.). København: Akademisk Forlag.
- Malterud, K. (2013). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning: En innføring* (vol. Universitetsforlaget). Oslo.

- Meld. St. 29. (2012). *Morgendagens omsorg*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Ness, N. E., Laberg, T., Haneborg, M., Granbo, R., Færevaa, L. & Butli, H. (2012). *Hverdagsmestring og hverdagsrehabilitering* (s. 40). Oslo.
- Nou 2011:11. (2011). *Innovasjon i omsorg*. Oslo: Norges offentlige utredninger.
- Polifroni, C. E. & Welch, M. E. (1998). *Perspectives on philosophy of science in nursing: An historical and contemporary anthology*. Philadelphia: Lippincott.
- St. Meld Nr. 47. (2008). *Samhandlingsreformen rett behandling - på rett sted - til rett tid*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Store Norske Leksikon. (2007). Lastet fra: <https://snl.no/rehabilitering%2Foppreisning>
- Syse, A. (red.). (2013). *Norges lover - lovsamling for helse- og sosialsektoren 2013-2014*. Oslo: Gyldendal Juridiske.
- Thagaard, T. (2013). *Systematikk og innlevelse: En innføring i kvalitativ metode*.
- Trappes-Lomax, T. & Hawton, A. (2012). The user voice: Older people's experiences of reablement and rehabilitation. *Journal of Integrated Care*, 20(3), 181-194.
- Tuntland, H. (red.). (2014). *Hva er utviklingen og effekten av hverdagsrehabilitering utenfor skandinavia?* Oslo: Gyldenda Akademisk.
- Tuntland, H. & Ness, N. E. (red.). (2014). *Hverdagsrehabilitering*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- 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 reablement services. *Health & Social Care in the Community*, 20(6), 583-590. doi: 10.1111/j.1365-2524.2012.01072.x
- World Health Organization. (2013). *International classification of function and disability and health*. Genève: WHO.
- Wyller, T. B. (2012). *Geriatrici. En medisinsk lærebok* (2 utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.

Intervjuguide

Bakgrunnsdata:

Alder

Helse- og omsorgstjenester

Innledningsspørsmål:

Tilbakeblikk - Kan du fortelle litt om det du husker fra perioden med hverdagsrehabilitering?

Hva var grunnen for at du fikk hverdagsrehabilitering ?

Hvordan synes du det var å få hverdagsrehabilitering?

-Kan du fortelle om noen gode opplevelser og fortell hvis du opplevde mindre gode!

-Opplevde du at tjenesten stemte med informasjonen som ble gitt i forkant?

- Opplevde du at Hverdagsrehabilitering var det rette for deg? Var det andre tilbud du mener hadde vært bedre for deg?

Hadde du noe du skulle fortsette å jobbe med etter at hverdagsrehabilitering ble avslutta (aktivitetsmål, egentrening, turgåing)

Hvordan går det med deg nå?

Hvilken betydning har hverdagsrehabilitering hatt?

Hva oppnådde du gjennom hverdagsrehabilitering?

Husker du hvilke mål du satte deg / hva som var viktig for deg å klare gjøre?

Opplever du at hverdagsrehabilitering utgjorde en forskjell for deg?

Hvordan tror du at du hadde klart deg uten hverdagsrehabilitering?

Hvordan har du klart å opprettholde de aktivitetene du vektla som viktige?

Gjør du disse aktivitetene i dag?

Hvis ja: fortell om disse.

Hvis nei: hva er årsaken til det?

Er det fortsatt viktig for deg å klare de aktivitetene du ønsket å klare den gangen?

Opplever du at du fungerer og klarer deg i dag som tiden før det som førte til hverdagsrehabilitering?

Hvis ja: fortell om hvordan.

Hvis nei: hva opplever du at hindrer deg i å være aktiv slik du var tidligere?

Er du redd for å falle?

Fortell om det og kom gjerne med eksempler!

Hvilken har du opprettholdt deltakelse i sosiale aktiviteter?

Deltar du i sosiale aktiviteter (lag, foreninger, faste treff/ samlinger, med familien)?

Er det viktig for deg å kunne være sosial/ være sammen med andre?

Har din sosial deltakelse endret seg den siste tiden, fra før hverdagsrehabilitering til i dag?

Hvis ja: hva er årsaken?

Hva tenker du om å finne nye sosiale arenaer, hvis de gamle arenaene faller bort?

Emne: Ikke fremleggingspliktig

Vår ref. nr.: 2014/1856

Prosjekttittel: "Hverdagsrehabilitering"

Prosjektleder: Berit Haukås

Berit Haukås.

Jeg viser til framleggingsvurdering innsendt 20.10.2014.

Min forståelse av prosjektet

Hverdagsrehabilitering er en satsing som er etablert i norske kommuner. Prosjektleder ønsker å se på om denne etablerte satsingen gir den ønskede effekt. For å oppnå dette skal prosjektleder intervju noen brukere av tjenesten, og se på hvordan de selv reflekterer over egen situasjon knyttet til opprettholdelse av hverdagsaktiviteter.

Vurdering

Helseforskningsloven gjelder for medisinsk og helsefaglig forskning på mennesker, humant biologisk materiale eller helseopplysninger. Medisinsk og helsefaglig forskning defineres som virksomhet som utføres med vitenskapelig metodikk for å skaffe til veie ny kunnskap om helse og sykdom.

Helse- og omsorgsdepartementet sin veileder til helseforskningsloven definerer kvalitetssikring som prosjekter, undersøkelser og evalueringer som har som formål å kontrollere at diagnostikk og behandling faktisk gir de intenderte resultater. Slike prosjekter regnes som en del av helsetjenesten og trenger ikke søke REK. Etter min vurdering er dette å anse som et kvalitetssikringsprosjekt. Jeg legger til grunn at institusjonen (i dette tilfellet kommunen) går god for prosjektplanen.

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

Vær også oppmerksom på at siden du skal samle inn personopplysninger, så må prosjektet klareres med Datatilsynet/Personvernombudet for forskning.

Med vennlig hilsen

Øyvind Straume

Sekretariatsleder

post@helseforskning.etikkom.no

T: 55978496

**Regional komité for medisinsk og helsefaglig
forskningsetikk REK vest-Norge (REK vest)**

<http://helseforskning.etikkom.no>



Vedlegg 2



Anne Norheim
Institutt for helsefag Universitetet i Stavanger
Ullandhaug
4036 STAVANGER

Vår dato: 23.12.2014

Vår ref: 41053 / 3 / AGL

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 05.12.2014. Meldingen gjelder prosjektet:

41053	<i>Hverdagsrehabilitering - hvordan holdes hverdagen i form?</i>
Behandlingsansvarlig	<i>Universitetet i Stavanger, ved institusjonens øverste leder</i>
Daglig ansvarlig	<i>Anne Norheim</i>
Student	<i>Berit Haukås</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, 01.06.2015, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Katrine Utaaker Segadal

Audun Løvlie

Kontaktperson: Audun Løvlie tlf: 55 58 23 07

Vedlegg: Prosjektvurdering

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

Avdelingskontorer / District Offices

OSLO: NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11. nsd@uio.no
TRONDHEIM: NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 59 19 07. kyrre.svarva@svt.ntnu.no
TROMSØ: NSD, SVF, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36. nsdmaa@svt.uib.no

Personvernombudet for forskning



Prosjektvurdering - Kommentar

Prosjektnr: 41053

Formålet med studien er å søke kunnskap om tjenestemottakernes erfaringer med hverdagsrehabilitering og hvordan de har klart å opprettholde aktiviteter de tiller betydning å klare. Forskningsspørsmålet er: hvordan har mottakerne av hverdagsrehabilitering klart å opprettholde aktiviteter de selv vektla som viktige å kunne utføre i hverdagen?

Utvalget informeres skriftlig om prosjektet og samtykker til deltakelse. Informasjonsskrivet er godt utformet. Det behandles sensitive personopplysninger om helseforhold.

Personvernombudet legger til grunn at forsker etterfølger Universitetet i Stavanger sine interne rutiner for datasikkerhet. Dersom personopplysninger skal lagres på privat pc/mobile enheter, bør opplysningene krypteres tilstrekkelig.

Forventet prosjektslutt er 01.06.2015. 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 lydopptak



Universitetet
i Stavanger

Stavanger, desember 2014

Forespørsel om anledning til å kontakte tidligere mottakere av hverdagsrehabilitering for spørsmål om deltakelse i intervju

I forbindelse med masterstudiet i helsevitenskap ved Universitetet i Stavanger planlegger jeg å gjøre en studie som handler om hverdagsrehabilitering. Jeg er selv ergoterapeut ansatt i [redacted], og har vært med å innføre hverdagsrehabilitering siden oppstart av pilotprosjektet i november 2012.

Hva er bakgrunn og formål med studien?

Hensikten med studien er å finne ut hvordan personer som har mottatt hverdagsrehabilitering har klart å opprettholde daglige aktiviteter i tiden etter at hverdagsrehabilitering ble avsluttet. Jeg ønsker å få innblikk i tjenestemottakernes erfaringer med hverdagsrehabilitering, og hvilke forhold som fremmer og hemmer en aktiv hverdag.

Hverdagsrehabilitering er en ny satsing innen kommunens helse- og omsorgstjeneste, som fortsatt er i støpeskjeen. Det er derfor behov for å samle kunnskap om resultater av tjenesten, som kan bidra til at tjenesten utvikles og fungere på en formålstjenlig måte. I den forbindelse er det av interesse å få innsikt i erfaringer og tanker som mottakerne av tjenesten har gjort seg om hverdagsrehabilitering, og om det å opprettholde en aktiv hverdag i tiden etterpå. Hverdagsrehabilitering har som mål å støtte brukerne i å være selvhjulpne og kunne delta i det som er viktig for dem. Spørsmålet som studien søker svare på er: hvordan har brukerne klart å opprettholde aktiviteter de selv vektla som viktige? Som metode for å samle data ønsker jeg å foreta kvalitative intervju, med rundt 6 personer som tidligere har mottatt hverdagsrehabilitering.

Utvelgelse av informanter

Fordi jeg selv står nært fagfeltet gjennom arbeidet med å vurdere og henvise brukere til hverdagsrehabilitering, er det vesentlig at noen andre gjør utvelgelsen av aktuelle informanter. Dette for å ivareta min rolle som forsker i prosessen. Deltakelse som informant skal være frivillig. Aktuelle informanter må i første omgang bli spurt om de vil motta et uforpliktende informasjonsskriv om studien. Det er ønskelig at forespørselen kommer fra en person som framstår som mest mulig nøytral, for å sikre at det oppleves frivillig å takke ja til forespørselen. Et forslag er tjenestemottakers koordinator ved helse- og sosialkontoret. De personene som mottar informasjonsskrivet og returnerer signert samtykke vil bli kontaktet.

Inklusjonskriterier: Informantene fikk hverdagsrehabilitering for 6-12 måneder siden og må være i stand til å gjennomføre et intervju. Det vil si har rimelig god hørsel, er klar og orientert og har normal hukommelse. Det vil være ønskelig med variasjon i utvalget, for eksempel at noen av informantene har økte helse- og omsorgstjenester i perioden etter at hverdagsrehabilitering ble avsluttet, mens andre har ingen tjenester. Det er ønskelig med både menn og kvinner. I tråd med at det er flest kvinner som har mottatt hverdagsrehabilitering, vil det også være naturlig med flest kvinner i utvalget.

Hva innebærer deltakelse i studien?

Intervjuet vil vare i om lag 1 time, og foregå i uforstyrrede omgivelser. Stedet for intervjuet kan være hjemme hos bruker eller i et kontorlokale på [REDACTED] helse- og sosialkontor, avhengig av brukers ønske. Intervjuet vil foregå som en samtale ut fra en intervjuguide, og digitale opptak vil bli benyttet for at gjengivelsen skal bli så riktig som mulig.

Hva skjer med informasjonen om deltagerne?

Alle personopplysninger vil bli behandlet konfidensielt. Intervjuet vil kun bli brukt i mitt prosjekt, og alle data vil bli anonymisert. Lydopptakene og utskrifter vil bli forsvarlig oppbevart i låsbart skap. Det vil bare være meg og min veileder ved universitetet som har tilgang til personopplysninger. Resultatene av intervjuene jeg foretar vil bli tilgjengelige i min masteroppgave. Ingen enkeltpersoner vil kunne gjenkjennes i oppgaven. Prosjektet skal etter planen avsluttes 1. Juni 2015. Opptakene og lagrede personopplysninger vil da bli slettet og makulert.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien, og informanten kan når som helst trekke seg uten å oppgi noen grunn.

Dersom dere har spørsmål til studien, kan dere ta kontakt med meg på telefonnummer [REDACTED], eller på e-post b.haukas@stud.uis.no. Eller ta kontakt med min veileder ved Universitetet i Stavanger, dosent Anne Norheim på telefonnummer 51 83 42 67 eller e-post: Anne.norheim@uis.no.

Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS og vil ikke igangsettes før svar foreligger.

Med vennlig hilsen

Berit Haukås

Vedlegg:

Informasjonsskriv til aktuelle informanter

Samtykkeskjema

Intervjuguide

Vedlegg 4

Oppvekst og levekår

Berit Haukås

UiS

Dato: 16.12.2014
Saksnummer: 10/6965-32
Journalnummer: 110559/14
Deres referanse:

**SVAR - FORESPØRSEL OM KONTAKT MED TIDLIGERE MOTTAKERE AV
HVERDAGSREHABILITERING FOR DELTAKELSE I INTERJUV**

Viser til brev av 08.12.14 med forespørsel om å få gjennomføre intervju av tidligere mottakere av hverdagsrehabilitering for bruk i masterstudiet i helsevitenskap.

Direktøren er positiv til henvendelsen, og du må selv ta kontakt med de aktuelle helse- og sosialkontorene for å få respondenter til undersøkelsene.

Dessuten forventes det at undersøkelsen blir presentert i aktuelle fora, slik at kunnskapen blir spredt internt i [REDACTED].

Vi ser frem til godt samarbeid omkring et viktig fokusområde innen helse- og omsorgstjenesten.

Med hilsen

[REDACTED]
direktør

[REDACTED]
levekårsjef

[REDACTED]
saksbehandler

Vedlegg:

Kopi til:

Dokumentet er elektronisk godkjent og sendes uten signatur.

Postadresse

[REDACTED]

Besøksadresse

[REDACTED]

Telefon

[REDACTED]

Org.nr. NO 964 965 226

Vedlegg 5



Universitetet
i Stavanger

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjekt

"Hverdagsrehabilitering hvordan holdes hverdagen i form?"

Hva er bakgrunn og formål med studien?

I forbindelse med masterstudiet i helsevitenskap ved Universitetet i Stavanger planlegger jeg å gjøre en studie som handler om hverdagsrehabilitering. Hensikten med studien er å finne ut hvordan personer som har mottatt hverdagsrehabilitering har klart å opprettholde daglige aktiviteter i tiden etter at hverdagsrehabilitering ble avsluttet. Dette er ingen test i hvor "flink" man har vært! Det jeg ønsker å få innblikk i er tjenestemottakernes erfaringer med hverdagsrehabilitering, og hvilke forhold som fremmer og hemmer en aktiv hverdag.

Hverdagsrehabilitering er en ny satsing innen kommunens helse- og omsorgstjeneste, som fortsatt er i støpeskjeen. Det er derfor behov for å samle kunnskap om resultater av tjenesten, for å bidra til at tjenesten kan videreutvikles og fungere på en god måte. I den forbindelse er det av stor interesse å få innsikt i erfaringer og tanker som mottakerne av tjenesten har gjort seg om hverdagsrehabilitering, og om det å opprettholde en aktiv hverdag i tiden etterpå. Hverdagsrehabilitering har som mål å støtte brukerne i å være selvhjulpne og kunne delta i aktiviteter som er viktige for dem. Spørsmålet som studien søker svare på er: hvordan har brukerne klart å opprettholde aktiviteter de selv vektla som viktige? For å få innsikt og kunnskap om dette, har jeg planer om å intervju personer som har fått hverdagsrehabilitering.

I den forbindelse blir du, som tidligere mottaker av hverdagsrehabilitering, herved invitert til å delta i intervju.

Hva innebærer deltakelse i studien?

Intervjuet vil vare i om lag 1 time, og foregå i uforstyrrede omgivelser. Stedet for intervjuet kan være hjemme hos deg dersom du ønsker det, eller i et kontorlokale på [redacted] helse- og sosialkontor. Intervjuet vil foregå som en samtale ut fra noen planlagte spørsmål, og bli tatt opp med lydopptaker for at gjengivelsen skal være så riktig som mulig.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Alle personopplysninger vil bli behandlet konfidensielt. Intervjuet vil kun bli brukt i mitt prosjekt, og både du og alle data vil bli anonymisert. Lydopptakene og utskrifter vil bli forsvarlig oppbevart i låsbart skap. Det vil bare være meg og min veileder ved universitetet som har tilgang til personopplysninger om deg. Resultatene av intervjuene jeg foretar vil bli tilgjengelige i min masteroppgave. Ingen enkeltpersoner vil kunne gjenkjennes i oppgaven. Prosjektet skal etter planen avsluttes 1. Juni 2015. Opptakene og lagrede personopplysninger vil da bli slettet og makulert.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien, og du kan når som helst trekke deg uten å oppgi noen grunn. Dersom du trekker deg, vil alle opplysninger om deg bli slettet.

Dersom du har spørsmål til studien, kan du ta kontakt med meg på telefonnummer [REDACTED], eller på e-post b.haukas@stud.uis.no . Eller du kan ta kontakt med min veileder ved Universitetet i Stavanger, dosent Anne Norheim på telefonnummer 51 83 42 67 eller

e-post: Anne.norheim@uis.no.

Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS.

Med vennlig hilsen

Berit Haukås

Samtykke til deltakelse i studien om hverdagsrehabilitering

Jeg har mottatt informasjon om mastergradsstudien "Hverdagsrehabilitering – hvordan holdes hverdagen i form?" og er villig til å delta.

Betingelsen for dette er at min identitet ikke avsløres, og at alle opplysninger slettes etter at oppgaven er levert.

Jeg er informert om at min deltakelse i prosjektet er frivillig, og at jeg til enhver tid kan trekke meg uten begrunnelse.

(Signert av prosjektdeltaker, dato)