

# **Eldres opplevelser med hverdagsrehabilitering – en kvalitativ intervjustudie**

**Monica Samuelsen**



**Masteroppgave ved Fakultet for helsevitenskap**

**HØGSKOLEN I BUSKERUD OG  
VESTFOLD**

15.05.2015



**FAKULTET FOR HELSEVITENSKAP**

Papirbredden, Drammen Kunnskapspark

Grønland 58

3045 DRAMMEN

Navn: Monica Samuelsen	Dato: 15.05.2015
Tittel og undertittel: Eldres opplevelser med hverdagsrehabilitering – en kvalitativ intervjustudie	
<p><b>Sammendrag:</b></p> <p>Bakgrunn: Antallet eldre øker for hvert år, og det gjør sannsynligvis også antallet eldre med funksjonssvikt. Hverdagsrehabilitering er introdusert som en metode som skal bidra til økt livskvalitet og bedre funksjonsnivå blant hjemmeboende med behov for rehabilitering, og er samtidig omtalt som en måte å møte fremtidens utfordring i kommunehelsetjenesten på. Organiseringen med hverdagsrehabilitering sees også som et bidrag til at eldre får et godt liv så lenge som mulig i eget hjem.</p> <p>Hensikt: Hensikten med studien er å belyse og tolke eldres opplevelser med hverdagsrehabilitering.</p> <p>Metode: Tre menn og to kvinner mellom 84 og 92 år ble intervjuet to ganger. Første gang tidlig i forløpet av hverdagsrehabiliteringen og andre gang to uker etter at hverdagsrehabiliteringen var avsluttet. Intervjuene søkte deltakernes opplevelser med hverdagsrehabilitering mens det pågikk, og fra en tilbakeskuende vinkel i etterkant av tjenesten. Studien er forankret i fenomenologisk hermeneutikk, og analysen ble gjennomført ved hjelp av Lindseth og Norbergs anbefalinger.</p> <p>Resultater: Det fremkom tre hovedtemaer gjennom tolkningen av alle intervjuene: 1. Ved oppstart av hverdagsrehabiliteringen: Ufullstendige målsettinger og manglende forankring i den eldres liv. 2. Underveis i hverdagsrehabiliteringen: En beskattet aktivitet i den eldres hverdag. 3. Tiden etter hverdagsrehabiliteringen: Sviktende motivasjon og manglende oppfølging.</p> <p>Konklusjon: Hverdagsrehabilitering bidro til å gi hverdagene struktur, mens det pågikk. Motivasjonen for å fortsette aktivitetene etter at hverdagsrehabiliteringen er avsluttet, synes i stor grad å henge sammen med at kartleggingen i det første møtet, ikke hadde fokus på deltakernes historie og livskvalitet, men fysiske funksjonstester. Denne manglende oppmerksomheten fremstod som sentralt for hvilket utbytte de eldre fikk av hverdagsrehabiliteringen.</p>	
Nøkkelord: Fenomenologisk hermeneutikk, livshistorie, alderdom, aktivitet, livskvalitet	
Antall ord: 7279	



FACULTY OF HEALTH SCIENCES  
Papirbredden Drammen Kunnskapspark  
Grønland 58  
3045 DRAMMEN

Name: Monica Samuelsen	Date: 15.05.15
Title and subtitle: Elderly's experiences with home rehabilitation – a qualitative interview study	
<p><u>Abstract:</u></p> <p>Background: The number of elderly is increasing every year and probably also the number of elderly with functional impairment. Home rehabilitation is referred to as a method that will contribute to increase quality of life and better functioning among the elderly living at home with a need for rehabilitation, and is at the same time featured as a way to meet the future challenges in the municipal health service. The organization of home rehabilitation, also contribute to that the elderly can have a good life as long as possible in their own homes.</p> <p>Purpose: The purpose of this study was to shed light on and interpret the elderly's experiences with home rehabilitation.</p> <p>Method: Three men and two women aged between 84 and 92 years were interviewed on two different times. First time early in the course of home rehabilitation and the second time about two weeks after the home rehabilitation. The interviews sought participants' experiences with home rehabilitation while it lasted and from a retrospective angle after the service. The study is rooted in a phenomenological hermeneutics, and the analysis was conducted using Lindseth and Norberg's recommendations.</p> <p>Results: The analysis resulted in three main themes 1. In the beginning of home rehabilitation: Incomplete objectives and a lack of grounding in the elderly's life, 2. During the home rehabilitation: An appreciated activity in the elderly's everyday life, 3. After home rehabilitation: Failing motivation and lack of support.</p> <p>Conclusion: Home rehabilitation helped provide structure in the everyday. The motivation to continue activities after home rehabilitation seem largely to be related to the mapping in the first meeting, did not focused on the participants' history and quality of life, but physical function tests. This appeared as a central point to how the elderly experienced the quality of home rehabilitation.</p>	
Key words: phenomenological hermeneutics, life history, old age, activity, quality of life	

## FORORD

Det er med både vemod og glede, jeg nå ferdigstiller min masteroppgave. Vemod, fordi fire år med rikt påfyll av kunnskap er over og glede fordi den siste tiden har vært en intensiv arbeidsperiode med hard prioritering.

Takk til alle de flotte deltakerne i studien som har delt sine opplevelser og erfaringer med meg, og takk til kommunen som gjorde det mulig å gjennomføre studien.

På veien mot målet, har jeg hatt en tålmodig familie og viktige motivatorer. Jeg må først trekke frem Daniel som har tatt stort ansvar med barn og hjem, for at jeg kunne jobbe i fred med oppgaven. Mine to vakre prinsesser, Vilde og Malin, som har hatt en ukuelig tro på mammas arbeid og har klappet meg frem gjennom fire år.

For at hverdagen med jobb og skole skal gå hånd i hånd, kreves en fleksibel leder – spesielt i forbindelse med masteroppgaven. Jeg har vært en av de heldige som har hatt en slik leder i Heidi Ellingsen. Uten tilrettelegging fra arbeidsgiver, hadde studiene vært vanskelig å gjennomføre. Hun har også vært en stor motivator underveis og gitt meg gode råd.

Takk til min veileder, Grethe Eilertsen, som har veiledet meg gjennom jungelen av akademiske krav og søknadsprosesser. Vi har hatt noen gode arbeidsøkter ved kjøkkenbordet i hennes flotte hjem. Jeg setter stor pris på alle konstruktive tilbakemeldinger, hennes tilgjengelighet og hjertevarme.

Til slutt må jeg takke alle som har spurt meg hvordan det går og som har orket å høre meg snakke om hvordan arbeidet med oppgaven har vært. Alle meldinger om «lykke til» og «stå på» og kaffebesøk, har betydd mer enn dere aner.

*«Å undre seg, er begynnelsen til større innsikt»*

Gresk sitat

Monica Samuelsen

Hole, Mai 2015



## INNHALDSFORTEGNELSE

<b>1.0 INTRODUKSJON.....</b>	<b>1</b>
1.1 Bakgrunn.....	2
1.2 Essayets oppbygning .....	2
1.3 Hensikt og problemstilling .....	2
<b>2.0 TEORETISK REFERANSERAMME .....</b>	<b>3</b>
2.1 Litteratursøk og tidligere forskning .....	3
2.2 Rehabilitering og helse .....	4
2.3 Hverdagsrehabilitering og motivasjon .....	6
2.4 Aldring, eldre og livskvalitet .....	8
2.4.1 Aldring og eldre .....	8
2.4.2 Livskvalitet .....	10
<b>3.0 METODE .....</b>	<b>12</b>
3.1 Fenomenologisk hermeneutikk.....	12
3.2 Kvalitative intervjuer .....	13
3.3 Studiens kontekst, rekruttering og utvalg .....	14
3.3.1 Studiens kontekst .....	14
3.3.2 Rekruttering og utvalg .....	14
3.4 Forskningsetiske overveielser.....	15
3.5 Bearbeiding og analyse av det empiriske materialet .....	15
3.5.1 Transkripsjon .....	15
3.5.2. Analyse .....	15
3.6 Diskusjon av studiens kvalitet .....	19
3.6.1 Reliabilitet.....	19
3.6.2 Validitet .....	19
3.6.3 Overførbarhet.....	20
3.6.4 Endringer i for forståelse og forståelse gjennom arbeidet .....	20
<b>4.0 REFLEKSJON OVER FUNN I STUDIEN .....</b>	<b>21</b>
<b>5.0 AVSLUTNING .....</b>	<b>23</b>
<b>LITTERATURLISTE.....</b>	<b>24</b>
Vedlegg 1: Intervjuguide	
Vedlegg 2: Svar fra REK	
Vedlegg 3: Svar fra NSD	
Vedlegg 4: Samtykkeskjema	
Vedlegg 5: Forfatterveiledning for «Nordisk sygepleieforskning»	

## ARTIKKEL





## 1.0 INTRODUKSJON

Levealderen øker raskt i den vestlige verden (Wyller, 2011). Det å fylle 100 år og vel så det, er ikke lenger sjeldent. Bedring i generelle levekår og medisinske fremskritt bidrar til at flere enn tidligere, unngår å dø av sykdom og oppnår høyere levealder. Den økte levealderen er også sannsynligvis ledsaget av bedre helse og funksjon. Dermed kan perioden med kronisk sykdom og funksjonshemming for de fleste skyves ut til en kortere periode helt mot slutten av livet (Wyller, 2011).

Samtidig med den økende alderen øker antallet eldre med funksjonssvikt (Melberg & Kjekshus, 2012). Slik helsetjenesten i kommunen er bygd opp i dag, er det trolig ikke kapasitet og ressurser nok til å ivareta disse godt nok i fremtiden. I følge Stortingsmelding 47, «Samhandlingsreformen» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009), skal det satses på forebyggende og helsefremmende arbeid slik at eldre skal bo lengst mulig i eget hjem. Hjemmet har stor betydning for de aller fleste. Erfaringsmessig ønsker de eldre å bo lengst mulig i eget hjem, og være mest mulig selvstendig. Eldre trekker seg etter hvert mer tilbake fra yrkeslivet og andre samfunnsverv. Hjemmet blir det stedet der den eldre tilbringer mest tid, og når hjelpebehovet økes, trues et selvstendig liv i eget hjem (Thorsen, 2008).

I politisk sammenheng, er temaene «eldrebølgen» og «eldreomsorg» ofte fremme i medias lys, og noe politikerne er opptatt av. Spesielt aktuelle stortingsmeldinger er «Mestring, muligheter og mening – Framtidas omsorgsutfordringer» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2005) og «Morgendagens omsorg» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013). Begge stortingsmeldinger omhandler blant annet de utfordringene helsesektoren står ovenfor og anbefalinger for å løse noen av disse. NOU 11:2011; «Innovasjon i omsorg» (Helse – og Omsorgsdepartementet), gir også føringer for hvordan kommunene i Norge skal ta seg av de eldre.

Stortingsmelding 29: «Morgendagens omsorg» (Helse- og Omsorgsdepartementet, 2013), handler om å tenke annerledes og smartere for å klare seg bedre i hverdagen, til tross for sykdom og funksjonsnedsettelse. Hverdagsrehabilitering (HR) er omtalt som en metode som skal bidra til økt livskvalitet og bedre funksjonsnivået hos brukerne. Helsetjenestene må utvikles på flere måter, og HR kan være en metode for å løse flere av fremtidens utfordringer i møte med den eldre.

## 1.1 Bakgrunn

HR er en relativt ny tjeneste i Norge, og flere kommuner er i oppstartfasen med HR (Fürst & Høverstad ANS, 2014). Det er derfor behov for å vite mer om tjenesten og spesielt om eldres egne opplevelser, særlig hvordan de eldre selv opplever og erfarer denne måten å samarbeide med helsevesenet på. De eldre utgjør også en stor andel av de som mottar HR.

Studien er utført innen studieretningen Geriatrisk Helsearbeid ved Institutt for sykepleievitenskap. Det er et mål at studiens resultater vil være et bidrag i kunnskapsutviklingen om en bedre helsetjeneste til eldre.

## 1.2 Essayets oppbygning

Essayet beskriver mitt arbeid gjennom studien og reflekterer over det. Den teoretiske referanserammen inneholder resultater av litteratursøk i forbindelse med HR og forklarer den grunnleggende idéen med rehabilitering og hverdagsrehabilitering. Den teoretiske referanserammen danner utgangspunkt for studien og kaster lys over min for forståelse for resultatene i studien. Den induktive måten å arbeide på, har ført til at det underveis i studien er blitt trukket inn nye teoretiske perspektiver i tillegg til litteraturgjennomgangen før undersøkelsen. Metoden er detaljert beskrevet i essayet for å bidra til en forståelse av hvordan resultatene er blitt til. Artikkelen presenterer studiens funn- og diskusjonsavsnitt, men hovedfunnene er også reflektert over i kapittel 4.0 i essayet. Begrunnelsen for hvilke funn som trekkes frem i essayet, er at funnene er med på å kaste lys over hvordan helsearbeidere bedre kan forstå den eldres opplevelser med HR.

## 1.3 Hensikt og problemstilling

Hensikten med studien er å belyse og tolke eldres opplevelser med å delta i hverdagsrehabilitering. Den overordnede problemstillingen er: «Hvordan opplever eldre hverdagsrehabilitering tidlig i forløpet og etter at hverdagsrehabiliteringen er avsluttet?».

## 2.0 TEORETISK REFERANSERAMME

Den teoretiske referanserammen som blir presentert her speiler min forståelse av studien. Jeg vil først vise til litteratursøk og tidligere forskning på området, deretter trekker jeg frem teori som er relevant for studien.

### 2.1 Litteratursøk og tidligere forskning

Ut i fra litteratursøk i de mest kjente databasene innenfor helse: PubMed, Cinahl, Medline, Cochrane og SweMed+, har jeg funnet at den forskningen som er blitt gjort i forbindelse med HR, har dreid seg mest om brukerens funksjonsnivå før og etter HR, og de samfunnsøkonomiske gevinstene ved å bruke HR som et forebyggende og helsefremmende tiltak i kommunene. De studiene jeg har funnet ellers, handler mye om spesifikk rehabilitering etter ulike traumer og ikke HR slik det er definert her. På bakgrunn av problemstillingen, har jeg søkt systematisk etter artikler som omhandler eldres egne opplevelser med å delta i HR eller lignende intensive tiltak og hvordan de opplever tiden etter at tiltaket er avsluttet. Litteratursøkene viser at det er sparsomt med studier innen dette området.

Forskning viser at ved å stimulere eldre til å være aktivt deltagende får de bedre livskvalitet (Schroots, Ballesteros-Fernandes & Rudinger, 1999). I forhold til helsepolitiske føringer er begreper som *aktiv aldring* og *aktiv omsorg* anvendt (St.meld. nr. 25, 2005-2006). I «Innovasjon i omsorg» (NOU 11:2011) er også disse begrepene tydeliggjort. Mange eldre forteller at de er aktive og deltar i en rekke aktiviteter, og at de ønsker å være aktive på samme nivå eller helst litt mer (Vik, 2012). De etterspør ikke flere pleiere, men mer støtte til å komme ut og være aktive. Relatert til denne studien kan dette innebære at HR bør inneholde aktivitet og deltakelse også utenfor hjemmet. Ofte er rammevilkårene i kommunene det som avgjør om muligheten for positivt eller negativt på å gjennomføre hverdagsrehabiliterende tiltak (Vik, 2012).

I en svensk studie (Ziden, Kreuter & Frändin, 2010) viste det seg at grupper som hadde gjennomført et HR-program, i større grad hadde tatt opp igjen gamle hobbyer og fritidsaktiviteter enn kontrollgruppen som ikke var med i et HR-program. Med hensyn til livskvalitet, opplevde den første gruppen høyere livskvalitet enn de andre. Dette understøttes

av Lewin, De San Miguel, Knuiman, Alan, Boldy, Hendrie & Vandermeulen (2013) som også viste at deltakere i HR-gruppen opplevde høyere livskvalitet etter gjennomførelsen av programmet enn kontrollgruppen. Dette ble satt i sammenheng med at de ble mer uavhengige og selvstendige i ADL-funksjoner.

I en engelsk studie av Glendinning, Baxter, Rabiee, Wilde & Arksey (2010), var de som mottok HR fornøyde med tilbudet. Flere mente de hadde utviklet bedre selvtillit etter å ha oppnådd større selvstendighet og trygghet i egen aktivitet. Det ble også fremhevet at tillitsforholdet til de om utførte tjenesten, utviklet seg til å bli en stor motiverende faktor. En norsk studie utført av Laberg & Ness (2012), har undersøkt HR i seks forskjellige kommuner og viser at den økte mestringsfølelsen som medfølger økt funksjonsnivå også ser ut til å ha positive effekter på brukerens psykiske helse, og øker dermed trivsel, livskvalitet og brukerens deltakelse i sosialt liv.

I en landsdekkende norsk studie, «Ensom og ulykkelig? Levekår og livskvalitet blant eldre» fra 1996 utført av Dahl & Vogt, ble det avdekket at livskvaliteten til eldre mellom 65 og 98 år, varierte med blant annet langvarig sykdom, mental helse og funksjonsevne. Studien er av eldre dato, men dette er noe man har hatt kunnskap om lenge.

## 2.2 Rehabilitering og helse

I følge St.meld. 21 «Rehabiliteringsmeldingen»; «Ansvar og meistring» (Sosial- og helsedepartementet, 1998-99), er rehabilitering definert som «en tidsavgrenset, planlagt prosess med klare mål og virkemidler, hvor flere aktører samarbeider om å gi nødvendig assistanse til brukerens egen innsats for å oppnå best mulig funksjons- og meistringsevne, selvstendighet og sosial deltakelse». Likevel hevdes det fra flere hold at rehabilitering er et begrep som vanskelig lar seg definere klart (Solvang & Slettebø, 2012). Dette skyldes dels faglig uenighet om hva som legges til grunn i betydningen av begrepet, og dels som følge av mange ulike aktører involvert slik at det ikke blir en felles forståelse for begrepet (Solvang & Slettebø, 2012).

I følge Romsland, Dahl & Slettebø (2015), omfatter rehabilitering de tjenester som brukes for å bedre funksjonsevnen og aktivitetsmuligheter for unge, voksne og eldre med funksjonsproblemer. Rehabilitering innebærer ofte opptrening etter skader, men også det å

mestre et liv med nedsatt funksjonsnivå. I helsetjenesten er fokuset i rehabilitering den innsatsen som gjøres i samarbeid med pasienten for å styrke funksjonsnivået etter en skade (Romsland et al, 2015).

Internasjonalt har klassifiseringssystemet og begrepsapparatet International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF), hatt stor innflytelse på rehabiliteringsbegrepet (Solvang & Slettebø, 2012). ICF ble introdusert av Verdens helseorganisasjon i 2001 og ansees som et paradigmeskifte i forhold til rehabilitering (Reinhardt, 2011). I følge ICF er rehabilitering et forhold mellom sosial deltakelse og fysisk funksjon. ICF representerer en ny tenkemåte hvor rehabilitering ikke kun har fokus på fysiske funksjoner, men også inkluderer sosial deltakelse (Solvang & Slettebø, 2012). I rehabiliteringsprosessen er det som regel nødvendig at flere ulike fagprofesjoner deltar. Dermed krever en rehabiliteringsprosess et tverrfaglig samarbeid for å oppfylle de ulike krav og tiltak som må iverksettes i behandlingen.

Begrepet rehabilitering er således ikke et selvforklarende, entydig begrep, men gir rom for tolkninger og dermed ulike praksiser. De forskjellige faggruppene har ulike utgangspunkt, og når gruppene samarbeider med personen som skal rehabiliteres er det et stort potensiale for å utvikle et individuelt, helhetlig behandlingsopplegg. Rehabiliteringsfaget er under utvikling, og det har i de siste årene skjedd en utvikling på tvers av fagområder og vi ser et tettere samspill med personene som har behov for rehabilitering (Bredland, Linge & Vik, 2014).

Sykepleieren har en sentral rolle i rehabiliteringsarbeidet som drives i kommunene i Norge (Romsland et al., 2015). Samtidig som sykepleieren har ansvar for liv, helse og sikkerhet, skal sykepleieren også ha ansvar for å ivareta *hele* mennesket i den endringsprosessen i livet som rehabiliteringen er en følge av (Romsland et al., 2015).

Begrepet «helse» har flere dimensjoner. I oppgaven forstås helse som en integrert tilstand av sunnhet, friskhet og en følelse av velbefinnende, men ikke nødvendigvis fravær av sykdom eller plager (Eriksson, 1984). Eriksson beskriver helse ut i fra at et menneske kan befinne seg i fire ulike posisjoner, også omtalt som «Helsekorset» (Eriksson, 1984). En person kan ha en diagnose eller funksjonssvikt, men likevel oppleve seg selv som frisk. Situasjonen er akseptert av personen selv, og dermed oppleves velbefinnende til tross for sykdom. Neste posisjon innebærer fravær av sykdom eller funksjonssvikt og opplevelse av god helse og velbefinnende. En tredje posisjon er den hvor en person føler seg syk uten diagnose eller

funksjonssvikt. En opplevelse av uhelse. Den siste posisjonen innebærer at en person både har en sykdom og en opplevelse av det. Utgangspunktet for hvordan helsearbeidere skal forstå en person og tilrettelegge for og samarbeide om et tiltak, for eksempel HR, avhenger derfor av hvordan personen selv opplever egen helse.

### 2.3 Hverdagsrehabilitering og motivasjon

Begrepet hverdagsrehabilitering springer ut i fra begrepet rehabilitering og er et relativt nytt begrep innen pleie- og omsorgssektoren i Norge. HR er definert som forebygging og rehabilitering mens brukeren bor i eget hjem (Bjerkaas & Ness, 2012). I følge Tuntland & Ness (2014), innebærer HR blant annet å kartlegge hva som er viktige aktiviteter i livet nå. Det fremstår som ulikt hvilke kartleggingsverktøy som blir anvendt, selv om både funksjonstester og tester for kartlegging av livskvalitet er nevnt (Fürost og Høverstad ANS, 2014). Hovedfokus skal være på hverdagsaktiviteter som personen selv synes er viktig. Vik (2015) beskriver aktivitet som noe å gjøre eller holde på med. I tillegg handler det om en subjektiv opplevelse, for eksempel at en aktivitet er meningsfull (Vik, 2015). HR skal foregå i en tidsavgrenset periode i personenes hjem, og fokus på å mestre hverdagsaktiviteter som fører til at personen kan bo lengst mulig hjemme. Det skal være et tverrfaglig samarbeid som inkluderer ergoterapeut, fysioterapeut og hjemmetjenesten (Tuntland & Ness, 2014). Et eksempel er hvis en person ikke lenger mestrer å gå ute på tur uten bistand. Dersom det er et ønske å mestre dette selv, skal HR bidra til at personen skal klare det igjen innenfor en tidsbegrenset periode. Det vil si at det blir lagt opp til intensiv trening med nettopp dette som siktemål. Ringvirkninger av oppnådde mål, kan være at vedkommende kan være i stand til å gjenoppta sitt sosiale liv, og behovet for tjenester fra hjemmesykepleien kan avsluttes, reduseres eller utsettes.

Danmark og Sverige er foregangsland når det gjelder HR. Danmark og Fredricia kommune er kanskje mest kjent. Fredricia kommune var en av de første kommunene i Danmark som satte i gang med et systematisk arbeid med å utvikle, prøve ut og evaluere modeller for HR. Kommunen hadde som utgangspunkt fokus på den demografiske utviklingen, hvor det blir flere eldre, men uendret ressursramme (Kürstein, Kjellberg, Ibsen & Thule, 2012). Fredricia kommune arbeidet med to modeller. Den første modellen (modell 1) som het «Hverdagsrehabilitering», var målrettet mot nye borgere som henvendte seg til kommunen for hjelp. I stedet for at hjemmetjenesten kom på vurderingsbesøk, var det teamet i

«Hverdagsrehabilitering» som kom for å gjøre en vurdering. Det ble da gitt tilbud om tverrfaglig rehabilitering i eget hjem og nærmiljø, utført av dette teamet. Den andre modellen (modell 2), kalt «Trænende Hjemmehjælp», var målrettet mot de som allerede hadde tjenester. Det ble utført en ny vurdering av disse, for å se om det var rehabiliteringspotensiale. De som hadde det, fikk ekstra trening fra «Trænende Hjemmehjælp» i tillegg til den vanlige kommunale hjelpen. Begge modellene er nå implementert i Fredricia. «Hemrehabilitering» i Östersund er kjennetegnet av et felles tankesett og en rehabiliterende arbeidsform for alle yrkesgrupper som er involvert (Månsson, 2007). Det skal utføres tidlig tverrfaglig innsats med vekt på å støtte fremfor å hjelpe brukeren. Et felles verdigrunnlag som skal ta utgangspunkt i brukerens behov, ønsker og ressurser med vekt på brukerens delaktighet i hverdagsrehabiliteringen (Månsson, 2007). I «Hemrehabiliteringen» brukes ergo- og fysioterapeuter som veiledere for hjemmetjenesten i kommunen. «Vardagsrehabiliteringen» utføres av den ordinære hjemmetjenesten (Månsson, 2007).

I rehabiliteringsvirksomhet er motivasjon en sentral faktor. Ethvert menneske blir drevet frem av motivasjonsfaktorer, og har et håp om noe. Enhver som ønsker å oppnå et mål, er motivert ut i fra håp. Håp uttrykker et ønske om å leve og er grunnleggende for motivasjon (Romsland et al., 2015). I HR er det viktig at personene som deltar finner aktiviteter som motiverer for å oppnå mål. For å klare å opprettholde motivasjon, er det viktig at både yngre og eldre får «riktig» grad av utfordring (Vik, 2015). Det er ikke sikkert at det alltid samsvarer mellom det helsepersonell og pårørende ser på som viktige gjøremål som motiverer, med det den eldre ser på som betydningsfullt. For eksempel kan en pårørende mene at det er viktig for den eldre å klare å dusje selv, mens den eldre er mer opptatt av å kunne hugge ved. Å hugge ved kan fremstå som utrygt og mer utfordrende, men motivasjonen for aktiviteten vil sannsynligvis være sterkere. Det er derfor viktig å ta utgangspunkt i det den eldre virkelig ser på av betydning, for å kunne skape «riktige» motivasjonsfaktorer for igjen å lykkes.

I følge Solvang & Slettebø (2012) handler rehabilitering om en oppstått skade som gir grunnlag for en forbedringsprosess. I begrepet HR er det her forstått som om skade blir byttet ut med funksjonssvikt. I noen tilfeller har ikke funksjonssvikten inntruffet, men det er et overhengende potensiale for det. Forskjellen er også at fokus er hva personen selv ønsker å klare, og ikke nødvendigvis direkte opptrening av en skade eller funksjonssvikt. HR utfordrer dermed den tradisjonelle forståelsen av rehabilitering, og er av forebyggende og helsefremmende art.

Organiseringen av HR varierer fra kommune til kommune i Norge. Det er flere kommuner som er i oppstartfasen med hverdagsrehabilitering, og flere prosjektstudier og effektstudier er igangsatt for å undersøke tiltaket (Bjerkaas & Ness, 2013).

Det er utarbeidet en rapport som er spesielt aktuell i forbindelse med organiseringen av hverdagsrehabilitering i norske kommuner av Fürst & Høverstad ANS (2014). Denne rapporten beskriver blant annet to ulike modeller for organisering av HR. Den ene modellen kalles «Rehabiliteringsteam med et fullstendig ansvar». I denne modellen har teamet ansvar for både utredning, planlegging og gjennomføring. Det vil si at det settes sammen et team rundt brukeren bestående av en ergoterapeut/fysioterapeut, eventuelt sykepleier og hjemmetrenere. Den andre modellen kalles «Rehabiliteringsteam som motor for hverdagsrehabilitering». Her har fortsatt teamet ansvaret for utredning, planlegging og gjennomføringen av hverdagsrehabiliteringen, men selve treningen med brukeren utføres av ansatte i den ordinære hjemmetjenesten (Fürst & Høverstad ANS, 2014).

## 2.4 Aldring, eldre og livskvalitet

### 2.4.1 Aldring og eldre

I følge *aktivitetsteorien* anbefales aktivitet og deltakelse blant eldre (Thorsen, 2014). Denne teorien ble en motteori til tilbaketrekningsteorien. Tilbaketrekningsteorien ble lansert av Cumming & Henry i 1961 (Thorsen, 2014). Denne teorien hadde to hovedelementer som dreide seg om alderdommens «naturlige» tilbøyelighet for tilbaketrekning og samfunnsforhold som skyver ut eldre mennesker. Det vil si at eldre trekker seg tilbake på grunn av den biologiske aldringen og forbereder seg til døden. Den eldre blir mer innadvendt og trekker seg ut av flere sosiale roller. Det vil bli lagt til rette for dette fra samfunnets side med for eksempel muligheten for å pensjonere seg (Thorsen, 2014). Tilbaketrekningsteorien legger ikke til rette for begrunnelse av at aktivitet og rehabilitering er viktig. Aktivitetsteorien derimot hevder at aktivitet er gunstig i alderdommen og at aktivitet må oppmuntres, ikke hindres. Fellestrekket for begge teoriene er at aldring er noe som skjer med alle etter generelle prinsipper for aldringsprosessen (Thorsen, 2014), og ivaretar ikke individuelle, sosiale og kulturelle forskjeller. Aktivitetsteorien er i dag utgangspunkt for opptrening og rehabilitering, mens tilbaketrekningsteorien minner oss på at ikke alle ønsker å være aktive, men tar ikke hensyn til individuelle forskjeller.



Tornstam (2005) utviklet teorien om gerotranscendens, som kan sies å være en videreføring av tilbaketrekningsteorien. Tre dimensjoner ved teorien tar utgangspunkt i det som er grunnleggende felles for mennesket, og hevder at tilbaketrekning er en universell aldringstendens. Den første dimensjonen handler om en opplevelse av kosmisk orientering – en følelse av å være et ledd i generasjoner forover og bakover og en aksept av døden. Den andre dimensjonen handler om å være mindre opptatt av seg selv og mer opptatt av å finne mening med hverdagen. Den siste dimensjonen handler om sosiale relasjoner; mer overflatiske kontakter blir mindre viktig og de nærmeste mer betydningsfulle (Tornstam, 2005). Empirisk etterprøving av teorien har gitt blandede resultater, men kanskje det viktigste å trekke ut fra denne teorien er at eldre mennesker er ulike og har dermed ulike behov. Det er derfor viktig at helsetjenester utøves med en grunnleggende forståelse forankret i at eldre er unike personer med ulike opplevelser som ligger til grunn for deres livsoppfatning.

Aldring er både psykologisk, sosial og biologisk (Daatland & Solem, 2011). Psykologisk aldring dreier seg om endringer i mentale evner og karakter, i selvbilde og følelsesliv, i behov og væremåte. Ikke minst måten personer takler den biologiske aldringen og hvordan en forsøker å tilpasse seg nye situasjoner. For eksempel hvordan eldre takler funksjonssvikt og dårligere helse. Den sosiale aldringen har med hvordan aldring og eldre år preges og organiseres fra samfunnets side. Vi ledes inn og ut av sosiale roller til ulike aldre, med tilhørende forventninger, rettigheter og plikter (Daatland & Solem, 2011). For eksempel fra å være fullt aktiv i arbeidslivet til å bli pensjonist. Aldringsprosessen kan påvirkes av at helsevesenet iverksetter tiltak, som behandlingstilbud eller medisiner, slik at flere mennesker beholder god helse og et godt funksjonsnivå så lenge som mulig i et langt liv (Wyller, 2011).

Ut i fra livshistorieforskning, hevdes det at hvis alderdommen skal forstås fullt og helt har det som har skjedd tidligere i livet stor betydning (Thorsen, 2008). En eldre person har levd et langt liv med både gode og vonde opplevelser som har gjort personen til den han/hun er. Det å bli gammel er ikke en «rolle» som velges, men som mennesket automatisk havner i. Individet er fortsatt den samme, og utfordringen kan bli å bevare selvet i den nye rollen. For å bevare selvet under endrede vilkår foregår et kontinuitetsarbeid (Thorsen, 2008). I følge Thorsen (2008), er selvet kontinuerlig erfarende og endrende i en prosess i stadig utvikling og forandring. Selvet inkluderer blant annet erfaringer, verdier, normer, idealer, håp, følelser,

refleksjoner og ønsker. Når selvet trues av for eksempel funksjonssvikt, er dette vanskelig å takle for mange.

Gjennom et livsløp utvikles en opplevelse av sammenheng, som er forankret i barndommen (Antonovsky, 1984). Å miste opplevelse av sammenheng, kan forbindes med å miste kontrollen. Alderdommen kan være en fase hvor det oppstår uunngåelige hendelser som utfordrer den opplevde sammenheng. Når den eldre har nok med «å ta en dag av gangen» og kanskje ikke klarer å se og tenke på en fremtid kan opplevelsen av sammenheng i livet bli utfordrende.

#### 2.4.2 Livskvalitet

Livskvalitet er et begrep med mange dimensjoner. I denne studien forstås livskvalitet som psykisk velvære (Næss, Mastakaasa, Moum, Sørensen, 2001). Det vil si at det å ha livskvalitet blant annet består i å ha gode følelser som for eksempel glede og å ha en opplevelse av mening med tilværelsen. I rapporten til Næss et al. (2001), defineres livskvalitet slik: «En persons livskvalitet er høy i den grad personens bevisst kognitive og affektive opplevelser er positive og lav i den grad personens bevisst kognitive og affektive opplevelser er negative» (Næss et al., 2001, s. 10). Det kognitive forstås som tanker, oppfatninger og vurderinger, og det affektive er følelser for eksempel glede eller fortvilelse (Næss et al., 2001). Disse to aspektene påvirker naturlig hverandre og kan være vanskelig å sette et klart skille mellom. De vurderingene vi gjør, har ofte sammenheng med følelsene våre. Begrepet knyttes til verdier, både positive og negative (Næss et al., 2001). En person som opplever mye angst og depresjon kan likevel oppleve glede.

Definisjonen knyttes videre til enkeltpersoner og ikke samfunn. Den handler om enkeltpersoners gode opplevelser på lang sikt og ikke for et helt samfunn. Selv om et samfunn har bedre livskvalitet enn andre, kan en ikke konkludere med at hver enkelt person i det samfunnet har samme grad av livskvalitet. Livskvalitet er således et individuelt anliggende ut i fra denne definisjonen. Hva personen har, gjør og omgis av kan påvirke livskvaliteten (Næss et al., 2001), men det en person eksempelvis har betyr kanskje ikke det samme for en annen. Det kan derfor ikke slutes at en person har høy livskvalitet fordi vedkommende har familie, mens en som ikke har familie har dårlig livskvalitet. Opplevelse av livskvalitet er en individuell opplevelse.

Følelsen av velvære er en verdi som kan knyttes til det å ha livskvalitet. Det er godt dokumentert at meningsfull aktivitet har betydning for velvære og helse (Johannesen, 2012). En kvalitativ undersøkelse utført av Rudman, Cook og Polatajko (1997), viser at eldre mennesker mener at aktivitet bidrar til økt velvære og at det å yte noe og ha et gjøremål er meningsfullt. Et annet aspekt var at det den eldre var beskjeftiget med, var viktig for identiteten og den personlige utviklingen. Det var heller ikke nok å ha aktiviteter å holde på med, men også ha kontroll over dem. Funn i en annen studie, beskrevet i Johannesen (2012), viser at det å holde på med aktiviteter som har personlig betydning, er avgjørende for opplevelsen av en meningsfull hverdag. I forbindelse med at det skal knyttes målsettinger til hverdagsaktiviteter, er det et viktig aspekt at målene gjenspeiler den enkeltes verdier. Dermed er dette en prosess som krever at både den eldre og de som jobber med HR bruker tid på «å lete» etter de endelige målene.

### 3.0 METODE

Studien søker etter å forstå de eldres opplevelser med å delta i hverdagsrehabilitering. Tema og problemstilling fremstår slik at en induktiv tilnærming ansees som hensiktsmessig. Jeg har derfor valgt kvalitativ metode, da denne metoden er best egnet til å belyse problemstillinger om menneskers opplevelser (Silvermann, 2006).

#### 3.1 Fenomenologisk hermeneutikk

Studien er gjennomført ut i fra fenomenologisk-hermeneutisk design. For å få frem et helhetlig bilde av deltakernes opplevelser med HR, valgte jeg individuelle samtaleintervjuer som datainnsamlingsmetode. Denne metoden egner seg godt for å få frem deltakerens virkelighet gjennom både non-verbal og språklig interaksjon (Kvale & Brinkmann, 2009).

Det kvalitative forskningsdesignet er relativt løst/ikke-rigid. Mange beslutninger tas underveis i forskningsprosessen, for eksempel antall deltakere og temaer som dukker opp og bør følges. I følge Repstad (1998), handler kvalitativ metode om å karakterisere og finne karaktertrekkene eller egenskapene ved et fenomen. I en kvalitativ undersøkelse bør forskeren være åpen, fleksibel og nysgjerrig på informantens egne meninger og synsvinkler (Kvale & Brinkmann, 2009).

Studien er inspirert av Lindseth & Norbergs (2004) metode innenfor den fenomenologisk hermeneutiske tradisjonen. Bakgrunnen for kombinasjonen av de to retningene er ønsket om å forstå menneskers opplevelser og erfaringer. Lindseth & Norberg (2004) er inspirert av blant annet Edmund Husserl's idé om at vi aldri oppfatter en ting eller et fenomen som det er, men kun slik det fremstår for oss. En ser ikke hele bildet, bare deler av det. Inntrykket blir farget av våre tidligere erfaringer og vi tar for gitt at vi kjenner fenomenets vesen. Husserl hevdet at vi måtte sette vår tidligere forståelse i parentes, for å la tingen vise seg som den er. I kvalitativ forskning er fenomenologien ofte brukt for å undersøke sosiale fenomener med beskrivelser av dagliglivet slik de oppleves av den enkelte (Kvale & Brinkmann, 2009).

De tre metodiske analysetrinnene som Lindseth & Norberg (2004) beskriver, er inspirert av Ricoeur's fenomenologiske hermeneutiske tolkningsteori (Ricoeur, 1976). Fordelen med metoden er at det er en dialektisk bevegelse mellom forståelse og forklaring. Det vil si en

ikke-metodisk pol og en metodisk pol (Lindseth & Norberg, 2004). I den foreliggende studien er det i min analyse utarbeidet flere tabeller for å belyse de ulike analysetrinnene detaljert, eksempler på to av tabellene er presentert nedenfor, tabell 1 og tabell 2.

### 3.2 Kvalitative intervjuer

For å få tilgang til andres opplevelser, må forskeren være lyttende og fokusert. En må være lydhør for forandringer, følelsesmessige aspekter som berører den andre eller motsigelser i uttalelsene til informanten (Malterud, 2003). Dette prøvde jeg å være bevisst på i møtet med deltakerne.

Det ble lagt opp til et intervju med hver deltaker etter cirka to uker etter oppstart med HR og cirka to uker etter avsluttet HR. Ved å gjøre to intervjuer på to ulike tidspunkt gav det muligheter for en utdypning av deltakernes opplevelser og å undersøke eventuelle endringer etter HR.

Det ble brukt en intervjuguide, vedlegg 1, under alle intervjuene for å hjelpe meg til å holde fokus på de sentrale temaene jeg ønsket å vite mer om. Temaene ble utviklet på bakgrunn av litteraturgjennomgang, min erfaring med HR, både i praksis og det jeg har lest om tjenesten. Samtidig ble det lagt vekt på at deltakerne skulle ha stor grad av frihet til å fortelle om sine opplevelser med HR. Jeg fulgte opp flere av temaene ved å spørre om deltakerne kunne utdype sine svar for å få et mer nyansert bilde enn kun det umiddelbare utsagnet. I følge Kvale & Brinkmann (2009), er det en styrke ved denne metoden at intervjueren kan validere dataene ved å be om forklaringer og utdypninger av utsagn. Intervjuene ble tatt opp på lydfil.

Underveis og umiddelbart etter intervjuene ble observasjoner, tanker og refleksjoner skrevet ned. Notatene ble tatt frem under det senere arbeidet med analysen, både for å gjenskape noe av atmosfæren i intervjusituasjonen og for å inkludere de spontane inntrykkene.

### 3.3 Studiens kontekst, rekruttering og utvalg

#### 3.3.1 Studiens kontekst

I den aktuelle kommune er det et HR-team bestående av to fysioterapeuter, en ergoterapeut og en hjemmetrener som er omsorgsarbeider av fagutdannelse. Alle fire har små prosentsatser i sin stilling avsatt til HR. Det er fysioterapeuten og/eller ergoterapeuten som gjennomfører kartleggingen. Dermed var modellen for oppstart tilnærmet lik modellen kalt «Rehabiliteringsteam med fullstendig ansvar» (Füerst & Høverstad ANS, 2014).

HR er i denne kommunen et lav-terskel-tilbud. Det vil si at alle som ønsker kan henvende seg til HR-teamet og be om en vurdering. Det er også mulig for både fastlege, hjemmetjenesten og pårørende å henvise pasienter. I denne studien hadde ingen av deltakerne henvendt seg selv, men ved hjelp av fastlege eller pårørende. Vurderingen i første omgang består av en samtale som gjøres av en av fysioterapeutene og/eller ergoterapeuten. Verktøyene som blir benyttet i kartleggingen er the Canadian Occupational Performance Measure (COPM) og Short Physical Performance Battery (SPPB). COPM innhenter brukerens vurdering av egne aktivitetsutfordringer (Kjeken & Hunnålvatn, 2014). I etterkant av HR, evalueres nytten av rehabiliteringstiltakene ved hjelp av COPM. SPPB er en screeningtest for balanse, gangfunksjon, og muskelstyrke i underekstremitetene (Tuntland & Ness, 2014). Denne testen utføres også ved avslutningen av HR.

#### 3.3.2 Rekruttering og utvalg

Det ble opprettet en kontaktperson i HR-teamet som rekrutterte deltakere. Potensielle deltakere ble rekruttert fortløpende ettersom de takket ja til tilbudet om HR. Det ble gitt muntlig informasjon samtidig med skriftlig informasjon og skjema for samtykke ble gitt til den aktuelle deltakeren. Personene ble bedt om å tenke på om de ønsket å delta. Neste dag skulle samtykkeskjemaet legges i en lukket konvolutt og leveres tilbake til kontaktpersonen uavhengig om de ønsket å delta eller ikke. På denne måten visste ikke kontaktpersonen om vedkommende samtykket til deltakelse. Jeg mottok konvoluttene personlig og oppbevarte de i en låsbar skuff med kun meg med tilgang. Jeg tok fortløpende kontakt med deltakerne som ønsket å delta per telefon. Alle intervjuene ble gjort i hjemmet til deltakerne.

Inklusjonskriteriene var fylte 65 år og ha samtykkekompetanse. Utvalget ble tre menn og to kvinner, mellom 84 og 92 år. To var enkemann/enke og tre var gift og bodde sammen med ektefellen.

### 3.4 Forskningsetiske overveielser

Det ble søkt Regional Etisk Komité (REK), vedlegg 2, i og med at studien skulle omhandle deltakeropplevelser i HR og at jeg skulle intervju disse direkte. Studien kunne gjennomføres uten REK-godkjenning, og det skulle søkes videre til Norsk Samfunnsvitenskapelige Datatjeneste, vedlegg 3. Studien ble gitt tilråding for gjennomføring.

I studien ble det innhentet frivillig informert samtykke, vedlegg 4, fra hver enkelt deltaker med mulighet for å trekke seg når som helst underveis. Selve intervjusituasjonen ble vurdert ut i fra om den ville ha uønskede konsekvenser for informantene. Jeg forsikret deltakerne om at resultatet fra intervjuene ikke ville få konsekvenser for videre deltakelse i HR og at dette var konfidensielt.

### 3.5 Bearbeiding og analyse av det empiriske materialet

#### 3.5.1 Transkripsjon

Transkripsjonen ble gjennomført etter hvert intervju. I følge Kvale & Brinkmann (2009), er det en fordel å gjøre dette arbeidet selv for å komme nær teksten og stemningen som rådde under intervjuene. Det viste seg å være viktig å gjøre dette etter hvert enkelt intervju for at jeg kunne forberede meg til neste intervju med en annen deltaker, men også til det neste intervjuet med samme deltaker. Jeg anså det som viktig med tanke på en fortløpende utvikling av spørsmålsformuleringene og samtidig å øke oppmerksomheten mot temaer som burde forfølges i de neste intervjuene. Det ble kun endret på rekkefølgen på spørsmålene i intervjuguiden. Temaer den enkelte deltaker snakket om i det første intervjuet, ble tatt opp igjen i neste.

#### 3.5.2 Analyse

I følge Lindseth & Norberg (2004) består tolkningsarbeidet av tre deler. Først *den naive lesningen* hvor alle de transkriberte intervjuene er satt sammen til et hele. Dette leses flere ganger og en skriver ned det umiddelbare budskapet av teksten. I denne fasen skal leseren

tilstrebe og løse seg fra sin egen forforståelse og la teksten tale for seg. Utgangspunktet er fenomenologisk og resultatet fra den naive lesningen formuleres som beskrivelser av ulike fenomener i teksten, uten refleksjon og fortolkning. Jeg leste først de fem førstegangsintervjuene, deretter de fem annengangsintervjuene. Refleksjoner fra begge intervjurundene ble skrevet ned, og den videre analysen ble gjennomført under ett. Dette gjorde jeg i et forsøk på å få en dybdeforståelse av deltakernes opplevelser med HR. Samtidig var jeg interessert i å undersøke om det var endringer i deltakernes opplevelser mellom de to intervjutidspunktene.

Deltakerne i studien fortalte mye om seg selv i intervjuene. Om sin bakgrunn, tidligere opplevelser og helse, og hvordan dette innvirket på hvordan livet var nå. Dette fremstod for meg som å være av stor betydning for deltakerne. Det første møtet med HR-temaet, virket utydelig for de eldre å referere til. Forståelsen av hva HR dreide seg om, syntes vanskelig for deltakerne. Det fremkom også at kartleggingen i oppstarten og senere, hadde hovedfokus på fysisk funksjonstesting. Jeg forsøkte å ha et spesielt blikk på om det var noen endringer eller utvikling fra det første intervjuet til det andre. Flere opplevde at motivasjonen for å opprettholde treningen, var mindre etter at HR var avsluttet. Jeg undret meg over hvorvidt kartleggingen i oppstarten, kunne ha hatt innvirkning på deltakernes engasjement og motivasjon for gjennomføringen av HR-aktivitetene og for hvordan de hadde opplevd deltakelsen når de så tilbake på HR i etterkant. Summen av den naive lesningen dannet utgangspunkt for det neste analysetrinnet, *den strukturerte analysen*.

Det første hovedinntrykket blir validert eller satt til side i det videre arbeidet med den strukturerte analysen, men guider strukturanalysen videre. Strukturanalysen er mer bundet av en bestemt metodisk tilnærming som følger en gitt rekkefølge. Det er blitt brukt en tematisk strukturanalyse i et forsøk på å identifisere og formulere temaene som lå i teksten. Temaene som blir identifisert og tolket, formidler meningen i erfaringene som er meddelt i teksten (Lindseth & Norberg, 2004). Spørsmålene fra den første fasen av analysen, ble forsøkt besvart ved å først identifisere meningsenheter. Meningsenhetene ble kondensert til et mer meningsgivende språk med vekt på å bevare det opprinnelige meningsinnholdet. Det ble utviklet et fargekodesystem for lettere å se etter fellestrekk i meningsenhetene, og for å finne ut hva dette egentlig dreide seg om. Det ble lagd 14 fargekoder ut i fra hele teksten.



I neste fase ble meningsenheter med likt meningsinnhold gruppert til subtemaer. Jeg sto igjen med fire subtemaer som ble sammenfattet til først to hovedtemaer. Det tredje hovedtemaet fremsto som en endring etter at HR var avsluttet. Jeg har her utformet en tabell (jmf. tabell 1) for å vise et eksempel på veien fra meningsenheter til subtemaer og videre til hovedtemaene. Hovedtemaene ble: 1. Ved oppstart av hverdagsrehabiliteringen: Ufullstendige målsettinger og manglende forankring i den eldres liv 2. Underveis i hverdagsrehabiliteringen: En beskattet aktivitet i den eldres hverdag. 3. Tiden etter hverdagsrehabiliteringen: Sviktende motivasjon og manglende oppfølging.

**Tabell 1**

**Uttrekk fra analysen - fra meningsenheter sammenfattet til subtemaer og til hovedtemaer – et eksempel**

<b>Meningsenheter</b>	<b>Subtemaer</b>	<b>Hovedtema</b>
21. Det jeg har opplevd har gjort at jeg har blitt slik jeg er 26. De spurte ikke om jeg likte idrett, og det tror jeg hadde hatt betydning 85. Jeg drar med meg sorgen jeg har opplevd videre 94. De har ikke spurt meg om hva jeg har gjort før	Manglende oppmerksomhet på den enkeltes interesser og historie	Ved oppstart av hverdagsrehabiliteringen: Ufullstendige målsettinger og manglende forankring i den eldres liv
62. Veldig hyggelige og behagelige mennesker 78. Kjempebra tiltak 92. Dette er supertopp 93. Det er noen å prate med	Hverdagsrehabilitering – et friskt pust i hverdagen	Underveis i hverdagsrehabiliteringen: En beskattet aktivitet i den eldres hverdag
111. Ikke alltid opplagt til å trene 216. Jeg mistet lysta 230. Jeg sliter fortsatt med motivasjonen 236. Jeg vil ikke gjøre øvelsen alene		Tiden etter hverdagsrehabiliteringen: Sviktende motivasjon og manglende oppfølging

For å få en oversikt over subtemaene og hovedtemaene, er disse satt i en tabell (jmf. tabell 2).

**Tabell 2**

**Oversikt over hovedtemaer og subtemaer**

Hovedtema	Subtemaer
1. Ved oppstart av hverdagsrehabiliteringen: Ufullstendige målsettinger og manglende forankring i den eldres liv	a) Det første møtet med hverdagsrehabilitering – en uklar erindring b) Manglende oppmerksomhet på den enkeltes interesser og historie
2. Underveis i hverdagsrehabiliteringen: En beskattet aktivitet i den eldres hverdag	a) Hverdagsrehabilitering – et friskt pust i hverdagen b) Bra med trening
3. Tiden etter hverdagsrehabiliteringen: Sviktende motivasjon og manglende oppfølging	

Det siste steget i tolkningen av teksten, kaller Lindseth & Norberg (2004) for *helhetlig forståelse* av teksten. I denne fasen leses intervjuene igjen som et hele, og inntrykket fra den naive lesningen blir satt i sammenheng med subtemaer og hovedtemaer fra den strukturelle analysen. Hensikten er å undersøke gyldigheten av påstandene som oppstod etter den naive lesningen.

Forskeren skal nå være kreativ og sette funnene inn i sin kontekst og analysere dem i forhold til aktuell teori og forskning. Forforståelsen og forståelsen gjennom analysen brukes nå aktivt for å se de ulike opplevelsene i en større sammenheng og reflekterer og diskuterer resultatene. Dette presenteres kort i kapittelet hvor funnene reflekteres.

Lindseth & Norberg (2004), skriver at strukturanalysen enten verifiserer eller forkaster den naive lesningen. Inntrykket fra den naive lesningen samsvarer med strukturanalysen og den helhetlige forståelsen og tolkningen av teksten.

### 3.6 Diskusjon av studiens kvalitet

#### 3.6.1 Reliabilitet

Reliabilitet har med forskningsresultatene troverdighet og gjøre, og om forskningen er utført på en pålitelig måte (Kvale & Brinkmann, 2009). For eksempel om informantene i studien ville endret svarene sine ved at det var en annen person som intervjuet de. Silvermann (2006) vektlegger at detaljerte beskrivelser av framgangsmåten som er fulgt i alle delene av forskningsprosessen, bidrar til å styrke studiens reliabilitet. Jeg forsøkte å «nullstille» meg i intervjusituasjonen med den eldre, og sette til side mine kunnskaper og tidligere erfaringer. Likevel er det nærliggende å tro at min bakgrunn som sykepleier kan ha påvirket intervjusituasjonen i større eller mindre grad både positivt og negativt.

I denne studien består utvalget av de personene som er deltakere i HR. Dette er en faktor som etter min mening styrker studiens reliabilitet. Jeg har fått førstehåndsopplysninger om opplevelsen av HR. En annen faktor er at det er utført to intervjuer med samme deltaker på to ulike tidspunkt. Dette bidro til at informantene kunne gi en «her og nå» - opplevelse og at de i intervju nr. to kunne se tilbake på opplevelsene sine etter å ha fått denne intense perioden litt på avstand. Jeg fikk også innblikk i endringene fra hverdagen før og nå. Ved at intervjuene ble tatt opp på lydfil, styrkes studiens reliabilitet ved at jeg hele tiden under arbeidet hadde tilgang på informantenes opplevelser og historier. Fullstendige utskrifter av intervjuene bidro også til å beholde opplevelsens særegenhet i analyseprosessen. Ved å bruke en framgangsmåte i analyseprosessen som gjennomgår alle intervjuene på detaljnivå i flere faser, for deretter og se sammenhenger og variasjoner på tvers, bidrar til at resultatene er troverdige.

#### 3.6.2 Validitet

Validitet handler om i hvilken grad metoden som er brukt faktisk undersøker det den er ment for å undersøke (Kvale & Brinkmann, 2009). Om funnene i studien reflekterer det man i utgangspunktet ønsket å vite mer om. Problemstillingen som er valgt i denne studien er relativt åpen. Dette fordi det som nevnt tidligere, finnes lite forskningslitteratur på HR generelt. Dermed var jeg også åpen i forbindelse med hvilke funn jeg ville ende opp med. Validitet er også knyttet opp i mot gyldigheten av de tolkningene jeg har gjort ut i fra data (Thagaard, 2009), og hvordan en kan vite at resultatene representerer virkeligheten som er studert (Silverman, 2006). Jeg har under gjennomføringen av studien forsøkt å reflektere over min egen rolle, og denne rollens betydning for tolkningene som er gjort. Analysen er

beskrevet detaljert og gir en oversikt over min forståelse av hvordan resultatene er blitt til. Et tekstmateriale kan forstås og tolkes på flere måter (Lindseth og Norberg, 2004), og tolkningen som er presentert her, representerer en av flere mulige. Mange valg er tatt underveis, og flere er diskutert underveis med veileder. Likevel er jeg, «forskeren», nybegynner i alle ledd, både i arbeidet med rekruttering, intervjusituasjonen og bearbeidningen av datamaterialet. Min veileder har bidratt til å styrke studiens validitet ved å kritisk vurdere mine tolkninger.

### 3.6.3 Overførbarhet

Hvis resultatene fra undersøkelsen vurderes som pålitelige, gjenstår spørsmålet om resultatene kan overføres til andre informanter og situasjoner eller om de kun er av lokal interesse (Kvale & Brinkmann, 2004). I denne studien er det fem deltakere og den er utført i samme kommune. Det som er felles for disse informantenes opplevelser kjennetegner denne kommunens måte å kartlegge og gjennomføre HR på. I følge Ness & Tuntland (2014), er kartleggingsverktøyene COPM og SSPB som er funksjonstester mest brukt i HR i Norge, slik som den aktuelle kommunen i denne studien. Kommunen har også organisert HR ut i fra modellen «Rehabiliteringsteam med fullstendig ansvar» (Først & Høverstad ANS, 2014), som er en metode flere kommuner er inspirert av.

### 3.6.4 Endringer i forforståelse og forståelse gjennom arbeidet

I den fenomenologiske metoden bør man som forsker forsøke å sette sin egen forforståelse til side (Thornquist, 2003). I utarbeidelsen av intervjuguiden hadde jeg bevisst og ubevisst med meg tanker, oppfatninger og idéer om eldres situasjon i HR.

Min forståelseshorisont underveis ble hele tiden endret. Den forforståelsen jeg hadde før undersøkelsen utviklet og endret seg til ny forståelse og til å se nye aspekter og sammenhenger. Gjennom den naive lesningen og strukturerte analysen, endret forforståelsen min seg på nytt. På bakgrunn av både allerede lest litteratur og ny litteratur jeg anså som viktig for å belyse problemstillingen, fikk jeg ny innsikt og forståelse. Blant annet betydningen av motivasjon og opplevelsen av egen historie og helse. Gjennom å studere helheten, analysere deler og gå tilbake til helheten har jeg brukt den hermeneutiske spiralen for å oppnå økt forståelse (Lindseth & Norberg, 2004; Kvale & Brinkmann, 2009).

#### 4.0 REFLEKSJON OVER STUDIENS FUNN

I dette kapittelet vil jeg kort reflektere over hovedfunnene i studien. Artikkelen presenterer resultatene fra studien og er diskutert der.

En av hovedintensjonene i HR er å bidra til både bedre funksjonsnivå og økt livskvalitet. De eldres første møte med HR i denne studien, preges av uklarhet om hva HR egentlig er. Vurderingen i oppstartfasen, fremsto som en kartlegging av funksjonsnivå og ikke livskvalitet. Erfaringene deltakerne i studien hadde med seg fra tidligere, syntes å være svært viktig for dem og syntes dermed å være en relevant kilde i målarbeidet i HR. Gjennom et langt liv med ulike opplevelser, er den eldre blitt formet til den han/hun er (Thorsen, 2008). Det viste seg at motivasjonen for treningen og opprettholdelse av aktiviteter var utfordrende for de eldre etter HR. En viktig oppgave for helsearbeiderne i HR er å hjelpe deltakerne til finne målene som motiverer og som er betydningsfulle for den enkelte, slik at de oppnås. For at helsearbeiderne i HR skal gjøre dette på en best mulig måte, må den eldre forstås ut i fra deres perspektiv så godt det lar seg gjøre. Dermed må man bruke tid på å bli kjent med den eldre og deres bakgrunn, for videre å forstå deres utgangspunkt. Det kan synes som dette ikke er vektlagt i oppstartfasen, noe de eldre også bekreftet, og henger sammen med utarbeidelsen av målene. I følge Thorsen (2008) er hvordan eldre opplever og mestrer alderdommen, en prosess som foregår hele tiden, men har grunnpilarer i det tidligere og erfarte liv. I teorien om gerotranscendens utviklet av Tornstam (2005), er et hovedtrekk at ethvert eldre menneske har ulike preferanser ut i fra ulike erfaringer og opplevelser. Utgangspunktet de eldre hadde i forbindelse med oppfatning av egen helse, kunne også hatt innvirkning på videre tiltak i HR. Det var ulike variasjoner av hvordan dagene opplevdes for den enkelte, og deltakerne la vekt på at helsen hadde stor betydning for hvordan dagene ble.

Deltakerne opplevde HR som noe positivt som foregikk i hverdagen, men det kunne likevel synes som om det at noen kom og var sammen med dem, var viktigere enn den intensjonen HR har. Det kan synes som at allerede i kartleggingsfasen og vurderingen i det første møtet, burde kanskje andre tiltak vært vurdert i stedet for HR. Selv om HR i denne studien er et lavterskeltilbud, er det ikke sikkert at tilbudet passet for alle. Hovedintensjonen med bedre funksjonsnivå og økt livskvalitet, synes ut i fra denne studien å ikke være likeverdige mål for HR. Det fremkommer at det er mest fokus på den fysiske helsen og ikke deltakernes opplevelse av livskvalitet. Burde ikke den enkeltes opplevelse av livskvalitet være det som

utgjør utgangspunktet for mål i hverdagen? Livskvalitet er en individuell opplevelse og det er ikke en selvfølge at økt livskvalitet henger sammen med å oppnå bedre funksjonsnivå (Næss et al., 2001), som denne studien belyser. Dermed er det ikke sikkert at det er fysisk trening og HR som svarer best på den eldres behov. Studiens resultater har således indirekte bidratt til å tydeliggjøre betydningen av å utvikle en differensiert kommunal helse- og omsorgstjeneste til eldre.

## 5.0 AVSLUTNING

Denne studien søkte etter eldres opplevelser med HR. Hverdagsrehabilitering bidro til å gi hverdagene struktur, mens det pågikk. De eldre satte stor pris på både treningen og samværet. Motivasjonen for å fortsette aktivitetene etter at hverdagsrehabiliteringen var avsluttet, synes i stor grad å henge sammen med at kartleggingen i det første møtet, ikke hadde fokus på deltakernes historie og livskvalitet, men fysiske funksjonstester. Denne manglende oppmerksomheten fremstod som sentralt for hvilket utbytte de eldre fikk av hverdagsrehabiliteringen. Denne studien viser også at det er viktig med sykepleierfunksjonen i det tverrfaglige samarbeidet. Dette fordi sykepleierens funksjon er blant annet å se helheten, dermed kan sykepleieren bidra i vurderingen og kartleggingen i det første møtet med den eldre.

I videre forskning vil det vært interessant å intervju de som utfører HR for å undersøke deres erfaringer. Det ville også vært interessant å prøve ut en modell der styrking av livskvalitet er hovedmålet og aktivitetene i hverdagsrehabiliteringen har som et ultimalt mål å støtte den eldre i dette arbeidet.

## LITTERATURLISTE

- Antonovsky, A. (1984). The Sense of Coherence as a Determinant of Health. I: Matarazzo, J.D. m. fl. (red.): *Behavioral Health: A Handbook of Health, Enhancement and Disease Prevention*. New York: Wiley.
- Bjerkaas, K.E.T, Ness, N.E. (2013). *Hva er hverdagsrehabilitering?* Oslo: Faglig Forum, Kompendium.
- Bredland E.L., Linge O.A, Vik K. (2014). *Det handler om VERDIGHET og DELTAKELSE*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Daatland, S.O., Solem, P.E. (2011). *Aldring og samfunn*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Dahl, E., Vogt, P. (1996). *Ensom og ulykkelig? Levekår og livskvalitet blant eldre*. Fafo-rapport. Oslo: Fafo.
- Eriksson, K. (1984). *Hälsans idè*. Stockholm: Almqvist & Wiksell Förlag AB.
- Fürst og Høverstad ANS (2014). *Fra passiv mottaker til aktiv deltaker: Hverdagsrehabilitering i norske kommuner*. KS FoU-prosjekt nr. 134027. Delrapport.
- Glendinning, C., Baxter, K., Rabiee, P., Wilde, A., Arksey, H. (2010). *Home Care Re-ablement Services: Investigating the longer-term impacts*. Personal Social Services Research Unit.
- Johannesen, A. (2012) Aktiv utfoldelse, helse og velvære. I: Tuntland, H. (red.). *Forebygging, rehabilitering og omsorg*. (s. 13-26). København: Munksgaard Danmark.
- Kjeken, I., Hunnålvatn, T. (2014). Hvorfor egner COPM seg i hverdagsrehabilitering? I: Tuntland, H., Ness, N. E. (red.). *Hverdagsrehabilitering*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Kvale, S., Brinkmann S., (2009). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Kürstein Kjellberg, P., Kjellberg J., Ibsen R. & Thule Christensen, L. (2012). Hverdagsrehabilitering i praksis. Erfaringer fra Fredricia 2008-2010. *Ergoterapeuten* 01.12, s. 5-9.
- Laberg, T. & Ness, N. E. (2012). Innføring av hverdagsrehabilitering i norske kommuner. *Ergoterapeuten* 01.12, s.1-4.
- Lewin, G., De San Miguel, K., Knuiman, M., Alan, J., Boldy, D., Hendrie, D., Vandermeulen, S. (2013). *A randomized controlled trial of the Home Independence Program, an Australian restorative home-care programme for older adults*. Health and Social Care in the community (2013) 21 (1), s.69-78.



- Lindseth, A., Norberg, A. (2004) *A phenomenological hermeneutical method for researching lived experience*. Scandinavian Journal of Caring and Science, 18, 145-153.
- Malterud, K. (2003). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Melberg, H.O., Kjekshus, L.E. (red.) (2012). *Fremtidens helse-Norge*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Månsson M. (2002). Det är i hemmet det skal börja. *Äldre i Centrum*, nr. 4/2002.
- NOU 2011:11. *Innovasjon i omsorg*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Næss, S., Mastekaasa, A., Moum, T., Sørensen, T. (2001). *Livskvalitet som psykisk velvære*. NOVA-rapport 3/2001. Oslo: Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring.
- Reinhardt, Jan D. (2011). *ICF, theories, paradigms and scientific revolution. re: towards a unifying theory of rehabilitation*. Journal of Rehabilitation Medicine, 43: 271-273.
- Repstad, Pål (1998). *Mellom nærhet og distanse*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Ricoeur, P. (1976). *Interpretation theory: discourse and the surplus of meaning*. Fort Worth, Texas: Texas Christian University Press.
- Romsland, I.G., Dahl, B., Slettebø, Å. (2015). *Sykepleie og rehabilitering*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Rudman, D.L., Cook, J.V., Polatajko, H. (1997). *Understanding the potential of occupation: a qualitative exploration of seniors' perspectives on activity*. The American journal of occupational therapy: official publication of the American Occupational Therapy Association, vol. 51(8), pp. 640-50.
- Schroots, J. J. F., Ballesteros-Fernández, R., & Rudinger, G. (Eds.) (1999). *Aging in Europe*. (Vol. 17). Amsterdam: IOS Press.
- Silverman, D. (2006). *Interpreting qualitative data*. London: Sage.
- Solvang, P.E., Slettebø Å. (2012). *Rehabilitering*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- St. meld. Nr. 21 (1998-99). St. meld. 21. *Ansvar og meistring. Mot ein heilskapleg rehabiliteringspolitikk*. Oslo: Sosial og helsedepartementet.
- St. meld. Nr. 25 (2005-2006). *Mestring, muligheter og mening – Framtidas omsorgsutfordringer*. Oslo: Helsedirektoratet.
- St. meld. Nr. 47 (2008-2009). *Samhandlingsreformen. Rett behandling på rett sted til rett tid*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- St.meld. Nr. 29 (2012-2013). *Morgendagens omsorg*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

- Thagaard, T. (2009). *Systematikk og innlevelse. En innføring i kvalitativ metode*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Thornquist, E. (2003). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori for helsefag*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Thorsen, K. (2008). Betydning av hjemmet i eldre år. I: Hauge, S., Jacobsen, F. F. (red.) *Hjem, eldre og hjemlighet* (s. 15-34). Oslo: CAPPELEN DAMM AS.
- Thorsen, K. (2008). *Kjønn, livsløp og alderdom – en studie av livshistorier, selvbilder og modernitet*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad og Bjerke AS.
- Thorsen, K. (2014). Aldringsteorier. I: *Geriatrisk sykepleie – God omsorg til den gamle pasienten* (s. 58-70). Kirkevold, M., Brodtkorb, K., Hølen Ranhoff, A. (red.) Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Tornstam, L. (2005). *Gerotranscendens: A Developmental Theory of Positive Aging*. New York: Springer Publishing Company.
- Tuntland, H., Ness, N. E. (red) (2014). *Hverdagsrehabilitering*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Vik, K. (2012). Aktivitet og deltakelse for eldre – et middel for å nå helsepolitiske mål om aktiv aldring. *Ergoterapeuten* 01.12, s. 23-28.
- Vik, K. (2015). *Mens vi venter på eldrebølgen. Fra eldreomsorg til aktivitet og deltakelse*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Wyller, T. B. (2011). *Geriatrici. En medisinsk lærebok*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Ziden, L., Kreuter, M., Frändin, K. (2010). *Long-term effects of home rehabilitation after hip fracture – 1-year follow-up of functioning, balance confidence, and health-related quality of life in elderly people*. Disability and rehabilitation, 2010; 32(1): 18-3.

## **INTERVJUGUIDE**

### **Eldres opplevelser av å delta i hverdagsrehabilitering**

#### **- to uker etter oppstart og to uker etter avsluttet HR**

### **BESKRIVELSE AV LIVET FØR DU BLE SYK/FIKK NEDSATT FUNKSJON**

Hvordan var en helt alminnelig dag for deg? Hva fylte du dagene med? Interesser? Hva er viktig for deg?

*ENDRINGER* cirka 4 uker senere

### **OPPLEVELSE AV LIVET/HVERDAGENE DINE NÅ (ETTER AT DU BLE SYK)?**

Hvordan opplever du helsen din i dag? Kroppslig og mental helse?

*ENDRINGER* cirka 4 uker senere

### **OPPLEVELSE MED HR**

Hverdagsrehabilitering er et nytt tilbud. Dine opplevelser så langt? Forventninger til planer og resultater? Hva gjør du/der? Hva snakker dere om? Hvordan fungerer treningsopplegget? Hva er målene dine? Hvordan opplever du å få besøk hver dag? Når, hvem og hvordan? Vet du når og hvem som kommer? Har du mulighet til å medvirke i egen behandling underveis? Hvordan er samarbeidet mellom deg og de som kommer?

*ENDRINGER* cirka 4 uker senere

### **OPPLEVELSE AV EGNE RESSURSER (INDRE/YTRE)**

Erfaringer som kan være/er en ressurs for deg i denne situasjonen – drivkraft/motivasjon? Familie/venner i nærheten?

*ENDRINGER* cirka 4 uker senere

### **TANKER OM DE NESTE DAGENE OG UKENE**

Opplever du at det er noen utfordringer fremover?

*ENDRINGER* cirka 4 uker senere

### **ANDRE FORHOLD**

Er det noen hendelser du vil trekke frem?

*ENDRINGER* cirka fire uker senere



Region:	Saksbehandler:	Telefon:	Vår dato:	Vår referanse:
REK sør-øst	Tor Even Svanes	22845521	02.07.2014	2014/861/REK sør-øst C
			Deres dato:	Deres referanse:
			13.05.2014	

Vår referanse må oppgis ved alle henvendelser

Grethe Eilertsen  
Høgskolen i Buskerud og Vestfold

## 2014/861 Pasienterfaringer med hverdagsrehabilitering

Vi viser til søknad om forhåndsgodkjenning av ovennevnte forskningsprosjekt. Søknaden ble behandlet av Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK sør-øst) i møtet 10.06.2014. Vurderingen er gjort med hjemmel i helseforskningsloven § 10, jf. forskningsetikklovens § 4.

Forskningsansvarlig: Høgskolen i Buskerud og Vestfold  
Prosjektleder: Grethe Eilertsen

### Prosjektomtale (revidert av REK):

Hensikten med denne studien er å få kunnskap om hvordan eldre personer opplever å motta hverdagsrehabilitering, og hvilke erfaringer de har etter at tjenesten er avsluttet. Hverdagsrehabilitering er en tjeneste som skal bidra til at i hovedsak eldre personer skal ha mulighet til å leve et aktivt liv og mestre hverdagsaktiviteter i eget hjem og omgivelser. Både med et forebyggende og et rehabiliterende fokus. Den økende mengden eldre mennesker i befolkningen er en utfordring for helsesektoren, og det kreves nye metoder for å utnytte de ressursene som finnes på en måte som både er av god kvalitet og samfunnsøkonomisk. Studien vil undersøke et lite utvalg eldre personer som mottar hverdagsrehabilitering en norsk kommune ved hjelp av individuelle intervjuer på to tidspunkt. Studien vil utvikle kunnskap om måter å organisere denne tjenesten på, hvordan samarbeidet fungerer mellom brukergruppe og helsepersonell og hvilke opplevelser eldre har i forbindelse med denne tjenesten. Antall deltakere: 6  
Samtykkebasert

### Vurdering

Som prosjektleder selv anfører under søknadens prosjektbeskrivelse, er formålet med prosjektet å undersøke eldre personers erfaring med rehabiliteringstjenesten. Dette aspektet utdypes også under søknaden. Del – Forskningsmetode:

Jeg vil forsøke å forstå hvordan den eldre opplever og erfarer hverdagsrehabilitering, og hvordan tjenesten påvirker den eldres dagligliv både under hverdagsrehabiliteringen og etter.

I henhold til helseforskningslovens § 4 forstås medisinsk og helsefaglig forskning som virksomhet som utføres med vitenskapelig metodikk for å skaffe til veie ny kunnskap om helse og sykdom. Komiteen mener formålet med denne studien er å undersøke trekk ved den tjenesten som tilbys, ikke å skaffe til veie ny kunnskap om sykdom eller helse per se. Prosjektet faller derfor utenfor bestemmelsene i helseforskningsloven, jf. helseforskningslovens §§ 2 og 4.

Studien kan gjennomføres uten REK-godkjenning.

Komiteen antar for øvrig at prosjektet kommer inn under de interne regler for behandling av opplysninger som gjelder ved forskningsansvarlig virksomhet. Søker bør derfor ta kontakt med enten forskerstøtteavdeling eller personvernombud for å avklare hvilke retningslinjer som er gjeldende.

**Vedtak**

Prosjektet er ikke fremleggelsespliktig for REK, jf. helseforskningslovens §§ 2 og 4.

Komiteens avgjørelse var enstemmig.

Komiteens vedtak kan påklages, jf. helseforskningsloven § 10, 3 ledd og forvaltningsloven § 28. En eventuell klage sendes til REK sør-øst C. Klagefristen er tre uker fra mottak av dette brevet, jf. forvaltningsloven § 29. Dersom vedtaket opprettholdes av REK sør-øst, sendes klagen videre til Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag for endelig vurdering.

Med vennlig hilsen

Britt-Ingjerd Nesheim  
prof.dr.med  
leder REK sør-øst C

Tor Even Svanes  
seniorrådgiver

**Kopi til:**

Høgskolen i Buskerud ved øverste administrative ledelse: postmottak@hibu.no



Grethe Eilertsen

Institutt for sykepleievitenskap Høgskolen i Buskerud og Vestfold

Postboks 7053

3007 DRAMMEN

Harald Hårfagres gate 29

N-5007 Bergen

Norway

Tel: +47-55 58 21 17

Fax: +47-55 58 96 50

nsd@nsd.uib.no

www.nsd.uib.no

Org.nr. 985 321 884

Vår dato: 08.08.2014

Vår ref: 38744 / 3 / LB

Deres dato:

Deres ref:

## TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 09.05.2014. Meldingen gjelder prosjektet:

38744

*Pasienterfaringer med hverdagsrehabilitering*

*Behandlingsansvarlig*

*Høgskolen i Buskerud og Vestfold, ved institusjonens øverste leder*

*Daglig ansvarlig*

*Grethe Eilertsen*

*Student*

*Monica Samuelsen*

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

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

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

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

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 31.12.2015, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Katrine Utaaker Segadal

Lene Christine M. Brandt

Kontaktperson: Lene Christine M. Brandt tlf: 55 58 89 26

Vedlegg: Prosjektvurdering

Kopi: Monica Samuelsen monica.samuelsen@online.no

*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@sv.uit.no



## Prosjektvurdering - Kommentar

---

Prosjektnr: 38744

Utvalget rekrutteres gjennom kontaktperson i kommunen, som videreformidler informasjonsskriv og samtykkeerklæring til potensielle informanter. Deretter returneres disse til kontaktpersonen i lukket konvolutt, slik at kontaktpersonen ikke vet hvem som samtykker til deltakelse og ikke. Det vil i rekrutteringsprosessen bli særlig vektlagt at deltakelse er frivillig, og at det ikke får innvirkning på deres forhold til behandlere eller andre, dersom de ikke vil delta i studien eller senere velger å trekke seg.

Informasjonsskrivet til utvalget er godt utformet. Det kan imidlertid gjerne også presiseres i selve informasjonen at det ikke får innvirkning på deres forhold til tilbudet "Hverdagsrehabilitering" eller andre, dersom de ikke vil delta i studien eller senere velger å trekke seg.

Det behandles sensitive personopplysninger om helseforhold, jf. personopplysningsloven § 2 nr. 8 c).

Personvernombudet legger til grunn at forsker etterfølger Høgskolen i Buskerud og Vestfold sine interne rutiner for datasikkerhet. Dersom personopplysninger skal lagres på mobile enheter, bør opplysningene krypteres tilstrekkelig.

I informasjonsskrivet til utvalget er det oppgitt at innsamlede opplysninger anonymiseres innen utgangen av 2015. Ombudet har justert dato for prosjektslutt i henhold til dette. Anonymisering innebærer å bearbeide datamaterialet slik at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes. Det gjøres ved:

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





## **Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet**

### ***- pasienterfaringer med hverdagsrehabilitering***

#### **Bakgrunn og hensikt**

Mitt navn er Monica Samuelsen, og jeg tar en Mastergradsutdanning i klinisk helsearbeid ved Høgskolen i Buskerud og Vestfold, fakultet for helsevitenskap.

Dette er et spørsmål til deg om å delta i en forskningsstudie for å utvikle kunnskap om hvordan eldre personer som deltar i hverdagsrehabilitering opplever denne tjenesten. Studien involverer personer over 65 år.

Hverdagsrehabilitering er en relativt ny satsning i norske kommuner. Tjenesten skal bidra til forebygging av funksjonssvikt hos eldre personer og andre som har behov. Formålet er blant annet at innbyggerne skal kunne ha et meningsfylt liv til tross for funksjonssvikt. Det er dermed av stor betydning å vite hvordan deltakerne opplever denne tjenesten. Deltakernes erfaringer skal bidra til at tjenesten blir bedre for den enkelte, og bidra til rett organisering av tjenesten.

#### **Hva innebærer studien?**

De som inkluderes i studien er de som er blitt vurdert av Hverdagsrehabiliteringsteamet i Hole, og fått dette tilbudet. Det inkluderes kun personer over 65 år.

Deltakerne som svarer ja til å være med i studien, vil etter kort tid få en telefon fra meg, hvor vi vil avtale et intervju en av de nærmeste dagene.

Det vil bli foretatt to intervjuer med deg. Det første intervjuet blir utført en til to uker etter oppstart med hverdagsrehabilitering og det andre cirka to uker etter at hverdagsrehabiliteringen er avsluttet. Intervjuet kan gjerne foregå hjemme hos deg, eller et annet sted der det er mest praktisk for deg. Av praktiske årsaker vil jeg be om tillatelse til å gjøre lydopptak av intervjuet.

#### **Mulige fordeler og ulemper**

En fordel med å være med i studien, er at dine erfaringer vil bidra til at spesielt de som jobber med hverdagsrehabilitering får økt kunnskap og forståelse for mottakerens egne opplevelser med tjenesten. Dette er viktig kunnskap for å utvikle og forbedre tilbudet. Studien kan også bidra til økt fokus på denne tjenesten i kommunen, slik at det bli et fast tilbud i kommunen. Mulige ulemper kan være tiden du må avse. Forventet makstid på en intervjurunde er i underkant av en time.

### **Hva skjer med informasjonen om deg?**

Opplysninger som registreres om deg er den informasjonen du selv bidrar med. Alle opplysningene vil bli behandlet uten navn og fødselsnummer eller andre direkte gjenkjennende opplysninger. Jeg vil følge anbefalte retningslinjer til Høgskolen i Buskerud og Vestfold.

Etter at intervjuene er gjennomført, vil dette bli skrevet ut. Det som skrives ut vil ikke være gjenkjennelig for andre enn deg og meg. I prosjektperioden vil alt materiale oppbevares i en låsbar skuff hvor kun jeg har tilgang. Alle opplysningene du gir, vil bli konfidensielt behandlet.

Det er kun jeg som kan identifisere deg i studien. Det vil så langt det er mulig ikke la seg gjøre å identifisere deg i resultatene av studien hvis disse publiseres. Alt innsamlet materiale vil slettes innen utgangen av desember 2015.

### **Rett til innsyn og sletting av opplysninger om deg**

Hvis du sier ja til å delta i studien, har du rett til å få innsyn i hvilke opplysninger som er registrert om deg. Du har videre rett til å få korrigert eventuelle feil i de opplysningene jeg har registrert. Dersom du trekker deg fra studien, kan du kreve å få slettet innsamlede opplysninger, med mindre opplysningene allerede er inngått i analyser eller brukt i vitenskapelige publikasjoner.

### **Frivillig deltakelse**

Prosjektet er godkjent av Regional komitè for medisinsk forskningsetikk, og av Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste.

Det er frivillig å delta i studien. Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke ditt samtykke til å delta. Dette vil ikke få konsekvenser for din videre deltakelse i hverdagsrehabiliteringen. Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen på siste side. Du kan senere trekke tilbake ditt samtykke uten at det påvirker din øvrige behandling.

Dersom du ønsker å delta i studien, ber jeg deg om å skrive under på den vedlagte samtykkeerklæringen. Denne legger du i svarkonvolutten som lukkes og leveres tilbake til en av jentene i hverdagsrehabiliteringen. Du kan beholde det ekstra informasjonsskrivet om prosjektet.

Dersom du har spørsmål til studien, kan du kontakte Monica Samuelsen på tlf 952 30 304. Du kan også kontakte min veileder; Grethe Eilertsen på tlf 991 67 310.

Med vennlig hilsen

Monica Samuelsen  
Mastergradsstudent/sykepleier

Grethe Eilertsen  
Førsteamanuensis/veileder



## **Samtykke til deltakelse i studien**

Jeg er villig til å delta i studien

-----  
(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Jeg bekrefter å ha gitt informasjon om studien

-----  
(Signert, rolle i studien, dato)



# FORFATTERVEILEDNING



*Nordisk sygeplejeforskning* publiserer vitenskapelige artikler, fagartikler, diskusjons- og debattartikler, kronikker og bokanmeldelser. Tidsskriftet publiserer artikler på dansk, norsk, svensk og engelsk, og har rutiner for fagfellebedømming av manuskriptene.

## LEVERING AV MANUSKRIFT

Manuskripter sendes til ansvarlig redaktør som vedlegg til e-post:  
[nordicnursingresearch@gmail.com](mailto:nordicnursingresearch@gmail.com).

**NB! Husk navn, e-postadresse og postadresse til forfatter, stilling/utdanning og arbeidsplass. Det samme kreves for eventuelle medforfattere.**

## MANUSKRIFTSTANDARD

Vitenskapelige artikler skal ikke overskride 5000 ord, ekskludert sammendrag (abstract), tabeller og referanseliste. Fagartikler skal ikke overskride 3000 ord. Diskusjons- og debattartikler, kronikker og bokanmeldelser skal ikke overskride 1800 ord.

Manuskriptet skal ha et sammendrag (abstract) på originalspråk (maks 180 ord) og på engelsk inkludert engelsk tittel (maks 200 ord). Sammendraget skal kortfattet beskrive artikkelens samtlige deler. Tre til seks nøkkelord som beskriver artikkelen og ikke forekommer i tittelen skal angis på begge språkene.

Hovedtittel skal ikke overskride 47 tegn inkl. mellomrom, og en eventuell undertittel skal ikke overskride 110 tegn inkl. mellomrom.

Forfatterne oppfordres til å levere manuskripter med dobbel linjeavstand, ren tekst med minst mulig fet eller kursiv tekst, understreking, innrykk, deling av ord og lignende.

Manuskriptet skal inneholde en tittelside med type manuskript («vitenskapelig artikkel», «fagartikkel», «bokanmeldelse» etc.), antall ord, manuskriptets tittel, en forkortet versjon av tittel, navn og adresse til korresponderende forfatter, navn, e-postadresser og postadresser til samtlige forfattere, deres stilling/utdanning og arbeidsplass. For medforfatterskap kreves at

samtlig forfattere oppfyller Vancouverreglene. Bidraget skal karakteriseres av vitenskapelig redelighet og følge gjeldende lover og etiske retningslinjer (se for eksempel <http://www.etikkom.no/> ).

Forfattere av empiriske artikler oppfordres til å følge en struktur i sine manuskripter med introduksjon/bakgrunn, hensikt/mål, metode, resultat/funn, diskusjon, kliniske implikasjoner, konklusjon og referanser.

Tabeller og figurer plasseres i artikkeldokumentet på den plass de skal stå og angis med fortløpende siffer. Hver tabell og figur skal ha en egen tekst som gir presis informasjon om hva tabellen eller figuren viser og skal nummereres i den rekkefølge de nevnes i teksten. Vedlagte bilders kvalitet skal være god, minst 300 dpi. Det er forfatterens ansvar å innhente tillatelse til bruk av illustrasjoner.

## REFERANSER

NSF bruker Vancouver-stil (nummerert stil) som referanseverktøy. Referanser i teksten er numerisk fortløpende og en numerisk ordnet referanseliste angis bakerst i manuskriptet. For en veiledning til Vancouver-stilen, kan følgende tekst konsulteres: <http://www.hig.no/biblioteket/oppgaveskriving/vancouver>.

Under følger en gjennomgang av de viktigste prinsippene ved referering i henhold til Vancouver. Det er forfatterens ansvar at manuset følger nevnte referansestil. Vi ber om at forfatterne setter seg grundig inn i malen og tilpasser sin referanseliste til Vancouver-stilen før innlevering av manus.

### Litteraturhenvisninger i teksten

Ved henvisninger i selve teksten skrives forfatterens navn og referanse nummer i rund parentes etter forfatter, eksempel:

Morse (1) eller Redmond (2) asserts that the [...]

Ved direkte sitat føres nummer og sidetall rett etter sitatet med komma og punktum, men før kolon og semikolon, for eksempel:

[...] en ny definisjon. (3, s. 12-3)

Vi foretrekker denne mulighet (3); idet [...]

Henvisninger til flere verk føres i numerisk rekkefølge på følgende måte:

(1-5)

Eller hvis rekkefølgen brytes adskilles med komma, for eksempel:

(1,3,8) eller (2-5,8,10)

Flere studier (2-4,9) viser .....

## Litteraturliste

Litteraturlisten skrives etter hovedteksten helt til slutt, i numerisk rekkefølge som de er nevnt i teksten. Hvis teksten er DOI-registrert, må DOI-nummer oppgis. Hvis det er seks eller færre forfattere skal alle forfattere nevnes. Ved flere enn seks forfattere nevnes de første seks og deretter skrives «et al.». Dette ved alle typer av referanser.

Eksempel på referanse til artikler:

1. Ansaloni L, Catena, F, Chattat R, Fortuna, D, Franceschi, C, Mascitti, P, et al. Risk factors and incidence of post-operative delirium in elderly patients after elective and emergency surgery. *British Journal of Surgery*. 2010; 97(2): 273-280.  
DOI:10.1002/bjs.6843

Eksempel på referanse til bøker:

2. Gilje, N, Grimen, H. Samfunnsvitenskapens forutsetninger. Oslo:Universitetsforlaget; 1993.

Eksempel på referanse til websider:

Muskelsvindfonden [Internet]. Aarhus: Muskelsvindfonden, plads til forskelle [sitert 2015 januar 5]. Tilgjengelig på: <http://muskelsvindfonden.dk/>

## VITENSKAPELIGE ARTIKLER OG FAGFELLEVRURDERING

Vitenskapelige artikler vil først bli vurdert av redaktør med tanke på relevans og kvalitet. Dersom manuskriptet vurderes som relevant og av tilstrekkelig kvalitet vil det bli vurdert av to fagfeller. *Nordisk sygeplejeforskning* praktiserer double blind peer review, dvs. at verken forfatters eller fagfellers identitet gjøres kjent for partene.

## FAGARTIKLER

Nordisk sygeplejeforskning publiserer fagartikler innenfor sykepleie og relevante områder knyttet til den direkte og indirekte utøvelsen av sykepleie. Disse artiklene henvender seg til fagets kliniske utøvere og praktiker og til studenter, sykepleiepedagoger, administratorer og forskere.

Fagartiklene bør være relativt korte artikler og skal tilby fagfeller perspektiver, forståelse og viten produsert innenfor sykepleie eller beslektede fag. Fokus i fagartikkelen er en tematikk rettet mot en profesjonell leserkrets, som ikke trenger å være spesialist på det aktuelle området. Problembeskrivelse og perspektiv er betydningsfulle komponenter. Spesielt viktig er å vise til anvendbarheten og hvordan resultater kan bli brukt i et praksisperspektiv.

Fagartikkelen skal ha et klart poeng, og forfatteren kan i fremstillingen argumentere, beskrive, fortolke, vurdere og diskutere så dette poenget blir tydelig. Den aktuelle saken skal det bli gjort rede for og konkretisert i forhold til litteratur- og teorireferanser. Om grunnlaget for fagartikkelen er en undersøkelse, skal litteraturgjennomgang og metodebeskrivelser være kortere og mindre detaljert enn i en vitenskapelig artikkel. Resultatene skal være knyttet til målgruppens praksisperspektiv.





**Eldres opplevelser med hverdagsrehabilitering – en kvalitativ intervjustudie**

Monica Samuelsen RN  
Mastergradsstudent, spesialsykepleier  
Høgskolen i Buskerud og Vestfold

Grethe Eilertsen RN PhD  
Førsteamanuensis  
Høgskolen i Buskerud og Vestfold

Korrespondanse:

Navn/adresse: Monica Samuelsen

Løkenmoveien 11

3530 Røyse

Telefon: 95230304

E-post: [monica.samuelsen@online.no](mailto:monica.samuelsen@online.no)

Vitenskapelig artikkel

Antall ord: 4827

## **Sammendrag**

Hverdagsrehabilitering er omtalt som en metode som skal bidra til økt livskvalitet og bedre funksjonsnivå hos brukerne. Det er sparsomt med studier som omhandler eldres egne opplevelser med hverdagsrehabilitering. Hensikten med studien var å belyse og tolke eldres opplevelser med hverdagsrehabilitering. Fem personer, fra 84 til 92 år, ble intervjuet tidlig i rehabiliteringsforløpet og to uker etter avsluttet rehabilitering. En fenomenologisk hermeneutisk metode ble brukt i analysene av de transkriberte tekstene, og resulterte i tre hovedtemaer: 1. Ved oppstart av hverdagsrehabiliteringen: Ufullstendige målsettinger og manglende forankring i den eldres liv, 2. Underveis i hverdagsrehabiliteringen: En beskattet aktivitet i den eldres hverdag, 3. Tiden etter hverdagsrehabiliteringen: Sviktende motivasjon og manglende oppfølging. Hverdagsrehabilitering bidro til å gi hverdagene struktur, mens det pågikk. Motivasjonen for å fortsette aktivitetene etter at hverdagsrehabiliteringen er avsluttet, synes i stor grad å henge sammen med at kartleggingen i det første møtet, ikke hadde fokus på deltakernes historie og livskvalitet, men fysiske funksjonstester. Denne manglende oppmerksomheten fremstod som sentral for hvilket utbytte de eldre fikk av hverdagsrehabiliteringen.

**Nøkkelord:** Fenomenologisk hermeneutikk, livshistorie, alderdom, aktivitet, livskvalitet

## **Elderly's experiences with home rehabilitation - a qualitative interview study**

Home rehabilitation is referred to a method that will contribute to increase quality of life and better functioning. Studies focusing on the elderly's own experiences with home rehabilitation are sparse. The purpose of this study was to shed light on and interpret the elderly's experiences with home rehabilitation. Five people, from 84 to 92 years, were interviewed in the early rehabilitation period and two weeks after completing rehabilitation. A phenomenological hermeneutic method was used in the analyzes of the transcribed texts and resulted in three main themes: 1. In the beginning of home rehabilitation: Incomplete objectives and lack of grounding in the elderly's life, 2. During the home rehabilitation: An appreciated activity in the elderly's everyday life, 3. After home rehabilitation: Failing motivation and lack of support. Home rehabilitation helped provide structure in the everyday. The motivation to continue activities after home rehabilitation seem largely to be related to the mapping in the first meeting, did not focused on the participants' history and quality of life, but physical function tests. This appeared as a central point to how the elderly experienced the quality of home rehabilitation.

**Key words:** phenomenological hermeneutics, life history, old age, activity, quality of life

Antallet eldre øker for hvert år, og gjør det sannsynlig at antall eldre med funksjonssvikt også vil øke (1). Slik kommunehelsetjenesten i Norge er organisert i dag, er det trolig ikke kapasitet og ressurser nok til å ivareta eldre med funksjonssvikt godt nok i fremtiden. I følge Stortingsmelding 47 «Samhandlingsreformen - Rett behandling - på rett sted - til rett tid» (2), skal det satses på forebyggende og helsefremmende arbeid slik at eldre skal bo lengst mulig i eget hjem. Hverdagsrehabilitering (HR) er omtalt som en metode som skal bidra til økt livskvalitet og bedre funksjonsnivå hos brukerne (2). Helsetjenestene må utvikles på flere måter, og HR kan være en metode for å løse flere av fremtidens utfordringer i møte med eldre som trenger helsetjenester. Det er imidlertid begrenset med studier som har vist hvordan eldre selv opplever HR.

## **Bakgrunn**

Begrepet hverdagsrehabilitering springer ut i fra rehabilitering. I følge Romsland, Dahl & Slettebø (3), omfatter rehabilitering de tjenester som brukes for å bedre funksjonsevnen og aktivitetsmuligheter for unge, voksne og eldre med funksjonsproblemer. Rehabilitering innebærer ofte opptrening etter skader, men også det å mestre et liv med nedsatt funksjonsnivå. I helsetjenesten er fokuset i rehabilitering den innsatsen som gjøres i samarbeid med pasienten for å styrke funksjonsnivået etter en skade (3).

Rehabilitering anses som en prosess i konstant utvikling, med fokus på personenes egne mål, på brukermedvirkning og et tverrfaglig samarbeid (3). Rehabiliteringen baseres også på personens egne verdier, og i rehabiliteringsarbeidet skal helsearbeiderne ha et helhetlig perspektiv på personenes livssituasjon og muligheter. Romsland et al. (3) hevder videre at sykepleieren har en viktig rolle i rehabiliteringsarbeidet. Samtidig som sykepleieren har ansvar for liv, helse og sikkerhet, skal sykepleieren også ha ansvar for å ivareta personen i den endringsprosessen som rehabiliteringen er en følge av. I HR-teamene er det variasjon i

sammensetningen av de ulike faggruppene. Det er ikke poengtert at en sykepleier alltid skal være en del av HR-teamet (4).

HR er definert som forebygging og rehabilitering mens brukeren bor i eget hjem (5), og skal ta utgangspunkt i personens individuelle ønsker, behov og mål for mestring av hverdagen. I følge Tuntland & Ness (4) innebærer HR blant annet å kartlegge hva som er viktige aktiviteter i livet nå. Aktivitet handler om å holde på med noe, og er en subjektiv opplevelse ut i fra hvilken verdi en tillegger aktiviteten (6), for eksempel at aktiviteten er meningsfull. Det skal være et intensivt fokus på hverdagsaktiviteter som personen selv synes er viktig. HR skal foregå i en tidsavgrenset periode, ofte fra tre - seks uker i personenes hjem, og ha fokus på å mestre hverdagsaktiviteter som fører til at personen kan bo lengst mulig hjemme. I perioden HR er i et samarbeid med en deltaker, foregår et daglig intensivt treningsopplegg. Det skal være et tverrfaglig samarbeid som inkluderer ergoterapeut, fysioterapeut og hjemmetjenesten (5). I følge en norsk rapport (7), organiseres HR i dag i hovedsak ut i fra to modeller i Norge. Den ene modellen kalles «Rehabiliteringsteam med et fullstendig ansvar». I denne modellen har teamet ansvar for både utredning, planlegging og gjennomføring. Det settes sammen et team rundt brukeren bestående av en ergoterapeut/fysioterapeut, eventuelt sykepleier og hjemmetrenere. Den andre omtales som «Rehabiliteringsteam som motor for hverdagsrehabilitering». Her har fortsatt teamet ansvaret for utredning, planlegging og gjennomføring av hverdagsrehabiliteringen, men selve treningen med brukeren utføres av ansatte i den ordinære hjemmetjenesten (7). De mest brukte kartleggingsverktøyene er testing av funksjonsnivå er the Canadian Occupational Performance Measure (COPM) og Short Physical Performance Battery (SPPB) (7). COPM innhenter brukerens vurdering av egne aktivitetsutfordringer (8). I etterkant av HR, evalueres nytten av rehabiliteringstiltakene ved hjelp av COPM. SPPB er en screeningtest for balanse, gangfunksjon og muskelstyrke i underekstremitetene (4). Verktøy for systematisk kartlegging av personens livskvalitet er lite

omtalt til tross for at et av hovedmålene i hverdagsrehabilitering er å øke personens livskvalitet.

Livskvalitet er et begrep med mange dimensjoner. I denne studien forstås livskvalitet som psykisk velvære (9). Det vil si at det å ha livskvalitet blant annet består i å ha gode følelser som for eksempel glede og å ha en opplevelse av mening med tilværelsen. Livskvalitet som en følelse, vurdering eller opplevelse er ikke direkte observerbar (9). Følelsen av velvære er en verdi som kan knyttes til det å ha livskvalitet. Det er godt dokumentert at meningsfull aktivitet har betydning for velvære og helse (6). En kvalitativ undersøkelse utført av Rudman, Cook & Polatajko (10), viste at eldre mennesker mener at aktivitet bidrar til økt velvære og at det å yte noe og ha et gjøremål er meningsfullt. Et annet aspekt var at det den eldre var beskjeftiget med, var viktig for identiteten og den personlige utviklingen. Det var heller ikke nok å ha aktiviteter å holde på med, men også ha kontroll over de (10). Funn i en annen studie (11), viser at det å holde på med aktiviteter som har personlig betydning, er avgjørende for opplevelsen av en meningsfull hverdag. I forbindelse med at det skal knyttes målsettinger til hverdagsaktiviteter, er det viktig at målene gjenspeiler den enkeltes verdier.

Flere studier (12-14) viser at bedre funksjonsnivå gir økt livskvalitet. En svensk studie (12) viste at grupper som hadde gjennomført et HR-program i større grad hadde tatt opp igjen gamle hobbyer og fritidsaktiviteter enn kontrollgruppen som ikke var med i et HR-program. Dermed opplevde den første gruppen høyere livskvalitet enn den andre (12). Dette understøttes også av en australsk studie (13), som viste at deltakere i HR-gruppen opplevde høyere livskvalitet etter gjennomføringen av programmet enn kontrollgruppen. Dette ble satt i sammenheng med at de ble mer uavhengige og selvstendige i ADL-funksjoner (13). I en engelsk studie (14), var de som mottok HR fornøyd med tilbudet og flere mente de hadde utviklet bedre selvtillit etter å ha oppnådd større selvstendighet og trygghet i egen aktivitet

(14). Selv om det hevdes at bedre funksjonsnivå fører til økt livskvalitet, vet vi lite om hvordan eldre selv opplever denne sammenhengen i HR. Annen forskning (15) viser også at ved å stimulere eldre til å være aktivt deltagende får de bedre livskvalitet. I Viks (16) studie forteller eldre at de er aktive og deltar i en rekke aktiviteter, og at de ønsker å være aktive på samme nivå eller helst litt mer og etterspør mer støtte for å oppnå det.

Det er få studier der de eldre med egne ord har beskrevet hvordan de opplever å delta i HR, og derfor ble følgende problemstilling utviklet: «Hvordan opplever eldre hverdagsrehabilitering tidlig i forløpet og etter at hverdagsrehabiliteringen er avsluttet?»

## **Hensikt**

Hensikten med denne studien var å belyse og tolke Eldres opplevelser med å delta i hverdagsrehabilitering.

## **Metode**

Det ble anvendt en kvalitativ, fenomenologisk hermeneutisk tilnærming i studien for å få en forståelse av de Eldres opplevelser og erfaringer. Når hensikten er å få frem deltakerens virkelighet gjennom både non-verbal og språklig interaksjon, er samtaleintervjuer godt egnet (17). I studien ble hver deltaker intervjuet to ganger, første gang to uker etter oppstart med HR og deretter om lag to uker etter at HR var avsluttet. Ved å gjøre intervjuer på to ulike tidspunkt gav det mulighet for en utdypning av deltakernes opplevelser og å undersøke eventuelle endringer etter at HR var avsluttet.

### *Deltakere og rekruttering*

Deltakerne i studien ble rekruttert fortløpende ettersom de takket ja til tilbudet om HR.

Inklusjonskriteriene var at deltakerne skulle være over 65 år og samtykkekompetente. En

kontaktperson i HR-teamet ga informasjon muntlig og skriftlig til aktuelle deltakere.

Deltakerne fikk et døgn på å tenke om de ville delta og leverte da tilbake en lukket konvolutt med skriftlig samtykkeskjema til kontaktpersonen som leverte den til førsteforfatter direkte.

De deltakerne som takket ja til å være med i studien ble telefonisk kontaktet. Det endelige utvalget bestod av tre menn og to kvinner i alderen 84 til 92 år. To var enkemann/enke og tre var gift og bodde sammen med sin ektefelle.

### *Prosedyre og gjennomføring av intervjuene*

Intervjuene ble gjennomført i løpet av høsten 2014, og fulgte anbefalinger for gjennomføring av kvalitative forskningsintervjuer (17). Førsteforfatter er spesialsykepleier i geriatri med erfaring fra arbeid med eldre gjennom flere år. Andreforfatter er sykepleier med lang erfaring som forsker. Det ble lagt vekt på at intervjuene skulle gi deltakerne mulighet til fritt å fortelle om sine opplevelser. For å sikre at alle intervjuene dekket felles temaer ansett som interessante for studiens hensikt, ble det utviklet en enkel intervjuguide. Temaene ble utviklet på bakgrunn av gjennomgang av litteratur og erfaring med HR, for eksempel omhandlet et tema livet før personen ble syk eller fikk funksjonssvikt. Både temaer som spontant kom opp i det første intervjuet og temaene fra intervjuguiden ble fulgt opp i det andre intervjuet, samt at endringer fra førstegangsintervjuet utgjorde et fokus. I følge Kvale & Brinkmann (17) er det en styrke ved denne metoden at intervjueren kan validere dataene ved å be om forklaringer og utdypninger av utsagn. Samtlige intervjuer ble utført i deltakernes hjem og tatt opp på lydfil. Førsteforfatter gjennomførte og transkriberte intervjuene.

### *Analyse*

I analysen ble det søkt etter å forstå deltakernes opplevelser, med utgangspunkt i en metode utviklet av Lindseth & Norberg (18) inspirert av Ricour (19). For å forstå menneskers opplevelser, er det viktig å lytte til den enkeltes historie. Ved bruk av fenomenologisk



hermeneutisk metode, tolkes opplevelsene med mål om å se etter en dypere mening i teksten (19). En beveger seg frem og tilbake i teksten, mellom enkelte deler og helheten for å oppnå forståelse for det som undersøkes; eldres opplevelser med HR.

### *Naiv forståelse av teksten*

Metoden for analyse er en trinnvis prosess som starter med *den naive lesningen* hvor alle de transkriberte intervjuene settes sammen til et hele. Dette leses flere ganger og tolkeren skriver ned det umiddelbare budskapet i teksten. I denne fasen skal tolkeren tilstrebe å løse seg fra sin egen forforståelse og la teksten tale for seg, uten refleksjon og fortolkning. Det ble først utført en naiv lesning av de fem første intervjuene og deretter de fem siste. Refleksjoner fra samtlige intervjuer ble skrevet ned, og den videre analysen ble utført samlet. Deltakerne fortalte mye om seg selv i intervjuene; om tidligere opplevelser, bakgrunn, egen helse og hvordan dette innvirket på hvordan livet var nå. Det første møtet med HR og kartleggingen ved oppstart, syntes å ha hovedfokus på fysisk funksjonstesting og ikke livskvalitet. I annengangsintervjuene var det tydelig at flere opplevde at motivasjonen for å opprettholde treningen var mindre etter at HR var avsluttet. Dette førte til en undring over hvorvidt kartleggingen hadde identifisert riktige mål. Hadde dette betydning for deltakernes motivasjon for å gjennomføre HR-aktivitetene, og for hvordan de hadde opplevd deltakelsen når de etterpå så tilbake på HR?

### *Strukturanalysen*

Det første inntrykket blir søkt validert eller satt til side i det videre arbeidet med *den strukturerte analysen*. Fra den naive lesingen ble det identifisert meningsenheter, som ble kondensert til et mer meningsgivende språk med vekt på å bevare det opprinnelige meningsinnholdet. I neste fase ble meningsenheter med likt meningsinnhold gruppert og sammenfattet til subtemaer, slik eksempelet i tabell 1 viser.

**Tabell 1 Fra meningsenheter til subtemaer og hovedtemaer (et eksempel)**

Meningsenheter	Subtemaer	Hovedtemaer
<i>De gjorde noen tester. Det var de andre som satte målene. Jeg husker ikke helt hva vi snakket om.</i>	Det første møtet med hverdagsrehabilitering: en uklar erindring	Ved oppstart av hverdagsrehabilitering: Ufullstendige målsettinger og manglende forankring i den eldres liv
<i>Noen kommer, og du må trene- det er bra. Super trening. Treningen er nyttig. Hard, men nødvendig trening.</i>	Bra med trening	Underveis i hverdagsrehabiliteringen: En beskattet aktivitet i den eldres hverdag

Det siste steget i tolkningen av teksten utgjør en *helhetlig forståelse*. Intervjuteksten leses på nytt med utgangspunkt i den naive lesningen og strukturanalysen. Forskeren skal nå være kreativ og sette resultatene inn i sin kontekst og analysere dem i forhold til aktuell teori og forskning. Den helhetlige forståelsen presenteres før artikkelens diskusjonsdel.

### *Etiske forhold*

Intervjusituasjonen ble vurdert ut i fra om den kunne ha uønskede konsekvenser for informantene. Alle deltakerne ble forsikret om at resultatet for intervjuene ikke ville få noen konsekvenser for videre deltakelse i HR og at alle opplysninger ville bli konfidensielt behandlet. Før hvert intervju ble deltakernes rett til frivillig deltakelse og til å trekke seg når som helst, i tillegg til ivaretagelse av taushetsplikt understreket. Norsk Samfunnsvitenskapelige Datatjeneste (NSD) gav tilrådning til at prosjektet kunne gjennomføres. Det ble også søkt Regional Etisk Komite (REK), og ble vurdert til å kunne gjennomføres uten REK-godkjenning.

## Resultater

Gjennom strukturanalysen ble fire subtemaer og tre hovedtemaer identifisert. Presentasjonen av resultatene reflekterer en tidslinje, der de to første hovedtemaene først og fremst omhandler sentrale temaer fra førstegangsintervjuene og utdypninger av disse i annengangsintervjuene. Det tredje hovedtemaet omhandler deltakernes opplevelse etter at HR var avsluttet, se tabell 2.

**Tabell 2 Subtemaer og hovedtemaer**

SUBTEMAER	HOVEDTEMAER
a) Det første møtet med hverdagsrehabilitering – en uklar erindring b) Manglende oppmerksomhet på den enkeltes interesser og historie	Ved oppstart av hverdagsrehabiliteringen: Ufullstendige målsettinger og manglende forankring i den eldres liv
a) Hverdagsrehabilitering – et friskt pust i hverdagen. b) Bra med trening	Underveis i hverdagsrehabiliteringen: En beskattet aktivitet i den eldres hverdag
	Tiden etter hverdagsrehabiliteringen: Sviktende motivasjon og manglende oppfølging

*Ved oppstart av hverdagsrehabiliteringen: Ufullstendige målsettinger og manglende forankring i den eldres liv*

### **Det første møtet med hverdagsrehabilitering – en uklar erindring**

Ingen av deltakerne hadde selv tatt kontakt med HR, men hadde blitt oppmuntret til å delta av pårørende, hjemmesykepleien eller fastlegen. Forståelsen av hva HR var, fremstod for flere som uklart, blant annet var det en som trodde at hjemmesykepleien og HR var det samme.

I det første møtet med en potensiell deltaker, vurderes personen ut i fra motivasjon for deltakelse i HR. Det blir også utført kartlegging av fysisk funksjonsnivå. I intervjuene var

erindringene fra det første møtet med de ansvarlige for HR, preget av uklarhet om hva HR egentlig var. Deltakerne husket at de gjennomførte noen tester og at de som kom var hyggelige: «Jeg var jo litt skeptisk først da. De gjorde noen tester; opp og ned fra stolen og sånn. Det var hyggelige damer; ellers, nei...». På spørsmål om hvilke mål den enkelte hadde for deltakelsen i HR, klarte ikke deltakerne å fortelle om dette. Ingen opplevde at de skulle trene på noe som var av personlig betydning. En av deltakerne kunne huske at det ble snakket om mål, men at det var noe de som kom var opptatt av. Han sa: «Jeg tror ikke jeg har satt meg noen mål jeg. Må bare henge med så godt man kan. Det var de andre som satte målene...». Deltakerne syntes ikke å tillegge målene avgjørende betydning, selv om en deltaker hadde et konkret ønske om å få styrket gangfunksjonen: «At jeg kan klare å bli bedre til å gå. Det hadde vært det beste. Jeg tror det vil hjelpe med alt dette her». En annen deltaker fortalte at dagene var lange og at det var lite å beskjeftige seg med. Han syntes derfor at hverdagsrehabiliteringen kunne være et kjærkomment innslag i hverdagen; han tenkte at «treningen i hverdagsrehabiliteringen er tidsfordriv. Da har jeg noe å drive med».

### **Manglende oppmerksomhet på den enkeltes interesser og historie**

Deltakerne var opptatt av egen helse. De syntes den største forandringen med å bli eldre var de store kroppslige variasjonene fra den ene dagen til den andre. Mens en dag var god var den neste trøblete. En måtte lære å ta en dag av gangen. Fremtredende i beskrivelsene var refleksjonen over hvordan helsen hadde vært tidligere og hvordan den var nå; hva som påvirket helsen og om tanker om hvordan det ville bli. Alle deltakere hadde vært igjennom alvorlig sykdom, men så ikke på det som noe traumatisk. Det var en del av livet. Selv om alle var mer unnnvikende i forhold til å snakke om den mentale helsa, var det flere som beskrev påkjenninger som på ulike måter preget hverdagene. En fortalte om tapet av et familiemedlem som føltes svært tungt, det var vanskelig å komme over, og preget fortsatt livet hennes: «Jeg har opplevd mye sorg. Det blir aldri helt borte. Kommer ikke over det. Jeg må bare dra det

med meg». Både uoppfordret og på spørsmål snakket alle deltakerne mye om tidligere opplevelser i livet og sammenlignet livet i dag med hvordan det var før. De fem personene beskrev fem ulike historier fra livet de hadde levd; erfaringer fra arbeidslivet, hvor de kom i fra, hva de hadde vært opptatt av – fortellinger om innholdsrike liv med ulike interesser og aktiviteter. En hadde vært mest opptatt av bøker, håndarbeid og familieliv, mens andre hadde vært aktive på ski og med jakt og friluftsliv. Den ene deltakeren beskrev seg selv slik: «Jeg var veldig sporty før. Jeg har for eksempel tatt idrettsstatuetten». Deltakerne opplevde at det ikke var noen oppmerksomhet på slike temaer, omkring deres egne historier eller hva som var meningsfullt for dem i hverdagsrehabiliteringen, verken i oppstartfasen eller senere. De trodde derimot at det hadde vært interessant, dersom de skulle arbeidet med målsettinger i rehabiliteringen som hadde en personlig betydning for dem. På spørsmål om deltakerne trodde målene hadde sett annerledes ut, om HR-teamet hadde spurt mer om den enkeltes historie, svarte en: «Det tror jeg hadde hatt betydning. Det har vært store forandringer i mitt liv, som har gjort at jeg er blitt slik jeg er. Så kanskje hvis vi hadde snakket om det, så hadde det blitt annerledes ....».

*Underveis i hverdagsrehabiliteringen: En beskattet aktivitet i den eldres hverdag*

### **Hverdagsrehabilitering – et friskt pust i hverdagen**

Deltakerne var fysisk skrøpelige og hadde begrensede muligheter til å bevege seg. Dette innskrenket mulighetene for sosial kontakt utenfor hjemmet. Betydningen av at HR nettopp foregikk i deres egne hjem ble derfor fremholdt som viktig. Det var et hyggelig personale som kom på besøk: «Jeg må si at dette er veldig fint. Det er et godt tiltak. Jeg er veldig glad for disse som kommer hit. Veldig hyggelige og behagelige mennesker». Daglig samvær var et stimulus i hverdagen - de så frem til at noen kom:

«De sier når de kommer og jeg tilpasser meg det. Jeg har jo ikke så mye... Jeg vet ikke helt hvem som kommer, men det er det samme. Det er fint å ha kontakt med noen i kommunen, noen å snakke med. Det sosiale betyr mye. Det er så mange som sitter alene».

### **Bra med trening**

Deltakerne syntes treningen i HR var veldig bra, særlig fordi det var noen som var sammen med dem og forventet at de trente: «Når du vet at det er noen som kommer og du *må* gjøre det – det er bra». Flere la også vekt på at de trengte HR for å komme i gang med regelmessig trening, slik en sa:

«Med hverdagsrehabiliteringen har jeg kommet inn i en annen rytme da. Tenker litt annerledes enn før. I hvert fall er det slik med meg at når jeg skal gjøre det eller det, og har kommet i en tralt at jeg skal trene litt hver dag – så går det».

Deltakerne syntes det var bra at noen var pådrivere for treningen. De fremhevet at de ikke hadde klart det alene. Det var trygt at noen stod ved siden av og så at de gjorde øvelsene riktig: «Du verden så godt det er når du har noen som står og sier hva du skal». De faste avtalene om trening daglig, ga også en struktur i hverdagen, noe de verdsatte. Deltakerne omtalte treningen som hard, men nødvendig og det var viktig at treningen og samværet var humørfyllt. En deltaker beskrev det slik: «Kjempebra! Med store bokstaver. Og det hjelper meg fysisk og psykisk. Jeg har noen å prate med». Anerkjennelse under treningen og tryggheten de opplevde ved at en profesjonell var tilstede, ble omtalt som svært betydningsfullt.

### *Tiden etter hverdagsrehabiliteringen: Sviktende motivasjon og manglende oppfølging*

Gjennomgående opplevde alle deltakerne en fallende motivasjon etter at HR var avsluttet.

Årsakene til dette var ulike. Strukturen som de faste, daglige treningene hadde bidratt til var vanskelig å opprettholde etter at HR var avsluttet, og alle fremhevet at det var vanskelig å trene alene. En av deltakerne omtalte tiden etter HR slik: «Jeg har liksom ikke kommet i gang igjen etter at det var slutt. Jeg har egentlig trappet ned jeg. Jeg mistet lysta». En annen sa rett ut at motivasjonen for HR både hadde vært og var vanskelig: «Jeg sliter fortsatt med å motivere meg». Flere var blitt usikre på øvelsene de gjorde ofte med HR-temaet, og noen lot være å gjøre øvelser fordi de ikke torde å gjøre de alene: «Den treningen var jo veldig bra. Men jeg tør ikke å gjøre den ene balanseøvelsen nå. Jeg vil ikke gjøre den alene».

Samtlige deltakere pekte på behovet for videre oppfølging. En ønsket at de ansatte i HR kom og viste han nye øvelser og kanskje repeterte de gamle for å se at han gjorde de riktig, mens en annen gjerne ville gjort funksjonstestene igjen for å se om det var noe fremgang.

Noen av deltakerne hadde egne mål for videre trening, men erkjente at det var vanskelig å følge dem opp på samme måte som da HR-teamet var pådrivere. Ettersom tiden gikk og de så tilbake, fremstod tiden med HR som en fin tid, men likevel kun som et slags intermesso. Det var vanskelig å opprettholde det de hadde lært, og hverdagen kjentes på et vis tommere og mer ensom enn før HR. Den ene uttrykte dette slik: «Det var supert alt sammen. Det var fint både med treningen og at det kom noen hit. Men nå sitter jeg mye alene da.... jeg savner noen å prate med».

### *Helhetlig forståelse av teksten*

Deltakerne hadde en uklar erindring fra det første møtet med HR, som syntes å ha bidratt til at hele deres forståelse for rehabiliteringstiltaket ble utydelig. Oppmerksomheten i kartleggingen

var i følge deltakerne fysiske tester og ikke samtaler om hva som gav livskvalitet for den enkelte. De eldres beretninger i intervjuene, handlet mye om tidligere opplevelser, bakgrunn og helse. For å forstå de eldre og deres utgangspunkt, hevdes det i livshistorieforskningen at det som har skjedd tidligere i livet har stor betydning når en blir eldre (20). Disse temaene ble det ikke gitt oppmerksomhet til i HR. For å sette mål i HR, kan en kartlegging av den eldres historie bidra til å identifisere mål som er av personlig betydning for den enkelte. Ved at den eldre får mulighet til å fortelle om seg selv og sin egen historie, kan dette stimulere den eldre til å sette ord på hva som er betydningsfullt (21). Målene ble satt ut i fra det første møtet, og fremstod ikke av stor nok personlig betydning for deltakerne. Etter at HR ble avsluttet, beskrev deltakerne at motivasjonen for trening var blitt vanskelig å opprettholde, og hverdagen var kjedelig og mer ensom. I følge Tuntland (21) har motivasjonsfaktoren stor betydning, og målene i HR bør gjenspeile personlige verdier det er verdt å arbeide for. Dette understøtter betydningen av mål som reflekterer personlige verdier både for gjennomføringen og for fortsettelsen etter endt HR. Når dette ikke gjøres svekkes resultatet av HR og intensjonen med HR synes å stå i fare. Det fremkom likevel at deltakerne satte stor pris på HR og at de opplevde det som en fin tid med nyttig trening og hyggelig besøk. Spørsmålet om kanskje det viktigste var at noe foregikk og at noen var sammen med dem blir likevel stående.

## **Diskusjon**

HR har som intensjon å bidra til økt livskvalitet og bedre funksjonsnivå (2). Kartleggingen og vurderingen i det første møte med en potensiell deltaker i HR, synes å være av stor betydning for utbyttet av HR. Kartleggingen besto av fysiske funksjonstester og dannet utgangspunkt for målene til deltakerne. I studien fremkommer det at deltakerne ikke har satt målene selv. For at målene skal gjenspeile det som virkelig betyr noe og er viktig for den enkeltes livskvalitet, synes det klart at det å kartlegge personenes bakgrunn og historie er avgjørende. Deltakerne i denne studien vektla betydningen av egen bakgrunn, tidligere opplevelser og helse ved å



fortelle mye om dette. Historiske og personlige hendelser vil påvirke hvordan eldre takler tilværelsen som gammel og også mulig funksjonssvikt (20). En eldre person har levd et langt liv med gode og vonde opplevelser som har gjort personen til den han/hun er. Et hovedelement i flere aldringsteorier er at eldre personer er ulike individer med ulike behov, og ikke en samstemt gruppe i samfunnet med generelle behov (22). Det er derfor viktig at helsearbeidere tilstreber å forstå en eldre person ut i fra deres perspektiv og se helheten for å kunne yte en individuelt tilpasset tjeneste, som for eksempel HR.

I studien fremkommer det at to uker etter at HR er avsluttet, er det ensomhet og tomhet som preger hverdagen til de eldre. Hverdagen etter HR er nesten den samme som før HR; for noen synes det som om ensomheten er forsterket. Motivasjonen er sviktende og pådriverne til treningen som daglig har vært innom i fire uker er borte. I all rehabiliteringsvirksomhet er motivasjon en sentral faktor (3). Ethvert menneske blir drevet frem av motivasjonsfaktorer, og har et håp om noe. Enhver som ønsker å oppnå et mål, er motivert ut i fra håp. Håp er grunnleggende for motivasjon (3). Mål med stor betydning for deltakerne i HR vil sannsynligvis bidra til sterkere motivasjon, og utbyttet av HR vil dermed bære i seg en mulighet for mer varige endringer. Det fremkommer i en studie om slagrammede gamle kvinner (23), at meningsfulle prosjekter som har preget livet, har betydning for livskvalitet i eldre år og er en sterk motivasjonsfaktor i rehabiliteringsarbeid. Studien synliggjør hvor viktig det er å forstå den eldres tidligere liv for å forstå hva som er viktig i livet i dag.

Kontrastene fra å være med i et intensivt treningsopplegg, til å skulle klare å opprettholde samme entusiasme alene, synes å bli en for stor utfordring for de eldre. En intensiv periode med trening og sosial stimuli, har en brå slutt uten oppfølging eller introduksjon til andre tiltak. Utbyttet av HR synes uklart for deltakerne i denne studien. Når deltakernes motivasjon for å opprettholde aktivitetene etter at HR er avsluttet, er det grunn til å spørre om HR har

lykkes. Det kan være flere grunner til en dalende motivasjon, noe de eldre i denne studien har avdekket. Det første møtet fremsto som utydelig for deltakerne, og dermed kan det synes som at hensikten med og forståelsen for hva HR dreier seg om, manglet forankring i deltakernes liv. Fortsatt trening for å opprettholde aktivitetene etter at rehabiliteringen var avsluttet, ble således for skjørt til å kunne vedlikeholdes. På den annen side, var det kanskje ikke HR noen av de eldre i studien hadde behov for, men andre tilbud? Kanskje HR slik det var organisert i denne konteksten ikke passer for de eldste eldre? Samhandlingsreformen (2) fremholder viktigheten av rett behandling til rett tid og på rett sted. Er HR et riktig tilbud for alle? Ut i fra denne studien, synes det å være flere mulige utfall etter det første kartleggingsmøte med potensielle deltakere. Dersom kartleggingen i det første møtet legger til rette for et helhetlig perspektiv med fokus på den hva som er meningsfullt for den eldre, med for eksempel både ergoterapeut, fysioterapeut og sykepleier til stede, vil det etter vår mening kunne gi et bedre grunnlag for å vurdere om HR er det personen har mest behov for. I et slikt lys ville muligens enkelte av deltakerne i denne studien, hatt større utbytte og mer glede av at en ergoterapeut hadde tilrettelagt hjemmet med hjelpemidler, eller kanskje ville et dagsentertilbud vært et bedre tilbud til deltakeren som behøvde noe å fylle dagene med?

Etterhvert som en blir eldre, og mister og/eller endrer roller, blir det enda viktigere å bevare det en har og tilstrebe å forbli den en er, og derfor er opprettholdelse av kontinuitet sentralt (20). Hukommelsen er et viktig virkemiddel for å skape kontinuitet (20), noe som understøtter betydningen av å inkludere samtaler om den eldres tidligere liv i planleggingen av HR. I rehabiliteringssykepleie er det viktig med et helhetlig perspektiv i rehabiliteringsprosessen (3). I HR vil det derfor være hensiktsmessig at både ergoterapeut, fysioterapeut og sykepleier utgjør det tverrfaglige teamet, særlig i det første kartleggings- og vurderingsmøte. De ulike faggruppene utfyller hverandre og bidrar til helhetlig tankegang slik at kvaliteten på tjenesten HR styrkes.

## **Metodologiske betraktninger og konklusjon**

Et tekstmateriale kan forstås og tolkes på flere måter (19), og således representerer tolkningene i denne studien en av mange måter å forstå teksten på. Det er en god sammenheng mellom de analytiske trinnene i tolkningen, noe som bidrar til at troverdigheten i studien er ivaretatt. Studien har et lite utvalg, men intervjuene med de eldre om deres opplevelser med å delta i HR, ga et variert og rikt datamateriale. Det ble utført to intervjuer med samme deltaker på to ulike tidspunkt, noe som anses som en styrke. Det bidro til at deltakerne både kunne fortelle om sin «underveisopplevelse», samtidig som de i annengangsintervjuet fikk muligheten til å utdype og reflektere over inntrykkene etter å ha fått den intense perioden litt på avstand. Alle deltakerne er fra samme kommune med samme organisering av HR. Organiseringen er tilnærmet lik i flere andre kommuner, noe som anses som verdifullt med tanke på overføringsverdi.

Hverdagsrehabilitering bidro til å gi hverdagene struktur, mens det pågikk. De eldre satte stor pris på både treningen og samværet. Motivasjonen for å fortsette aktivitetene etter at hverdagsrehabiliteringen var avsluttet, synes i stor grad å henge sammen med at kartleggingen i det første møtet, ikke hadde fokus på deltakernes historie og livskvalitet, men fysiske funksjonstester. Denne manglende oppmerksomheten fremstod som sentralt for hvilket utbytte de eldre fikk av hverdagsrehabiliteringen.

I videre forskning vil det vært interessant å intervju de som utfører HR for å undersøke deres erfaringer. Det ville også vært interessant å prøve ut en modell der styrking av livskvalitet er hovedmålet og aktivitetene i hverdagsrehabiliteringen har som et ultimalt mål å støtte den eldre i dette arbeidet.

## Referanser

1. Melberg H.O., Kjekshus L.E. *Fremtidens helse-Norge*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke; 2012.
2. St.meld. Nr. 47. *Samhandlingsreformen. Rett behandling på rett sted til rett tid*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2008-2009.
3. Romsland I.G., Dahl B., Slettebø Å. *Sykepleie og rehabilitering*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS; 2015.
4. Tuntland H., Ness N.E. *Hverdagsrehabilitering*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS; 2014.
5. Bjerkaas K.E.T., Ness N.E. *Hva er hverdagsrehabilitering? Kompendium*. Oslo: Faglig Forum; 2013.
6. Vik K. *Mens vi venter på eldrebølgen. Fra eldreomsorg til aktivitet og deltakelse*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS; 2015.
7. Først & Høverstad ANS. *Fra passiv mottaker til aktiv deltaker: Hverdagsrehabilitering i norske kommuner*. KS FoU-prosjekt nr. 134027. Delrapport. Oslo; 2014.
8. Kjekken I., Hunnålvatn T. *Hvorfor egner COPM seg i hverdagsrehabilitering? I: Tuntland H., Ness N.E. (red.). Hverdagsrehabilitering*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS; 2014, s. 101-116.
9. Næss S., Mastekaasa A., Moum T., Sørensen T. *Livskvalitet som psykisk velvære. NOVA-rapport 3/2001*. Oslo: Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring; 2001.
10. Rudman D.L., Cook J.V., Polatajko H. *Understanding the potential of occupation: a qualitative exploration of seniors' perspectives on activity*. 1997; *The American Journal of Occupational Therapy*, 51 (8): s. 640-50.
11. Johannesen A. *Aktiv utfoldelse, helse og velvære. I: Tuntland H. (red.). Forebygging, rehabilitering og omsorg*. København: Munksgaard Danmark; 2012, s. 13-26.
12. Ziden L., Kreuter M., Frändin K. *Long-term effects of home rehabilitation after hip fracture – 1-year follow-up of functioning, balance confidence, and health-related quality of life in elderly people*. *Disability and rehabilitation*. 2010; 32(1): 18-3.
13. Lewin G., De San Miguel K., Knuiman M., Alan J., Boldy D., Hendrie D., et al. *A randomized controlled trial of the Home Independence Program, an Australian restorative home-care program for older adults*. *Health and Social Care in the community*. 2013; 21 (1).
14. Glendinning C., Baxter K., Rabiee P., Wilde A., Arksey H. *Home Care Reablement Services: Investigating the longer-term impacts*. Personal Social Services Unit; 2010.
15. Schroots J.J.F., Ballesteros-Fernandes R., Rudinger G., *Aging in Europe*. Vol. 17. Amsterdam: IOS Press; 1999.
16. Vik K. *Aktivitet og deltakelse for eldre – et middel for å nå helsepolitiske mål om aktiv aldring*. *Ergoterapeuten*. 2012; 01, 23-28.
17. Kvale S., Brinkmann S. *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS; 2009.
18. Lindseth A., Norberg A. *A phenomenological hermeneutical method for researching lived experience*. *Scandinavian Journal of Caring and Science*. 2004; 18, 145-153.
19. Ricour P. *Interpretation theory: discourse and the surplus of meaning*. Forth Worth, Texas: Texas Christian University Press; 1976.
20. Thorsen K. *Kjønn, livsløp og alderdom – en studie av livshistorier, selvbilder og modernitet*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad og Bjerke AS; 2008.
21. Tuntland H. *Forebygging, rehabilitering og omsorg*. København: Munksgaard Danmark; 2002.
22. Thorsen K. *Aldringsteorier. I: Kirkevold M., Brodtkorb K., Høyen Ranhoff A. (red.). Geriatrik sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag; 2008, s. 58-70.

23. Eilertsen G. "Alt er som før, men ingenting som det var". Gamle kvinners opplevelser av livet etter hjerneslag. Doktorgradsavhandling. Universitet i Oslo, det medisinske fakultet; 2005.

