



Norwegian University of
Science and Technology

**Hvilke erfaringer er
hverdagsrehabilitering basert på?**

What experiences are reablement based on?

Bacheloroppgave i ergoterapi

HERG3004

Kandidatnummer: 10063 & 10001

Fakultet for medisin og helsevitenskap

Institutt for nevromedisin og bevegelsesvitenskap

BET16H

Dato: 06.06.19

Ord: 8693

Sammendrag

Bakgrunn: Dagens eldre er generelt aktive og deltakende i hverdagen. For å være selvstendig er det avgjørende at eldre med nedsatt funksjon mestrer dagligdagse aktiviteter. Hverdagsrehabilitering er et viktig virkemiddel for å gjøre eldre selvstendige. Forskning viser lite fokus på brukers erfaringer i hverdagsrehabilitering. Vi ønsker å undersøke hvordan eldre som mottar hverdagsrehabilitering erfarer at det influerer mulighet for økt aktivitet og deltakelse. **Metode:** Vi gjennomførte en litteraturstudie og fant fem artikler. Funnene ble sammenlignet med aktivitetsteorien The Canadian Model of Occupational Performance and Engagement for å synliggjøre samspillet mellom person, aktivitet og omgivelse. Funnene ble i tillegg sammenlignet med annen relevant bakgrunnsinformasjon. **Resultat:** Artikkene viser ulik forståelse av hverdagsrehabilitering, men de eldre blir mer bevisst på ressurser og begrensninger. De blir utfordret av hverdagsrehabiliteringsteamet, men får også støtte og hjelp til å anerkjenne styrker. Det oppleves både positivt og negativt at hverdagsrehabilitering foregår i hjemmet. Misnøye rundt teamet påvirker motivasjonen negativt, og lite informasjon om tjenesten skaper et behov for veiledning. Brukermedvirkning i målsetting varierer, men realistiske mål øker motivasjonen og viljen for gjennomføring av trening, og er viktig for å oppnå resultater. Gjennomføring av tiltak etter avsluttet tjeneste varierer. Brukerne erfarer at hverdagsrehabilitering øker deres engasjement i aktiviteter og at de får større ansvar for hverdagen. **Konklusjon:** Hverdagsrehabilitering kan øke Eldres deltakelse i aktiviteter, men det er fortsatt et forbedringspotensial. Misnøye rundt informasjon, veiledning og ansvar er faktorer som hindrer aktivitet og deltakelse. For å oppnå best mulig resultat, bør de eldre være aktivt deltakende i rehabiliteringen, samtidig som at helsepersonellet respekterer brukerens hjem og gir god veiledning.

Nøkkelord: Hverdagsrehabilitering, erfaringer, eldre, brukermedvirkning

Forord

Denne bacheloroppgaven er den avsluttende delen av vår utdanning ved NTNU Trondheim, bachelor i ergoterapi 2016-2019. Det har vært både spennende og utfordrende å skrive bacheloroppgave, men vi sitter igjen med en god forståelse om valgt fordypningsemne. Vi har tilegnet oss ny kunnskap og erfaring, og har oppmuntret og støttet hverandre underveis i skriveprosessen. Vårt samarbeid har vært essensielt for å nå frister og mål. Vi ønsker å takke veileder for å vise engasjement og positivitet, og for å ha hjulpet oss med spørsmål vi har hatt. Takk til medstudenter for støtte og gode minner. Denne litteraturstudien har økt vår interesse innen hverdagsrehabilitering, og gitt mersmak på videre studier. Vi håper teksten er like lærerik for leserne som den har vært for oss å skrive.

NTNU Trondheim, 06.06.19

Kandidat 10063 & 10001

Innholdsfortegnelse

1	Introduksjon.....	1
1.1	Bakgrunn	1
1.2	Hverdagsrehabilitering.....	2
1.2.1	Definisjon av hverdagsrehabilitering	3
1.3	Nasjonale føringer	4
1.4	Tidligere forskning	5
1.5	Problemstilling.....	6
1.5.1	Begrepsavklaring	7
2	Teori	8
3	Metode	10
3.1	Litteraturstudie.....	10
3.2	Inklusjons- og eksklusjonskriterier	10
3.2.1	Tabell 1 - Kriterier.....	11
3.3	Søk og funn	12
3.4	Andre søk	14
3.5	Kildekritikk.....	14
3.6	Analyseprosessen	15
4	Resultat	16

4.1	Aktiviteter i hverdagen	16
4.2	Deltakelse i livet	17
4.3	Tro på egne ressurser	18
4.4	Støtte til selvstendighet	19
4.5	Hjemmet som arena for rehabilitering	21
4.6	Mål for perioden	21
4.7	Hverdagsrehabilitering som tjeneste	23
5	<i>Diskusjon</i>	25
5.1	Indre faktorer	25
5.2	Engasjement	26
5.3	Forståelsen av hverdagsrehabilitering	26
5.4	Utforming av mål	28
5.5	Gjennomføring av hverdagsrehabilitering	29
5.6	Omgivelser	30
6	<i>Konklusjon</i>	32
	<i>Referanseliste</i>	33
	<i>Vedlegg 1: Oversettelse fra norsk til engelsk</i>	36
	<i>Vedlegg 2: Oversikt over artikler</i>	37
	<i>Vedlegg 3: Tabell over analyseprosess</i>	38

1 Introduksjon

I denne bacheloroppgaven synliggjør vi kompetanse innenfor ergoterapi gjennom en litteraturstudie og forståelsen av aktivitetsperspektiv og fagkritikk. Vi ivaretar forskningsetikk gjennom litteraturstudien, og sikrer helsefaglig og vitenskapelige forhold (Helseforskningsloven, 2008, § 5). Oppgaven følger en IMRaD-struktur som inneholder introduksjon, metode, resultat og diskusjon (Støren, 2010). I tillegg har vi brukt *Bacheloroppgaven* for skriveråd og regler for utforming (Rognsaa, 2016). Temaet for denne bacheloroppgaven er hverdagsrehabilitering, som er valgt på bakgrunn av vår interesse for rehabilitering. Gjennom praksis har vi observert hvordan hverdagsrehabilitering kan gjennomføres. Vi synes dette var en spennende arbeidsmetode, og ønsket derfor å fordype oss i hverdagsrehabilitering.

1.1 Bakgrunn

Høyere utdanning, bedre økonomi, boforhold og funksjonsevne er noen faktorer som gjør at dagens eldre har bedre helse enn tidligere generasjoner (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013). Dette gjør at de kan møte alderdommen med andre ressurser og dermed lever lengre enn tidligere (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013). Mange eldre i Norge lever gode liv der de former sin egen hverdag og er aktive og deltakende i sosiale omgivelser (Helse- og omsorgsdepartement, 2018). De er engasjerte i arbeidslivet, for familie og venner, og mottar helse- og omsorgstjenester når det er behov. Alle eldre bør fortsette med dette, selv når helsen svikter og de trenger omsorgstilbud. I tiden fremover vil samfunnet bli preget av en økende andel eldre i befolkningen, spesielt hos de eldste eldre (Helse- og omsorgsdepartement, 2018). Befolkningens alderssammensetning er i endring, noe som gjør at helse- og omsorgstjenesten står overfor store oppgaver fremover (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013). Mer enn hver tredje innbygger i mange distriktskommuner kan i 2040 være over 65 år, og dette vil påvirke både samfunnsområder, markeder og sektorer (Helse- og omsorgsdepartement, 2018). Samtidig vil det bli mangel på både arbeidskraft og frivillige i omsorgsarbeid (Helse- og

omsorgsdepartementet, 2018). Derfor må det i større grad utvikles tjenester som fremmer rehabilitering og forebygging (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013).

Reformen *Leve hele livet* trekker frem hverdagsrehabilitering som et viktig virkemiddel for at eldre skal ha mulighet til å være selvhjulpne i størst mulig grad (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018). Hverdagsrehabilitering kan gi økt selvstendighet i hverdagslige aktiviteter og bedre funksjonsevnen. For å være selvstendig i eget hjem er det avgjørende at man mestrer dagliglivets aktiviteter. Det er derfor viktig å identifisere personer med risiko for funksjonstap tidlig, for å forebygge økende hjelpebehov, som på sikt kan føre til lavere kostnader for kommunene (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018).

1.2 Hverdagsrehabilitering

Vi ønsker å definere hverdagsrehabilitering tydeligere, da vi har erfart at det er ulik forståelse av begrepet. Tuntland og Ness (2014) understreker også at flere definisjoner ofte er vide og upresise, og at de har hatt vansker med å definere begrepet. Derfor har de samlet flere kjennetegn, og utarbeidet definisjonen på bakgrunn av deres kunnskap og erfaring.

1.2.1 Definisjon av hverdagsrehabilitering

Hverdagsrehabilitering innebærer (Tuntland & Ness, 2014):

- At en starter med spørsmålet: «Hva er viktige aktiviteter i livet ditt nå?»
- Målrettet og intensivt fokus på hverdagsaktiviteter som personen selv tillegger betydning
- Tidlig, tidsavgrenset innsats i personens hjem eller nærmiljø
- Styrket involvering og samhandling mellom ergo- og fysioterapeuter og personell i hjemmetjenestene
- Økt selvhjulpenhet i daglige gjøremål, slik at personen fortsatt kan bo hjemme, være aktiv i eget liv og delta sosialt og i samfunnet
- Et tenkesett om at personen selv styrer deltakelse og hverdagsmestring
- Mulighet for inkludering av aktuelle nærpå personer, pårørende og frivillige

(s. 26)

Reformen *Leve hele livet* tilføyer i sin definisjon at hverdagsrehabilitering skal sikre eldre en trygg alderdom, der de får bruke sine ressurser og mestrer eget liv (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018). Hverdagsrehabilitering blir tilbudt brukere som allerede mottar hjemmetjenester (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018), og motivasjon er en faktor som bør være tilstede ved oppstart av hverdagsrehabilitering (Tuntland & Ness, 2014). I hverdagsrehabilitering er hjem og nærmiljø den viktigste arenaen for utvikling (Tuntland & Ness, 2014). Det er en fordel at trening foregår i brukerens kjente omgivelser og naturlige situasjoner i hverdagen. Dette gjør det enklere for brukeren å forstå hensikten med rehabiliteringen og treningen vil oppleves som mer realistisk (Tuntland & Ness, 2014).

1.3 Nasjonale føringer

Hverdagsrehabilitering er en kommunal tjeneste og nasjonale føringer er derfor relevant å beskrive. *Leve hele livet* har samlet løsninger fra arbeid kommunene har gjort for å bedre tilbudene for eldre (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018). Reformen har fokus på aktivitet, deltakelse og sosialt fellesskap, og at den eldre skal leve et godt og langt liv. Samtidig viser tilbakemeldinger at dette kan forbedres, da flere eldre sier de ikke får varierte og tilpassede aktiviteter. Hverdagsrehabilitering gjennomføres som et tiltak for å bidra til at den enkelte oppnår hverdagsmestring (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018).

En annen nasjonal føring er *Samhandlingsreformen*, som skal sikre mer koordinerte helse- og omsorgstjenester og øke innsatsen for å forebygge og begrense sykdom (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009). Reformen ønsker å sikre et tjenestetilbud av god kvalitet som er bærekraftig, helhetlig og tilpasset den enkelte bruker. Den legger blant annet vekt på forebyggende og helsefremmende arbeid, på habilitering og rehabilitering og på økt brukerinnflytelse (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009).

Helse- og omsorgstjenesteloven (2011, § 1-1) har blant annet som formål å sikre at bruker får mulighet til å leve selvstendig, og ha et aktivt og meningsfullt liv sammen med andre. Loven skal tilrettelegge, forebygge og behandle for nedsatt funksjonsevne og sykdom (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011, § 1-1). I tillegg beskriver pasient- og brukerrettighetsloven (2001) brukerens rett til medvirkning (§ 3-1), der brukerens interesser og behov skal ivaretas i den kommunale helse- og omsorgstjenesten (§ 8-1).

En del av forslaget til statsbudsjettet 2017 er *Opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering 2017-2019*, som er relevant for hverdagsrehabilitering (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016). Regjeringens ønske er å bidra til at kommunene skal gi et godt rehabiliteringstilbud til befolkningen. Planen skal medvirke til å bedre brukerperspektivet og kvalitet i tjenesten, og er i hovedsak rettet mot brukerens hjemkommune. Regjeringen har derfor et mål om at kommunene skal motta flere rehabiliteringsoppgaver fra spesialisthelsetjenesten. Opptrappingsplanen viser hovedutfordringene

innen habilitering og rehabilitering, og presenterer strategier for å møte utfordringene (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016).

Fra passiv mottaker til aktiv deltaker er en rapport utgitt av Kommunens Sentralforbund om hverdagsrehabilitering i norske kommuner, og tar for seg blant annet forutsetninger og løsninger i arbeid med hverdagsrehabilitering (Fürst & Høverstad, 2014). Hartviksen og Sjølie (2017) omtaler rapporten i boken *Hverdagsrehabilitering – Kvalitetsforbedring i norske kommuner*, og beskriver at brukermedvirkning ikke blir nevnt på systemnivå i arbeid med hverdagsrehabilitering. De skriver videre hvordan lite fokus på brukerkunnskap på systemnivå i helsetjenestene fremhever behovet for forbedring (Hartviksen & Sjølie, 2017).

I denne delen har vi sett på nasjonale føringer, som viser at regjeringen ønsker å bedre tilbudene for eldre, og legger vekt på forebyggende og helsefremmende arbeid. Det er lovpålagt at brukere skal få leve et selvstendig og meningsfylt liv med rett til medvirkning. Kommunene skal få mer ansvar for rehabilitering, men det er behov for forbedring. I neste del ønsker vi å se nærmere på tidligere forskning, for å få en oversikt over forskning innen hverdagsrehabilitering.

1.4 Tidligere forskning

I oppstartsfasen søkte vi etter litteratur om hverdagsrehabilitering i Oria, for å danne et grunnlag om hvilken forskning som eksisterte innen fagområdet. Søket ble ikke avgrenset, da vi ønsket å få et helhetlig bilde av hvilke temaer som gikk igjen. Vi erfarte at flertallet av artiklene blant annet handlet om effekten av hverdagsrehabilitering og erfaringer pårørende og helsepersonell har med hverdagsrehabilitering. Hartviksen og Sjølie (2017) omtaler rapporten *Brukermedvirkning i pleie og omsorgssektoren* fra Kommunens Sentralforbund i 2011. De beskriver hvordan rapporten konkluderer med at det er systemer for brukermedvirkning i kommunene, men at det ikke nødvendigvis er en garanti for reell bruk av systemene. Dette skyldes at potensialet i brukerinvolvering ikke blir fullt utnyttet, selv om det finnes brukerrepresentanter. Det viste seg at cirka 60 prosent av kommunene ikke involverte representanter i planleggingen av nye tjenester. For

at tjenesten skal lykkes er det vesentlig at brukere deltar, selv om det i oppstartsfasen kan være utfordrende å finne personer med meninger om tjenesten. I 2012 etablerte Norsk Ergoterapeutforbund, Norsk fysioterapeutforbund, Norsk Sykepleierforbund og Kommunens Sentralforbund prosjektet *Innføring av hverdagsrehabilitering i norske kommuner*. Formålet var blant annet å øke fokuset på brukerstyring, målrettet prosessarbeid og tverrfaglig samarbeid (Hartviksen & Sjølie, 2017). Dette viser at det er lite fokus på brukerperspektiv i rapporter og forskning, og vi ønsker derfor å undersøke nærmere hvordan brukere av hverdagsrehabilitering erfarer tjenesten.

1.5 Problemstilling

Vi reagerer på lite fokus på brukers erfaringer, og stiller oss spørsmålet «hvordan gi en god tjeneste, uten kunnskap om brukerens meninger?». Som ergoterapeuter respekterer vi brukeres rettigheter, der behov, interesser og ønsker er utgangspunktet for yrkesutøvelsen (Ergoterapeuten, 2017). Vi skal ta samfunnsansvar som baserer seg på innbyggernes mulighet og rett til aktivitet og deltakelse i hverdagen (Ergoterapeuten, 2017). Kommuner som innfører hverdagsrehabilitering bør være bevisste på brukerdeltakelse da de kan bidra med erfaringer og nødvendige forbedringer (Hartviksen & Sjølie, 2017). Med utgangspunkt i aktivitet og deltakelse som en del av kjernekompetansen til ergoterapeuter (Ergoterapeuten, 2017), har vi valgt følgende problemstilling:

Hvordan erfarer eldre som mottar hverdagsrehabilitering at det influerer mulighet for økt aktivitet og deltakelse?

1.5.1 Begrepsavklaring

- Eldre: Personer over 62 år, da dette er alderen man kan starte å ta ut alderspensjon i Norge (Pedersen, 2019).
- Deltakelse: Å være engasjert i aktivitet og bidra i samfunnet (Ergoterapeuten, 2017).
Deltakelse blir anerkjent som et grunnleggende element i menneskers helse og funksjon (Tuntland & Ness, 2014).
- Aktivitet: Meningsfulle gjøremål som brukeren engasjerer seg i (Ergoterapeuten, 2017).

I dette kapitlet har vi sett på bakgrunnsinformasjon, nasjonale føringer, definisjoner av hverdagsrehabilitering og tidligere forskning som dannet grunnlaget for problemstillingen. I neste kapittel skal vi se nærmere på en teori som skal synliggjøre aktivitetsperspektivet.

2 Teori

Hverdagsrehabilitering baserer seg på aktiviteter som er viktige å mestre for brukeren (Tuntland & Ness, 2014). Hverdagsrehabilitering fokuserer på samspillet mellom brukerens mestring, omgivelser og aktivitetens krav og muligheter, og det skal legges til rette for at samspillet mellom disse kan forbedres. Denne tilnærmingen samsvarer med tenkningen i The Canadian Model of Occupational Performance and Engagement (CMOP-E). I hverdagsrehabilitering blir kartleggingsverktøyet The Canadian Occupational Performance Measure ofte brukt for å kartlegge brukerens egen vurdering av utfordringer knyttet til aktivitet, og evaluerer effekten av tiltakene. Dette verktøyet bygger på teorien om CMOP-E, som fremhever at teorien er aktuell for oppgaven (Tuntland & Ness, 2014).

CMOP-E er en ergoterapeutisk teori som er utarbeidet for å fremme brukermedvirkning i praksis (Kjeken & Sand-Svartrud, 2012). Ergoterapeuters samarbeid med brukere står sentralt i modellen, og vektlegger brukernes perspektiv, opplevelse og vurdering av egen aktivitetsutførelse. Dette innebærer at brukeren er ansvarlig for eget liv, og har rett til å ta risiko og valg. Derfor kan brukeren best definere sin aktivitetsutførelse og bedømme hvilke aktiviteter som er meningsfulle. Ergoterapeuten samarbeider med brukeren da terapeuten har kunnskap om hvordan muliggjøre deltakelse i aktiviteter som er meningsfulle (Kjeken & Sand-Svartrud, 2012).

Teorien inneholder tre komponenter: person, aktivitet og omgivelser (Kjeken & Sand-Svartrud, 2012). Person består av fysiske, kognitive og affektive funksjoner. Aktivitet deles inn i kategoriene personlige aktiviteter, produktivitet og fritid. Personlige aktiviteter innebærer personlig stell, mobilitet og å fungere i samfunnet. Produktivitet er inndelt i lønnet og ulønnet arbeid, husarbeid, lek, skole og utdanning. Fritid omfatter fritidsaktiviteter, sosiale aktiviteter og fysisk krevende fritidsaktiviteter. Omgivelsene blir definert som fysiske, sosiale, kulturelle og institusjonelle dimensjoner. Forholdet mellom komponentene utgjør et dynamisk samspill som definerer aktivitetsutførelse. Dette skjer gjennom personens liv der den enkelte har mulighet til å velge, og på tilfredsstillende måte gjennomføre meningsfulle aktiviteter (Kjeken & Sand-Svartrud, 2012). Engasjement har blitt tilføyd teorien i ettertid, fordi mennesker kan engasjere seg i aktiviteter uten å

nødvendigvis gjennomføre aktiviteten selv (Brandt, Madsen & Peoples, 2013). Ved engasjement i aktiviteter har man en forståelse som kobler aktivitet til begrepet deltakelse. Da CMOP-E fokuserer på aktivitetsutførelse og engasjement, er ikke deltakelse en direkte del av modellen. Samtidig forklares det at deltakelse er et resultat av, eller en kontekst for aktivitetsutførelse, og deltakelse kan derfor oppnås gjennom aktivitet (Brandt et al., 2013).

I de følgende avsnittene presenteres metode for litteratursøket, våre inklusjons- og eksklusjonskriterier, søk og funn, kildekritikk og analyseprosess.

3 Metode

3.1 Litteraturstudie

I denne bacheloroppgaven har vi gjennomført en litteraturstudie basert på problemstillingen vår. I en litteraturstudie undersøkes artikler som er utgitt om emnet fra tidligere, og innhentes ved hjelp av systematiske søk i databaser (Støren, 2010). Funnene samles sammen, vurderes og analyseres (Støren, 2010).

Vi startet med å se på problemstillingen og valgte ut relevante søkeord. Disse var «erfaring», «eldre», «hverdagsrehabilitering», «aktivitet» og «deltakelse». Ordene ble søkt både på norsk og engelsk (se Vedlegg 1: Oversettelse fra norsk til engelsk). I oversettelsen brukte vi i utgangspunktet engelskkunnskapen vår, men anvendte oversettelsesprogram for å bekrefte at oversettelsen var riktig. Vi erfarte at det var utfordrende å finne engelsk oversettelse for hverdagsrehabilitering, og søkte råd hos veileder. Vi ble tipset om å bruke reablement som engelsk oversettelse, og ved nye søk fikk vi flere treff enn tidligere.

3.2 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Under søkeprosessen hadde vi kriterier for hva vi så etter i artiklene, og disse blir presentert her.

3.2.1 Tabell 1 - Kriterier

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
Artikler som omhandler personer over 62 år	Artikler som omhandler personer under 62 år
Artikler som handler om eldres erfaringer	Artikler som ikke handler om eldres erfaringer. Eksempelvis ansattes erfaringer med hverdagsrehabilitering
Artikler som omhandler hverdagsrehabilitering	Artikler som ikke omhandler hverdagsrehabilitering
Artikler som handler om eldres generelle funksjon	Artikler som handler spesifikt om diagnoser
Artikler som følger IMRaD-struktur	Artikler som ikke følger IMRaD-struktur
Artikler som er skrevet etter 2008	Artikler som er skrevet før 2008
Artikler som er skrevet på engelsk, svensk, norsk eller dansk	Artikler som er skrevet på andre språk enn engelsk, svensk, norsk eller dansk
Artikler som er fagfellevurdert	Artikler som ikke er fagfellevurdert

Vi har valgt å inkludere artikler fra 2008 og frem til i dag. Dette ble gjort med bakgrunn i at arbeidet med oppgaven startet tidlig 2019, og ønsket derfor å ikke gå glipp av noen relevante artikler. Vi har ekskludert artikler skrevet før 2008 da vi ønsket oppdatert informasjon og forskning.

3.3 Søk og funn

Gjennom søkeprosessen har vi brukt flere databaser for å få et bredere resultat. Vi fant databaser via fagsiden for medisin og helse, der det presenteres relevante databaser innen helse og medisin (NTNU, u.å.). I tillegg tok vi utgangspunkt i de databasene vi hadde erfaring med fra før. Vi startet med å bruke «reablement» og «experience» som søkeord, og opplevde at flertallet av artiklene omhandlet helsepersonellets og pårørendes erfaringer knyttet til hverdagsrehabilitering. Det var få artikler som handlet om brukers erfaringer, noe som støtter det Hartviksen og Sjølie (2017) skrev om lite fokus på brukermedvirkning i hverdagsrehabilitering. Vi tok utgangspunkt i «systematisk tekstkondensering» av Malterud (2017), for å få informasjon om hvordan analyseprosessen kan gjennomføres. Da vi gikk gjennom treff så vi i første omgang på tittelen. Hvis vi mente det var en passende tittel leste vi sammendrag, hensikt, metode og konklusjon. Dette gjorde vi for å fastsette om forfatterne hadde gjennomført en studie og om artikkelen var relevant for vår problemstilling. Vi så videre på hvilken metode som ble brukt og hva konklusjonen av studien var. Artikler vi mente var relevante ble skrevet ut, lest over og det ble i tillegg tatt notater. Deretter sammenlignet vi notater og diskuterte om det var en artikkel vi kunne bruke i oppgaven. Vi ønsket i utgangspunktet syv artikler for å få et størst mulig grunnlag. Dette viste seg å være utfordrende da det fantes lite forskning om eldres erfaringer av hverdagsrehabilitering, og resulterte i fem artikler som blir presentert. Se Vedlegg 2: Oversikt over artikler.

Det første søket ble gjort på PubMed med søkeordene «reablement» og «experiences», og ga 15 treff. Seks av artiklene handlet om helsepersonellets og pårørendes erfaringer med hverdagsrehabilitering. Fire omhandlet effekten av hverdagsrehabilitering og spesifikt om diagnoser, og de resterende tre beskrev blant annet utformingen av kartleggingsverktøy. Ingen av disse passet våre inklusjonskriterier og artiklene ble derfor valgt vekk. Søket ga oss derimot to relevante artikler. «Driving forces for home-based reablement; a qualitative study of older adults' experiences» som er skrevet av Hjelle, Tuntland, Førland og Alvsvåg i 2017. Hensikten med den kvalitative studien var å finne ut hvordan eldre i Norge erfarer hverdagsrehabilitering. Den andre relevante artikkelen er «'If they're helping me then how can I be independent?' The Perceptions and experience of users of

home-based re-ablement services» skrevet av Wilde og Glendinning i 2012. Hensikten var å innhente erfaringer fra brukere som mottar hverdagsrehabilitering gjennom semi-strukturerte intervju. Begge artiklene er publisert i tidsskriftet *Health and Social Care in the Community*.

Deretter søkte vi på «home-rehabilitation» og «experience» på PubMed, og fikk 24 treff. 18 av disse handlet om diagnose og velferdsteknologi i rehabilitering, mens fem handlet om helsepersonells erfaringer, omgivelser og effekten av hverdagsrehabilitering. Den siste artikkelen var «Activity and participation in home rehabilitation: older people's and family members' perspectives», skrevet av Randström, Asplund, Svedlund og Paulsen i 2013. Studien hadde som hensikt å undersøke hvordan eldre og familiemedlemmer erfarte rehabilitering i hjemmet, med fokus på aktivitet og deltakelse. Det ble gjennomført kvalitative intervjuer, og artikkelen ble publisert i *Journal of Rehabilitation Medicine*. På grunn av inklusjonskriteriene velger vi å kun fokusere på de eldres erfaringer, og ikke familiemedlemmenes erfaringer.

Videre søkte vi på «erfaringer» og «hverdagsrehabilitering» i databasen SveMed+ og fikk 19 treff. 14 av artiklene handlet om helsepersonells erfaringer og andre temaer som blant annet velferdsteknologi. De fire siste artiklene handlet om diagnoser og pårørendes erfaringer med hverdagsrehabilitering, som ikke passet våre inklusjonskriterier. Den siste var «Erfaringer med hverdagsrehabilitering», og viste seg å være relevant for problemstillingen. Dette var fordi de hadde som hensikt å beskrive og utforme eldres erfaringer med hverdagsrehabilitering, og besto av semi-strukturerte intervjuer. Artikkelen er skrevet av Jokstad, Landmark, Hauge og Skovdahl og ble publisert i *Tidsskrift for omsorgsforskning* i 2016.

Til slutt brukte vi søkeordene «home-based», «rehabilitation», «experiences» og «participation» på CINAHL, og fikk ett treff. Denne var “Agency and engagement: Older adults’ experiences of participation in occupation during home-based rehabilitation” av Vik, Nygård, Borell og Josephsson fra 2008. Vi valgte denne artikkelen da hensikten var å utforske hvordan eldre med nedsatt funksjon, erfarte deltakelse i hverdagslivet i en periode hvor de mottok rehabilitering i hjemmet. Det ble gjennomført intervjuer og studien ble publisert i *Canadian Journal of Occupational Therapy*.

3.4 Andre søk

Gjennom søkeprosessen erfarte vi et flertall av søk som ikke var relevante for oppgaven. Et eksempel var ved søk på OTseeker med søkeordet «reablement», der vi kun gikk tre treff der ingen var relevante. Vi søkte i tillegg på ergoterapeuten.no, men fikk ingen treff ved søk på «hverdagsrehabilitering». I en artikkel sto det at i Australia blir hverdagsrehabilitering oversatt til «restorative care», og vi prøvde dette som et søkeord. Ved søk på CINAHL med søkeordene «restorative care» «experience», var et flertall av artiklene om tannhygiene og spesifikke diagnoser. Vi konkluderte derfor med at «restorative care» ikke var et relevant søkeord for oss å bruke.

3.5 Kildekritikk

På den ene siden mener vi valgt litteratur er relevant, da problemstillingene i artiklene fokuserte på det samme som vår problemstilling. Fire av fem artikler er skandinaviske, som gjør dem relevante for norske forhold. Vi har søkt i forskjellige databaser, som Oria, PubMed, CINAHL, SveMed+ og OTseeker, for å få et bredere søk og dermed ikke gå glipp av artikler. Vi har brukt ulike søkeord og testet kombinasjoner med disse. Eksempler på dette er «daily activity», «older adults», «rehabilitation in home» og «participation».

På den andre siden er det mulig at vi har gått glipp av relevante artikler, da det ikke finnes en direkte engelsk oversettelse av hverdagsrehabilitering. Vi brukte både «reablement», «home-based rehabilitation» og «home-rehabilitation» i søk. Vi erfarte i tillegg at det er ulike definisjoner på hverdagsrehabilitering, både på engelsk og norsk. I en artikkel skrevet om hverdagsmestring, ble begrepet forklart på samme måte som hverdagsrehabilitering, noe som gjør at vi oppfatter at det er ulik forståelse av begrepet. Under søkeprosessen valgte vi i første omgang artikler basert på tittelen. Vi erfarte at selv om tittelen var relevant, betydde ikke det at artikkelen var det. Eksempelvis ble «reablement» brukt i tittelen, men aldri beskrevet i teksten. Av den grunn kan relevante artikler ha

blitt valgt bort. Som nevnt i forrige avsnitt var flertallet av forfatterne fra Skandinavia, noe som også kan ha vært en svakhet siden vi ikke får informasjon om erfaringer fra andre kulturer.

3.6 Analyseprosessen

Etter å ha funnet relevante artikler vi ønsket å bruke, nummererte vi hver enkelt artikkel fra én til fem for å få en oversikt. Deretter gikk vi over hvert avsnitt og skrev stikkord, før vi diskuterte hovedbudskapene til avsnittene i plenum. Ut ifra hva vi ble enige om fikk alle avsnittene et undertema som ble notert. Videre utviklet vi undertemaene til syv hovedtemaer som beskrev innholdet bedre. Vedlegg 3: Tabell over analyseprosess, viser en oversikt over stikkord, undertema og hovedtema. Etter en lang søkeprosess, endte vi opp med fem artikler som vil bli presentert i en analytisk form.

4 Resultat

4.1 Aktiviteter i hverdagen

I artikkelen til Hjelle et al. (2017) beskrev deltakerne at trening er fysiske øvelser, ikke hverdagslige aktiviteter. Flere av deltakerne forsto trening i hverdagsrehabilitering som å gjennomføre fysiske øvelser for å bedre styrke, balanse og bevegelsesutslag. Aktiviteter i dagliglivet (ADL) ble ikke sett på som trening, selv om dette ble foreslått som trening sammen med fysiske øvelser. En deltaker trente aldri på å vaske gulv, men heller øvde eller prøvde på det (Hjelle et al., 2017).

I studien til Jokstad et al. (2016) fortalte deltakerne at de opplevde smerte, søvnløshet og lite overskudd ved tidspunktet de ble kontaktet av rehabiliteringsteamet, noe som følte som en hindring i deres aktivitetsutførelse (Jokstad et al., 2016).

Erfaringer fra artikkelen til Randström et al. (2013) viste at aktiviteter var begrenset på grunn av smerte, noe som resulterte i søvnløshet og fatigue. Som følge av dette hadde de eldre problemer med å samle overskudd for å utøve aktiviteter i hverdagen. Deltakernes fokus var på kroppslig forbedring for å gjenvinne fysiske funksjoner og håndtere aktiviteter i dagliglivet (Randström et al., 2013).

I artikkelen til Vik et al. (2008) kom det frem to forhold om hvordan deltakerne systematisk jobbet for å ta ansvar over hverdagen. En deltaker forklarte at hun øvde på de enkelte ferdighetene hun trengte for å ta kontroll over sitt eget hjem. Hun vasket klær, strikket og tørket støv, og på denne måten forbedret hun sine ADL-ferdigheter. Dette gjorde at hun gradvis gjenvant sine daglige rutiner og fikk fullt ansvar igjen. I kontrast til dette fortalte en annen at han ikke mestret å forbedre ferdighetene ved å øve. Han tok heller ansvar over sin hverdag ved å organisere mennesker i sitt miljø. Han fikk noen til å vaske kjøkkenet slik han ønsket, og bestilte matvarer via telefon, slik at han selv kunne bestemme menyen (Vik et al., 2008).

Deltakerne i studien til Wilde og Glendinning (2012) erfarte at hverdagsrehabilitering hadde vært effektivt og gjorde dem mer selvstendig i ADL. Med noen få unntak ble det rapportert at brukerne ble mindre bekymret for deres sosiale behov og aktiviteter. Sosiale relasjoner og aktiviteter ble sett på som viktige elementer for selvstendighet (Wilde & Glendinning, 2012).

4.2 Deltakelse i livet

Å ha ansvar var knyttet til muligheten om å ha kontroll over hverdagen (Vik et al., 2008). Videre beskrives det hvordan livet ble en «sjef», og hvordan det veiledet brukernes deltakelse. Alle deltakerne erfarte at livet fortsatte med eller uten dem. Flere av deltakerne relaterte deres engasjement til hverdagslivet i stedet for sykdommen. De engasjerte seg i familien, dro på shopping og fikk besøk, og dette var med på å styre deres hverdag. Funn viste to ulike måter å la livet styre hverdagen. En informant ble mer engasjert og involvert i livet på seniorsenteret, mens en annen fortsatte å streve med å ta ansvar for livet sitt, og ble heller styrt av teamet. I intervjuet seks måneder etterpå, uttrykte brukeren at det muligens skulle vært mer fokus på å delta i sitt daglige liv, i stedet for øvelser fra rehabiliteringsteamet (Vik et al., 2008).

Å være sjef over eget liv var identifisert som en viktig faktor for deltakelse i hverdagslivet (Vik et al., 2008). For eksempel uttrykte deltakerne tydelig at de ønsket å reise hjem fra sykehus slik at de kunne få ansvar over livet. Deltakerne arbeidet systematisk for å være ansvarlig, og hadde ulike strategier for å opprettholde dette. De hadde også en genuin interesse for samfunnet, som var en viktig del av deres engasjement. En av deltakerne håpet hver dag at livet skulle ta slutt, men var fortsatt dypt engasjert i filmer og sportsarrangementer. Brukeren søkte om støttekontakt for å kunne diskutere politikk og andre nyheter. I likhet med dette hadde en annen deltaker startet en «kaffegruppe» med naboene for å diskutere nyheter og sport, og dette var det viktigste som hadde skjedd siden utskrivelse fra sykehuset. Dette er eksempler på hvordan sosiale arrangementer og nyheter, strukturerte og styrte livet deres (Vik et al., 2008).

Deltakerne i studien til Hjelle et al. (2017) erfarte at teamet oppfordret dem til å ta ansvar og være aktiv i rehabiliteringen. Oppmuntring til å være selvsikker i gjennomføring av aktiviteter på egenhånd var en viktig faktor. Dette ansvaret gjorde at deltakerne fikk en følelse av frihet, og kunne bestemme selv hvor og når gjennomføring av aktiviteter skulle skje (Hjelle et al., 2017).

De eldre fra Jokstad et al. (2016) sin studie hadde ulik oppfatning om fremtiden, en bruker fortalte at hun var på god vei til å delta på meningsfulle aktiviteter igjen. En annen uttrykte at alt var bra, og en tredje sa at selv om alt ikke var hundre prosent bra, så var det ikke noe å klage over (Jokstad et al. 2016).

Flere av deltakerne fra studien til Wilde og Glendinning (2012) hadde startet rehabiliteringen med forventning om ordinær hjemmetjeneste som gjennomførte oppgaver for dem, men hadde gradvis blitt mer oppmerksom på å delta selv. I studien til Randström et al. (2013) beskrives det at nedsatt funksjonsevne begrenset deltakelse i hjemmet og samfunnet.

4.3 Tro på egne ressurser

Ifølge studien til Hjelle et al. (2017) fortalte flere av deltakerne hvordan deres egen besluttsomhet var en viktig faktor i rehabiliteringsprosessen. Viljestyrken til å gjennomføre personlig stell og husarbeid utviklet seg etterhvert som kroppsfunksjonen bedret seg. De reflekterte over at viljen for å gjennomføre fysiske øvelser og hverdagsaktiviteter var viktig, slik at de kunne jobbe mot funksjoner de hadde tidligere (Hjelle et al., 2017).

For deltakerne i studien til Jokstad et al. (2016) var motivasjon ikke en fremtredende faktor ved oppstart, selv om dette var et krav for rehabiliteringen. Dessuten ytret deltakerne at de slet med sorg over tapt funksjon og bekymring over muligheten til å oppleve selvstendighet igjen. Deltakerne var positive til tilbudet om hverdagsrehabilitering, samtidig kom det uforutsett og delvis overraskende på dem. Flere av deltakerne informerte om behov for hjelp i hverdagen, til tross for at de hadde tilpasset seg den nye situasjonen med hindrende rammer. Deltakerne uttrykte lettelse, glede og

mestringsfølelse når de mestret meningsfulle aktiviteter. Det at funksjon og ferdigheter ble bedre, og at måloppnåelse oppsto, resulterte i mestringsfølelse som igjen påvirket troen de hadde på egne ressurser og muligheter. Deltakerne fikk i løpet av åtte uker med hverdagsrehabilitering innsikt i egne begrensninger. De ble mer bevisst på egne ønsker og fikk større tro på egne ressurser, og opplevde at de ville mestre å tilpasse seg begrensninger (Jokstad et al., 2016).

Randström et al. (2013) skriver at de eldre forventet rask bedring ved intensiv trening, men fikk tidlig forståelse for at bedring av funksjon var like mye knyttet til personlighet og viljestyrke for å oppnå det forventede resultatet. Artikkelen beskrev også hvordan terapeutenes instruksjoner bidro til deltakernes selvtillit, og styrket deres evne til å opprettholde trening over et lengre tidsrom. Samtidig erfarte andre at de fikk begrenset informasjon om hvordan de skulle gjennomføre trening. Deltakerne følte at ansvaret for trening ble plassert på dem selv, og opplevde at gjennomføringen var vanskelig alene og hadde derfor behov for mer kontinuerlig veiledning. De viste motvilje mot å være avhengige av hjelp, samtidig som de anerkjente behovet. Det ble også opplevd psykologisk belastning av frykt for å bli syk igjen og tvil om bedring av funksjoner og aktiviteter (Randström et al., 2013).

4.4 Støtte til selvstendighet

I studien til Hjelle et al. (2017) beskrev en deltaker støtten fra hverdagsrehabiliteringsteamet som oppmuntrende, og at teamet så brukeren som en person som trengte støtte og omsorg. De kunne selv bestemme hvor og når gjennomføring av aktiviteter skulle skje uten å være avhengig av støtte og mulighet for hjelp. Videre oppmuntret teamet deltakerne, slik at de kunne gjenvinne selvfølelse og ferdigheter for å kunne delta i hverdagsaktiviteter. Dette stimulerte også til at deltakerne gjorde øvelser både når de hadde tilsyn og på egenhånd. Det var likevel noen deltakere som kun var motivert til å trene ved tilsyn fra teamet. Når perioden sluttet uttrykte noen deltakere at de savnet de ansatte og at de følte seg ensomme når de gjennomførte treningen alene (Hjelle et al., 2017).

Deltakerne i studien til Jokstad et al. (2016) var på ulike nivåer når det gjaldt tilpasning til nye funksjoner og beskrev vekslende tro på hva som var oppnåelig. Likevel ble de med på teamets planer,

til tross for at flere var usikre på tilbudet ved begynnelsen av rehabiliteringsforløpet. De fortalte om hjelp og støtte fra rehabiliteringsteamet, men at de også ble utfordret og erfarte å bli dyttet i gang. Dette gjaldt både i formulering av mål og øving på aktiviteter som var krevende, særlig i begynnelsen da de var usikre på hva som var gjennomførbart. Det å ha balanse mellom å bli satt krav til, og få støtte var spesielt viktig i oppstartsfasen. Tilbakemeldinger fra teamet på deltakernes mestring bidro til at de la merke til egne evner og muligheter etterhvert, og anerkjente egne styrker. Videre fortalte deltakerne at teamet hjalp dem med gjennomføring av utfordrende aktiviteter, og at de følte trygghet ved å ha teamet tilstede ved vanskelige situasjoner. Hjelpen fra teamet ble redusert etterhvert som deltakerens funksjon ble bedre, og viste tillit til ferdigheter og kompetansen teamet hadde. De erfarte at teamet var opptatt av deres situasjon, og satte pris på at teamet hadde tro på dem og at de ville oppnå fremgang. De eldre ble utfordret til å fortelle hvordan de erfarte situasjonen og hva de så på som viktig. Teamet hadde forventninger til at deltakerne skulle forsøke å gjennomføre oppgavene de fikk, selv om de opplevdes som krevende. Etter avsluttet rehabiliteringsforløp fortalte flere av deltakerne at de hadde videreført tiltak, og fortsatt med trening som en del av en lengre rehabiliteringsprosess (Jokstad et al., 2016).

Deltakerne i studien til Randström et al. (2013) opplevde hjelp i ADL og aktiviteter utenfor hjemmet som avgjørende. Frykt for å falle opplevdes som en hindring for aktivitet, derfor følte de seg tryggere av å ha noen i nærheten. Noen deltakere opplevde begrenset eller fraværende psykologisk støtte i situasjoner der de følte seg usikre, mens andre beskrev at samtaler med fagfolk i teamet gjorde deres fysiske belastning lettere å leve med. De eldre beskrev faktorer som å bli behandlet med respekt, å bli lyttet til og støtte fra ansatte som tilfredsstillende med hverdagsrehabilitering (Randström et al., 2013).

Wilde og Glendinning (2012) beskrev at deres deltakere satte pris på selskapet og hjelpen fra teamet. Deltakerne uttrykte at de var lei seg da perioden med hverdagsrehabilitering tok slutt, og uttrykte at de kom til å savne forholdet de hadde fått til teamet (Wilde & Glendinning, 2012).

4.5 Hjemmet som arena for rehabilitering

I artikkelen til Hjelle et al. (2017) ble det erfart at å være i et kjent og meningsfullt miljø var en av fordelene med hverdagsrehabilitering. En deltaker satte pris på at teamet kom hjem i boligen, da dette var en viktig arena for brukeren. Videre fremmet hverdagsrehabilitering selvstendighet og de eldre oppnådde en følelse av autonomi. Deltakerne hadde kontroll over hverdagen, og foretrakk å planlegge selv hvordan dagen skulle være med tanke på trening og deltakelse i aktiviteter. De kunne justere mengde etter dagsform, og hadde mulighet til å gjennomføre meningsfulle aktiviteter (Hjelle et al., 2017).

I studien til Wilde og Glendinning (2012) informerte deltakere om frustrasjon over at de ikke kunne forlate hjemmet sitt og opplevde å ha få valgmuligheter. Hindringer i sosiale aktiviteter eller fritidsaktiviteter var varierende og teamet tilbydde sjeldent hjelp for å realisere disse målene. Andre deltakere var misfornøyd med begrensningene som ble pålagt dem i deres eget hjem (Wilde & Glendinning, 2012).

Deltakerne til Vik et al. (2008) fortalte at de selv hadde skrevet seg ut fra sykehuset mot anbefaling fra ansatte. De ønsket å være hjemme slik at de hadde frihet til å ta valg og ha kontroll over eget liv. En deltaker sa «[...] jeg ville ha kontroll over min fritid og mine daglige rutiner» (Vik et al., 2008).

Funn fra Randström et al. (2013) viste hvordan de eldre så på hjemmet som det beste stedet for utvikling. Det å være hjemme ble definert som å ha autonomi i hverdagen, og bidro til trivsel (Randström et al., 2013).

4.6 Mål for perioden

Wilde og Glendinning (2012) skrev at et fåtall av deltakerne fra studien husket å være aktivt involvert i forhandling om mål og utfall, og mange trodde at innholdet i tjenesten ikke kunne bli forhandlet. I kontrast til dette hadde noen andre deltakere fått tydelig forklaring og forståelse av hensikten med

hverdagsrehabilitering, som hadde gjort dem fullt involvert i målsetting. Dette hadde videre forsterket deres forståelse av rehabiliteringens hensikt og økte deres motivasjon til å nå målene, som over tid gjorde at de så tydeligere progresjon. Det var flere begrensninger i effektiviteten av målsetting. Manglende fremskritt mot avtalte mål risikerte svekkelse av motivasjon og kunne derfor ha motsatt effekt. En begrensning av måloppnåelse skjedde også om nødvendig utstyr og tilpasninger ikke var levert, eller når teamet ikke var tilgjengelig. Målene passet heller ikke alltid sammen med deltakernes kulturelle normer og ambisjoner knyttet til selvstendighet (Wilde & Glendinning, 2012).

I studien til Randström et al. (2013) satte de eldre både kortsiktige og langsiktige mål. Målene handlet både om hva de ønsket for fremtiden og hva som var realistisk. De opplevde vansker med å utføre fysiske aktiviteter de hadde gjort før funksjonsfallet, og derfor ble det overordnede målet for hverdagsrehabiliteringen å gjenvinne den fysiske styrken for å kunne fungere best mulig (Randström, 2013).

Jokstad et al. (2016) viste i sin studie at målene som ble satt i rehabiliteringsprosessen ble utviklet fra å fokusere på selvstendighet i hjemmet, til å være mål utenfor hjemmet som var knyttet til aktivitet og deltakelse. Bekreftelse og tro på ressurser og muligheter ble erfart som fundamentet i målsetting. Deltakerne opplevde at målene kunne oppleves som utfordrende, men at måloppnåelse ga mestringfølelse. Mål var viktige og meningsfulle, og mestringfølelse forsterket det å ha tro på muligheter og egne ressurser (Jokstad et al., 2016).

De eldre fra Hjelle et al. (2017) erfarte at målsetting var viktig for viljestyrken, og at viljestyrken var viktig for å gjennomføre trening og aktiviteter for å nå målene. De fleste målene besto av ADL-ferdigheter, og funnene viste at målene ble nådd uten å trene spesifikt på ferdighetene (Hjelle et al., 2017).

4.7 Hverdagsrehabilitering som tjeneste

I studien til Wilde og Glendinning (2012) var tilnærmingen i hverdagsrehabilitering mindre passende for mennesker med progressive helsetilstander, eller hvor de tilpasset seg nye permanente funksjonshemninger. Disse deltakerne hadde mindre forståelse for hensikten med hverdagsrehabilitering og hadde større sannsynlighet for å forvente standard hjemmetjeneste. Noen deltakere uttrykte misnøye ved timing, varighet og pålitelighet ved besøkene fra teamet. Tidsrestriksjoner hadde betydelig virkning på deltakernes motivasjon og selvsikkerhet til å fortsette, fordi de følte seg avhengig av andre. Deltakere som ikke hadde en klar forståelse av hensikten med rehabiliteringen risikerte å bli misfornøyd med en tjeneste som mislykte å møte de feilaktige forventningene deres. En deltaker sa at han hadde dratt nytte av strategien i hverdagsrehabilitering ved oppmuntring og observasjon, og at kontrasten med hans tidligere forventninger skapte motstand i starten. Over tid ble de fleste deltakerne klar over at hverdagsrehabilitering hadde som hensikt å hjelpe dem til å komme seg etter sykdom, eller til å bedre deres ADL-ferdigheter for å redusere behov for senere hjelp eller innleggelse (Wilde & Glendinning, 2012).

I studien til Hjelle et al. (2017) var deltakerne aktive både med og uten tilsyn fra teamet, noe som gjorde at de erfarte å ha gjort hele rehabiliteringen selv.

I studien til Vik et al. (2008) hadde deltakerne ulike relasjoner til helsetjenester. Noen av deltakerne prioriterte hverdagen, og prøvde å gjenvinne deres egne rutiner på egenhånd. En annen deltaker lot derimot tjenesten være førsteprioritet i hverdagen. Brukeren brukte mye av tiden og energien sin på øvelser gitt av teamet, og tillot funksjonsnedsettelsene sine og rehabiliteringsteamet styre hverdagen i betydelig grad. Studien viste også at flere deltakere ikke kunne starte dagen uten teamet. En deltaker uttalte "jeg må bare vente på dem, og kan ikke planlegge min egen dag eller hvilke oppgaver som må bli gjort". En annen forklarte at den stadige forandringen av ansatte og deres timeplan gjorde det vanskelig å ta vare på og organisere daglige rutiner. Brukeren ønsket å påvirke hvem som assisterte, og hadde diskutert dette med teamet. Etterspørsel av liste over ansatte og tidspunkt for besøk ble avvist. Da ADL-ferdighetene ikke ble forbedret gjennom perioden fortsatte

brukeren å være avhengig av assistanse. En annen deltaker fortalte om mangel på brukermedvirkning (Vik et al., 2008).

Deltakerne fra Randström et al. (2013) sin studie erfarte det som en belastning at hjemmet deres ble en arbeidsplass for hverdagsrehabiliteringsteamet, da folk ofte kom og gikk. Dette skapte følelse av begrenset autonomi og respekt for integritet. En deltaker uttrykte «det er mange folk som kommer, og det er alltid nye. Du føler du har mistet hjemmet ditt, selv om jeg viker unna når de kommer.» (Randström et al., 2013).

5 Diskusjon

Vi vil nå diskutere våre funn ved å ta utgangspunkt i resultatene fra litteraturstudien, og problemstillingen om hvordan eldre som mottar hverdagsrehabilitering erfarer at det influerer mulighet for økt aktivitet og deltakelse. Sammenhenger og motsetninger fra resultatene har gjort at nye temaer har oppstått, og for å skape struktur har vi systematisert diskusjonen ut fra CMOP-E. Tema for diskusjon er: indre faktorer, engasjement, forståelsen av hverdagsrehabilitering, utforming av mål, gjennomføring av hverdagsrehabilitering, og omgivelser. Teorien viser til perspektiv om aktivitet og deltakelse, og oppgavens kunnskapsgrunnlag vil bli diskutert.

5.1 Indre faktorer

I hverdagsrehabilitering bør motivasjon være tilstede ved oppstart (Tuntland & Ness, 2014), men funn fra Jokstad et al. (2016) viste at motivasjonen ikke alltid var fremtredende i begynnelsen. Både Hjelle et al. (2017) og Jokstad et al. (2016) beskrev hvordan viljestyrke, mestringsfølelse og troen på egne ressurser utviklet seg etterhvert som kroppsfunksjoner bedret seg. Deltakerne reflekterte over at viljen for å gjennomføre fysiske øvelser og hverdagsaktiviteter var viktig for å oppnå funksjoner de hadde tidligere (Hjelle et al., 2017). Som en foreløpig konklusjon kan vi antyde at motivasjon ikke trenger å være tilstede ved oppstart, men at bedring av funksjoner styrker motivasjonen for gjennomføring av hverdagsrehabilitering. Dette kan bety at samspillet mellom motivasjon, og bedring av funksjoner fører til økt deltakelse i aktiviteter.

Det opplevdes frykt for å bli syk igjen (Randström et al., 2013) og sorg over tapt funksjon (Jokstad et al., 2016), noe som kan bli plassert under den affektive delen av personen i CMOP-E (Kjeken & Sand-Svartrud, 2012). Likevel viste funn fra Randström et al. (2013) at fokuset for hverdagsrehabiliteringen lå på kroppslig forbedring for å gjenvinne fysiske funksjoner, da noen opplevde smerte. Dette kan bety at deltakerne bør trene opp både fysiske og psykiske funksjoner da samspillet mellom disse komponentene påvirker hverandre, og kan påvirke aktivitetsutførelsen. Dette bekreftes av

deltakerne til Randström et al. (2013) som forventet rask bedring ved intensiv trening, men oppdaget tidlig at bedring av funksjon var like mye knyttet til personlighet og viljestyrke for å oppnå det forventede resultatet. Ser man dette i sammenheng med CMOP-E, har bedring av funksjon sammenheng med de kognitive, fysiske og affektive komponentene hos personen (Kjeken & Sand-Svartrud, 2012). Funn fra Jokstad et al. (2016) viste også at det var flere indre faktorer som påvirket aktivitetsutførelsen. CMOP-E beskriver at faktorer hos personen kan påvirke aktivitetsutførelsen både positivt og negativt (Kjeken & Sand-Svartrud, 2012). Eksempler på dette kan være at frykt for å falle opplevdes som en hindring for aktivitet (Randström et al., 2013), samtidig som oppmuntring fra teamet ga bedre selvfølelse, og en følelse av frihet som igjen kan styrke aktivitetsutførelsen (Hjelle et al., 2017). Vi kan dermed hevde at brukerne bør trene opp både fysiske og psykiske funksjoner i hverdagsrehabilitering, slik at de kan oppnå større mulighet for aktivitet.

5.2 Engasjement

Som nevnt tidligere beskriver CMOP-E engasjement i aktiviteter som deltakelse (Brandt et al., 2013). Funn fra Vik et al. (2008) viste at flere relaterte engasjement til hverdagslivet og at dette engasjementet styrte hverdagen. I tillegg organiserte en deltaker mennesker i omgivelsene da han ikke mestret å forbedre ferdighetene sine gjennom intervensjonen (Vik et al., 2008). Dette viste at man kan være engasjert i aktiviteter uten å selv gjennomføre dem, som beskrives i CMOP-E (Brandt et al., 2013). Engasjement i aktivitet er en viktig del av hverdagsrehabilitering, der de eldre kan være aktive i eget liv og delta i samfunnet (Tuntland & Ness, 2014). Dette kan forstås som at eldre engasjerer seg i meningsfulle aktiviteter gjennom hverdagsrehabilitering.

5.3 Forståelsen av hverdagsrehabilitering

Som nevnt tidligere ønsker regjeringen å sette kommunene i stand til å gi befolkningen et godt rehabiliteringstilbud (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016). Hverdagsrehabilitering kan bidra til

økt selvstendighet i ADL slik at brukeren kan bo hjemme, være aktiv og delta sosialt og i eget liv (Tuntland & Ness, 2014). Det kan derimot tenkes at brukernes forståelse av hverdagsrehabilitering ikke samsvarer med tjenestens formål, da funn fra Wilde og Glendinning (2012) viste at flere deltakere forventet ordinær hjemmetjeneste ved oppstart. Som vist i rapporten *Fra passiv mottaker til aktiv deltaker* er fokus på brukerkunnskap i helsetjenesten et forbedringspotensial (Fürst & Høverstad, 2014). Resultatet av dette kan være at brukerne ikke har nok kunnskap om tilbudene i helsetjenesten, og behovet for å inkludere brukerne i planlegging av nye tjenester kan være nødvendig. I studien til Jokstad et al. (2016) kom tilbudet om hverdagsrehabilitering uforutsett og delvis overraskende på deltakerne. Samtidig var de positive til tilbudet, og flere informerte om behov for hjelp i hverdagen til tross for at de hadde tilpasset seg situasjonen. Gjennom åtte uker med hverdagsrehabilitering ble brukerne mer bevisst på egne begrensninger og ressurser, og følte glede og mestringfølelse når de mestret meningsfulle aktiviteter (Jokstad et al., 2016). Dette samsvarer med Helse- og omsorgstjenesteloven (2011, § 1-1) der det står at bruker skal få mulighet til å leve selvstendig, og ha et aktivt og meningsfullt liv.

Tilnærmingen i hverdagsrehabilitering var mindre passende for mennesker med progressive helsetilstander eller permanente funksjonshemminger, og at disse hadde mindre forståelse for hensikten med hverdagsrehabilitering (Wilde & Glendinning, 2012). Andre deltakere hadde derimot fått forståelse for hensikten etter hvert (Wilde & Glendinning, 2012). *Samhandlingsreformen* vil sikre et tjenestetilbud som er tilpasset den enkelte bruker med forebyggende og helsefremmende arbeid (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009). Sett i sammenheng med problemstillingen kan vi anta at hvis brukeren hadde forstått hensikten med hverdagsrehabilitering, eller at tjenesten hadde vært mer tilpasset den enkelte, kunne dette bidratt til at brukeren var mer aktiv og deltakende i livet.

Deltakerne erfarte oppmuntring fra teamet som en viktig faktor for å bli trygg og selvstendig i gjennomføring av aktiviteter (Hjelle et al., 2017). Dette samsvarer med reformen *Leve hele livet* der hverdagsrehabilitering skal fremme brukernes ressurser slik at de mestrer eget liv, og fokuserer på deltakelse og sosialt fellesskap (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018). Dette kan vi forstå som at teamets engasjement hadde positiv påvirkning på brukerne og gjorde dem mer selvstendige, slik at de kunne delta mer i aktiviteter.

Ferdigheter ble forbedret gjennom aktiviteter i hverdagen (Vik et al., 2008), samtidig som at nedsatt funksjonsevne begrenset deltakelse (Randström et al., 2013). Viljestyrken til å gjennomføre aktiviteter utviklet seg etter hvert som funksjonen bedret seg (Hjelle et al., 2017), og når funksjonen ble bedre, påvirket det troen på ressurser og muligheter (Jokstad et al., 2016). Dette viser et samspill mellom de affektive og fysiske komponentene hos personen. Samtidig viser funn at mål ble nådd uten å trene spesifikt på ferdigheter (Hjelle et al., 2017), som kan bety at mål burde fokusere på aktivitet og deltakelse, fremfor fysiske øvelser.

5.4 Utforming av mål

Målsetting ble erfart som viktig hos både Jokstad et al. (2016) og Hjelle et al. (2017). Hos Randström et al. (2013) var målene realistiske. Dette samsvarer med hverdagsrehabilitering da tjenesten skal være målrettet, og fokusere på dagligdagse aktiviteter som personen selv velger (Tuntland & Ness, 2014). Målene var utfordrende, men måloppnåelse ga mestringsfølelse, som igjen forsterket troen på egne ressurser (Jokstad et al., 2016). De eldre erfarte at målene i starten av rehabiliteringen handlet om selvstendighet (Jokstad et al., 2016), som kan ha sammenheng med at det er avgjørende å mestre hverdagslige aktiviteter for å være selvstendig (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018). Samtidig opplevde noen deltakere at målene ikke alltid passet sammen med kulturelle normer og ambisjoner knyttet til selvstendighet (Wilde & Glendinning, 2012). I problemstillingen fokuserer vi på aktivitet og deltakelse. Det kan tenkes at større fokus på meningsfulle aktiviteter, fremfor selvstendighet, ville passet bedre til brukerens kulturelle normer. Målene om selvstendighet hos Jokstad et al. (2016) ble også utviklet til å handle om aktivitet og deltakelse, som understreker at mer fokus på aktivitet og deltakelse kan gi økt motivasjon.

Noen eldre ble oppfordret til å beskrive erfaringer av situasjonen og hva som var viktig å mestre i hverdagen (Jokstad et al., 2016). Måloppnåelse var en vesentlig faktor som påvirket motivasjonen hos deltakerne. Funn fra Wilde og Glendinning (2012) viste hvordan mål kunne ha negativ påvirkning på motivasjon grunnet manglende måloppnåelse. På den andre siden opplevde deltakerne til Hjelle

et al. (2017) at målsetting var viktig for viljestyrken, og at viljestyrken var viktig for gjennomføring av trening. Dette kan indikere at målene bør være tilpasset den enkelte da aktivitetsutførelse er individuelt, og brukeren selv vet best hvilke aktiviteter de ønsker å mestre, som beskrives i CMOP-E (Kjeken & Sand-Svartrud, 2012).

Som nevnt tidligere ønsker *Samhandlingsreformen* en tilpasset tjeneste for den enkelte bruker og med økt brukerinnflytelse (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009). Samtidig beskriver pasient og brukerrettighetsloven (2001) brukerens rett til medvirkning (§ 3-1). Dette står i kontrast til funn fra Wilde og Glendinning (2012) der et fåtall av deltakerne hadde vært aktivt involvert i målformuleringen. Det var likevel et flertall som hadde vært involvert i målsettingen, og dette forsterket forståelsen av hensikten med hverdagsrehabilitering (Wilde & Glendinning, 2012). Ifølge CMOP-E skal ergoterapeuten samarbeide og vektlegge brukerens perspektiv (Kjeken & Sand-Svartrud, 2012), og det kan tenkes at dette ikke alltid har blitt gjennomført i forbindelse med målformulering hos noen deltakere. Dette kan igjen ha påvirket hvor aktiv brukeren har vært i hverdagsrehabiliteringen, og som videre kan ha hatt påvirkning på utbyttet av tjenesten.

Noen eldre opplevde at ansvar ga kontroll over livet, mens for andre ble livets gang en "sjef" og veiledet deres deltakelse (Vik et al., 2008). Dette står i kontrast til at hverdagsrehabilitering skal fokusere på aktiviteter brukeren mener er meningsfulle å mestre (Tuntland & Ness, 2014). Det kan tenkes at det ikke har vært nok fokus på mestring av meningsfulle aktiviteter i målsetting, og at dette er grunnen til at livet ble en "sjef". I sammenheng med CMOP-E kan dette være et eksempel på hvordan omgivelsene påvirker hvilke aktiviteter som blir gjort, og hvordan personen opplever å ta kontroll over livet.

5.5 Gjennomføring av hverdagsrehabilitering

Det var ulike erfaringer om gjennomføringen av hverdagsrehabilitering. Noen deltakere opplevde å bli utfordret, men fikk samtidig støtte og hjelp (Jokstad et al., 2016). Respons fra temaet bidro til at deltakerne anerkjente ressurser, og følte trygghet (Jokstad et al., 2016). Dette kan være en årsak til

at deltakere fra Hjelle et al. (2017) og Wilde og Glendinning (2012) uttrykte at de følte seg ensomme, og ville savne temaet når perioden tok slutt. Misnøye angående tid og pålitelighet med tjenesten, påvirket deltakernes motivasjon, og de følte seg avhengig av andre (Vik et al., 2008; Wilde & Glendinning, 2012). Dette samsvarer ikke med reformen *Leve hele livet*, der hverdagsrehabilitering skal fremme eldres ressurser (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018), og funnene kan vise at de ikke alltid oppnår hverdagsmestring. Noen eldre erfarte å få lite informasjon om gjennomføring, og for mye ansvar for trening (Randström et al., 2013), som kan ha påvirket selvtilliten og motivasjonen. De følte behov for mer veiledning (Randström et al., 2013), som kan bety at de ikke var tilfreds med instruksjonen fra teamet. Dette kan være grunner for at noen deltakere ikke videreførte tiltak etter avsluttet tjeneste. Noen var bare motiverte til å trene ved besøk av teamet (Hjelle et al., 2017), mens andre deltakere var aktive både med og uten tilsyn (Hjelle et al., 2017), og videreførte tiltak (Jokstad et al., 2016). Dette kan ha sammenheng med variasjon i formidling av instruksjon, og balansen mellom å bli utfordret og å få støtte fra teamet. Det at de eldre kunne være selvstendige, og velge selv når de skulle trene, var en fordel med hverdagsrehabilitering (Hjelle et al., 2017). Som en foreløpig konklusjon kan dette bety at tiltakene varierte da ikke alle opplevde å bli mer selvstendig i aktivitet og deltakelse, og at det derfor er et forbedringspotensial.

5.6 Omgivelser

Som nevnt tidligere er hjemmet og nærmiljøet til brukeren den viktigste trenings- og læringsarenaen for hverdagsrehabilitering (Tuntland & Ness, 2014). Dette understrekes da deltakere ønsket å reise hjem fra sykehus for å ta ansvar over livet (Vik et al., 2008). Å være i et meningsfullt miljø ble erfart som en fordel (Hjelle et al., 2017), og hjemmet var det beste stedet for utvikling (Randström et al., 2013). Når rehabiliteringen skjer i samme miljø som aktiviteten utføres er det enklere å forstå hensikten (Tuntland & Ness, 2014). Dette bekreftes av Hjelle et al. (2017) der rehabiliteringen i hjemmet gjorde deltakerne mer selvstendige, og de oppnådde autonomi og trivsel (Randström et al., 2013). Støtten fra temaet var avgjørende for at de eldre skulle føle seg trygge (Randström et al., 2013). Å føle trygghet er noe som påvirker de affektive funksjonene ifølge CMOP-E, og støtte og hjelp

kan samtidig oppleves som en del av omgivelsene som vil bidra til å fremme aktivitetsutførelse (Kjeken & Sand-Svartrud, 2012). Hverdagsrehabilitering har allerede lagt premisser om at tjenesten skal foregå i hjemmet eller nærmiljøet (Tuntland & Ness, 2014), men dette kan skape utfordringer. Noen deltakere opplevde en følelse av begrenset autonomi og respekt for integritet, fordi hjemmet ble en arbeidsplass for teamet (Randström et al., 2013). De uttrykte i tillegg frustrasjon over å ikke kunne forlate hjemmet sitt (Wilde & Glendinning, 2012). Som en oppsummering er de fleste deltakerne positive til at hverdagsrehabilitering foregår i trygge omgivelser som er med på å fremme aktivitet og deltakelse. Samtidig kan det ha motsatt effekt på aktivitet og deltakelse for de som opplever rehabilitering i hjemmet som utfordrende. Dette er igjen et eksempel på hvordan samspillet mellom person, aktivitet og omgivelser kan påvirke aktivitetsutførelsen.

6 Konklusjon

I denne bacheloroppgaven ønsket vi å undersøke hvordan eldre som mottar hverdagsrehabilitering erfarer at det influerer muligheten for økt aktivitet og deltakelse. Som en konklusjon kan vi antyde at hverdagsrehabilitering er en effektiv tjeneste og gjør deltakerne mer selvstendige i ADL. Flertallet av deltakerne var fornøyde med tjenesten, og opplevde mestringsfølelse. Flere fortsatte med tiltak etter avsluttet tjeneste, som resulterte i økt deltakelse i aktiviteter. Deltakerne ble utfordret, og fikk støtte og trygghet, samtidig som de ble mer bevisst på egne ressurser og begrensninger. De erfarte å bli mer selvstendige, og følte glede og mestringsfølelse da de mestret meningsfulle aktiviteter. Dette viser hvordan hverdagsrehabilitering kan bidra til at eldre deltar i aktiviteter. Rehabiliteringen i hjemmet er både en fordel og ulempe, da hjemmet er en viktig arena for utvikling, men blir en arbeidsplass. Hverdagsrehabilitering har et forbedringspotensial, da mangel på informasjon, veiledning og misnøye med tjenesten hadde negativ påvirkning på motivasjon. Disse var faktorer som hindret aktivitet og deltakelse, og synliggjorde viktigheten av samspillet mellom person, aktivitet og omgivelser. For å oppnå økt aktivitet og deltakelse bør eldre være aktivt deltakende i rehabiliteringen, og få nok veiledning og informasjon om tjenesten. Samtidig bør helsepersonellet respektere brukerens hjem slik at brukeren føler seg ivaretatt, som bidrar til at de kan være aktive i eget liv, og delta i meningsfulle aktiviteter.

Referanseliste

- Brandt, Å., Madsen, A. J. & Peoples, H. (2013). *Basisbog i ergoterapi* (3. utg.). København: Munksgaard
- Ergoterapeutene. (2017). *Alle skal kunne delta - Ergoterapeuters kjernekompetanse*. Oslo: Norsk ergoterapiforbund
- Fürst & Høverstad. (2014). *Fra passiv mottaker til aktiv deltaker* (Sluttrapport. KS Fou-prosjekt nr. 134027). Oslo: Kommunens Sentralforbund (KS).
- Hartviksen. T. A. & Sjølie, B. M. (2017). *Hverdagsrehabilitering - Kvalitetsforbedring i norske kommuner*. Oslo: Cappelen Damm AS.
- Helseforskningsloven. (2008). Lov om medisinsk og helsefaglig forskning (LOV-2008-06-20-44). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/LTI/lov/2008-06-20-44>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2018). *Leve hele livet* (Meld. St. 15 (2017-2018)). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-15-20172018/id2599850/>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2013). *Morgendagens omsorg* (Meld. St. 29 (2012-2013)). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/34c8183cc5cd43e2bd341e34e326dbd8/no/pdfs/stm201220130029000dddpdfs.pdf>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2016). *Opptappingsplan for habilitering og rehabilitering 2017-2019* (Prop. 1 S (2016-2017)). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/helse--og-omsorgstjenester-i-kommunene/innsikt/opptappingsplan-for-habilitering-og-rehabilitering-2017-2019/id2517920/>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2009). *Samhandlingsreformen* (Meld. St. 47 (2008-2009)). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm200820090047000dddpdfs.pdf>

Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester (LOV-2011-06-24-30). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>

Hjelle, K. M., Tuntland, H., Førland, O. & Alvsvåg, H. (2017). Driving forces for home-based reablement; a qualitative study of older adults' experiences. *Health and Social Care in the community*, 25(5), 1581-1589.

Jokstad, K., Landmark, B. T., Hauge, S. & Skovdahl, K. I. (2016). Eldres erfaringer med hverdagsrehabilitering. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 2(3), 212-221.

Kjeken, I. & Sand-Svartrud, A-L. (2012). The Canadian Occupational Performance Measure brukt i rehabilitering. *Ergoterapeuten*, 1(12), 11-18.

Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.

Norges tekniske- naturvitenskapelige universitet. (u.å.). Databaser/Artikler. Hentet fra <https://www.ntnu.no/blogger/ub-mh/finn-litteratur/databaser-artikler/>

Pasient- og brukerrettighetsloven. (2001). Lov om pasient- og brukerrettigheter (LOV-1999-07-02-63). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasient%20og>

Pedersen, A. W. (2019). Alderspensjon. *Store norske leksikon*. Hentet fra <https://snl.no/alderspension>

Randström, K. B., Asplund, K., Svedlund, M., & Paulson, M. (2013). Activity and participation in home rehabilitation: Older people's and family members' perspectives. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 45, 211-216.

Rognsaa, A. (2016). *Bacheloroppgaven – Skriveråd og regler for utformingen* (2. utg.). Oslo: Universitetsforlaget

Støren, I. (2010). *Bare søk. Praktisk veiledning i å systematisere kunnskap*. Oslo: Cappelen Damm Akademiske.

Tuntland, H. & Ness, N.E. (2014). *Hverdagsrehabilitering*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Vik, K., Nygård, L., Borell, L. & Josephsson (2008). Agency and engagement: Older adults' experiences of participation in occupation during home-based rehabilitation. *Canadian journal of Occupational Therapy, 75*(5), 262-271.

Wilde, A. & Glendinning, C. (2012). "If they're helping me then how can I be independent?" The perceptions and experience of users of home-care re-ablement services. *Health and Social Care in the community, 20*(6), 583-590.

Vedlegg 1: Oversettelse fra norsk til engelsk

Norsk	Engelsk
Erfarer/erfaring	Experience
Eldre	Older people/elderly
Hverdagsrehabilitering	Reablement, home-based rehabilitation, home-rehabilitation
Aktivitet	Activity
Deltakelse	Participation

Vedlegg 2: Oversikt over artikler

Tittel	Driving forces for home-based reablement; a qualitative study of older adults' experiences.	If they're helping me then how can I be independent?" The perceptions and experience of users of home-care re-ablement services.	Activity and participation in home rehabilitation: Older people's and family members' perspectives.	Agency and engagement: Older adults' experiences of participation in occupation during home-based rehabilitation	Eldres erfaringer med hverdagsrehabilitering
Forfatter	Hjelle, Tuntland, Førland & Alvsvåg	Wilde & Glendinning	Randström, Asplund, Svedlund & Paulson	Vik, Nygård, Borell & Josephsson	Jokstad, Landmark, Hauge & Skovdahl
Publisert	2017, <i>Health and Social Care in the community</i>	2012, <i>Health and Social Care in the community</i>	2013, <i>Journal of Rehabilitation Medicine</i>	2008, <i>Canadian journal of Occupational Therapy</i>	2016, <i>Tidsskrift for omsorgsforskning</i>
Hensikt	Hvordan eldre i Norge erfarer hverdagsrehabilitering	Erfaringer fra brukere som mottar hverdagsrehabilitering	Undersøke hvordan eldre og deres familiemedlemmer erfarer rehabilitering i hjemmet med fokus på aktivitet og deltakelse	Utforske hvordan eldre med funksjonshemninger erfarte deltakelse i hverdagslivet i en periode hvor de mottok rehabilitering i hjemmet	Beskrive og utforske eldres erfaringer med hverdagsrehabilitering
Metode	Kvalitativ deskriptiv studie, semistrukturert intervju ansikt til ansikt hjemme hos deltakerne.	Kvalitativ metode, semistrukturert intervju	Kvalitative intervjuer	Eksplorativ studie med en prospektiv saksorientert tilnærming basert på gjentatte intervjuer over seks måneder	Kvalitativ metode, individuelle semi-strukturerte intervjuer
Deltakere	Fire menn og fire kvinner, 64-92 år	34 deltakere som mottar hverdagsrehabilitering	Seks hjemmeboende eldre som har blitt behandlet for sykdom/skade, eller mottatt rehabilitering i hjemmet, og seks av deres familiemedlemmer	Tre eldre over 65 år som ble henvist til et lokalt rehabiliteringsteam under et sykehusopphold	To kvinner og tre menn (74-85 år) som hadde gjennomført åtte ukers hverdagsrehabilitering

Vedlegg 3: Tabell over analyseprosess

Stikkord	Undertema	Hovedtema
Trening Rutiner	Ferdigheter ADL Hindring i aktivitet	Aktivitet Aktiviteter I hverdagen
Engasjement Samfunnet	Ansvarlig Delta selv Kontroll i hverdagen	Deltakelse Deltakelse i livet
Selvsikker Selvtillit	Viljestyrke Mestringsfølelse	Motivasjon Ressurser
Frykt Utfordret Trygghet	Støtte Forventninger Hverdagsrehabiliteringsteam	Ensomme Anerkjennelse
Hjemmet Kontroll over hverdag Reise hjem	Autonomi Meningsfulle omgivelser Valgmuligheter Være i hjemmet	Støtte Støtte til selvstendighet
Lite Miste motivasjon Aktivitet/deltakelse	Involvert Progresjon	Utfall Realistiske
Forståelse Relasjon Arbeidsplass	Hverdagsrehabilitering Trening alene/ med team Misfornøyd	Mål Mål for perioden
		Hverdagsrehabilitering Hverdagsrehabilitering som tjeneste