

Funksjon, selvstendighet og deltakelse

”brukeren, som har eller står i fare for å få begrensninger i sin fysiske, psykiske, kognitive eller sosiale funksjonsevne, skal gis mulighet til å oppnå beste mulig funksjons (...) evne, selvstendighet og deltakelse i utdanning og arbeidsliv, sosialt og i samfunnet”.

Jasså, dekk måtte ut i krabbefeltet?



Bredland, Linge og Vik (2011) peker i boken sin på forskjellige rehabiliteringsperspektiver;

1. rehabilitering med vekt på trening av funksjonsevne
2. rehabilitering med vekt på overgangssituasjoner
3. rehabilitering med vekt på "indre" prosesser
4. rehabilitering med vekt på like muligheter til å delta i samfunnet

Perspektiv tre ble diskutert i forrige kapittel om *mestring*, mens vi i dette kapittelet kommer til å knytte noen betraktninger til de andre perspektivene.

Rehabilitering med fokus på funksjonsevne, bygger på en tradisjonell, medisinsk, forståelse av funksjonshemming som tar utgangspunkt i individet, og hvilke konsekvenser sykdom eller skade har for kroppens funksjoner og strukturer. Rehabiliteringspotensialet er knyttet til om det er mer å hente på å gjenvinne funksjon. Rehabilitering med fokus på funksjonsevne, innretter tiltakene mot å trene opp kroppen og øke selvstendigheten i daglige gjøremål (ADL). Hverdagsrehabilitering handler ofte om å fange opp funksjonsfall, og å bruke trening eller kompenserende tiltak for å bedre kroppsfunksjon og selvstendighet i aktivitet.



Diskuter de ulike perspektivene på rehabilitering ut fra eget arbeid. Hvilke innfallsvinkler er lettest å innta, og hvilke behov er det for å utvide deres eget perspektiv? Hvordan kan dere gjøre dette?



Istedenfor å gi kompenserende tjenestetilbud etter hvert som funksjonsevnen svekkes, bør rehabiliteringspotensialet utredes tidlig med sikte på tverrfaglig innsats for å gjenvinne funksjonsevne, hindre ytterligere funksjonstap og for å mestre hverdagslivet.

Opptappingsplan for habilitering og rehabilitering 2017-2019



Hvilket system har kommunen/tjenesten der du er ansatt for å fange opp funksjonsfall hos innbyggere og brukere som allerede har tjenester?



Manglende systematikk i kommunal tverrfaglig kartlegging rammer mange brukergrupper. Særlig utsatt er eldre med raskt eller gradvis funksjonsfall som ikke fanges opp, og barn med habiliterings-/rehabiliteringsbehov.

Opptappingsplan for habilitering og rehabilitering 2017-2019

Hvilke tegn ser du etter for å fange opp funksjonsfall, og hva gjør du når du har avdekket at brukeren har hatt et funksjonsfall?



Informasjon om tidlig intensiv habilitering der barnet bor fra Akershus Universitetssykehus.

Opptappingsplanen peker på at kommunene må bli bedre på å fange opp funksjonsfall og sette inn tiltak. I den sammenheng pekes det også på manglende kapasitet ved en del tjenester. Erfaringer fra prosjektet *tidlig intensiv habilitering der barnet bor*, viser varig effekt av intensive treningsperioder (se lenke i venstre



Bruk av dataspill i behandling av nevrologiske skader.



Spill deg bedre.

marg). Det er viktig at man i stedet for å smøre tynt utover med for eksempel logopedtimer eller fysioterapi, gjør en kunnskapsbasert prioritering av hvordan ressursene skal benyttes. Helse- og Omsorgsdepartementet (2011) *Innovasjon i omsorg* (NOU 2011:11), beskriver hvordan velferdsteknologi kan bidra i rehabiliteringsprosesser ved å øke intensitet på trening og gjøre trening mer motiverende. Sunnaas sykehus er i ledelsen når det gjelder bruk av spillteknologi for å fremme motivasjon (og dermed treningsdosen) i rehabiliteringssammenheng, se ressurser i venstre marg.

En vesentlig kritikk av rehabilitering med fokus på funksjonsevne, er at den betrakter funksjonshemming som en egenskap ved individet, og personens eget problem. Sterke aktivister i England og USA på 1960- og 70-tallet fremmet den sosiale modellen av funksjonshemming. Den hevder at funksjonshemming ikke er en egenskap ved individet, men skapt av et samfunn som ikke er tilrettelagt (Oliver, 1996). Et eksempel vil være en restaurant uten heis – som fører til at personer som ikke kan gå i trapp blir funksjonshemmet dersom de ønsker å oppsøke denne restauranten. Da blir funksjonshemmingen et resultat av måten vi bygger hus på (Tøssebro, 2009). ”En som sitter i rullestol vil ikke

være funksjonshemmet om bygningene han ferdes i er tilrettelagt med ramper, brede dører og store nok toalett. Hvis de fysiske forholdene er tilrettelagt for rullestoler, såkalt universell utforming, vil personen kunne fungere på lik linje med andre” (<http://kurs.helsekompetanse.no/inkludering/18776>, 7.2.19).

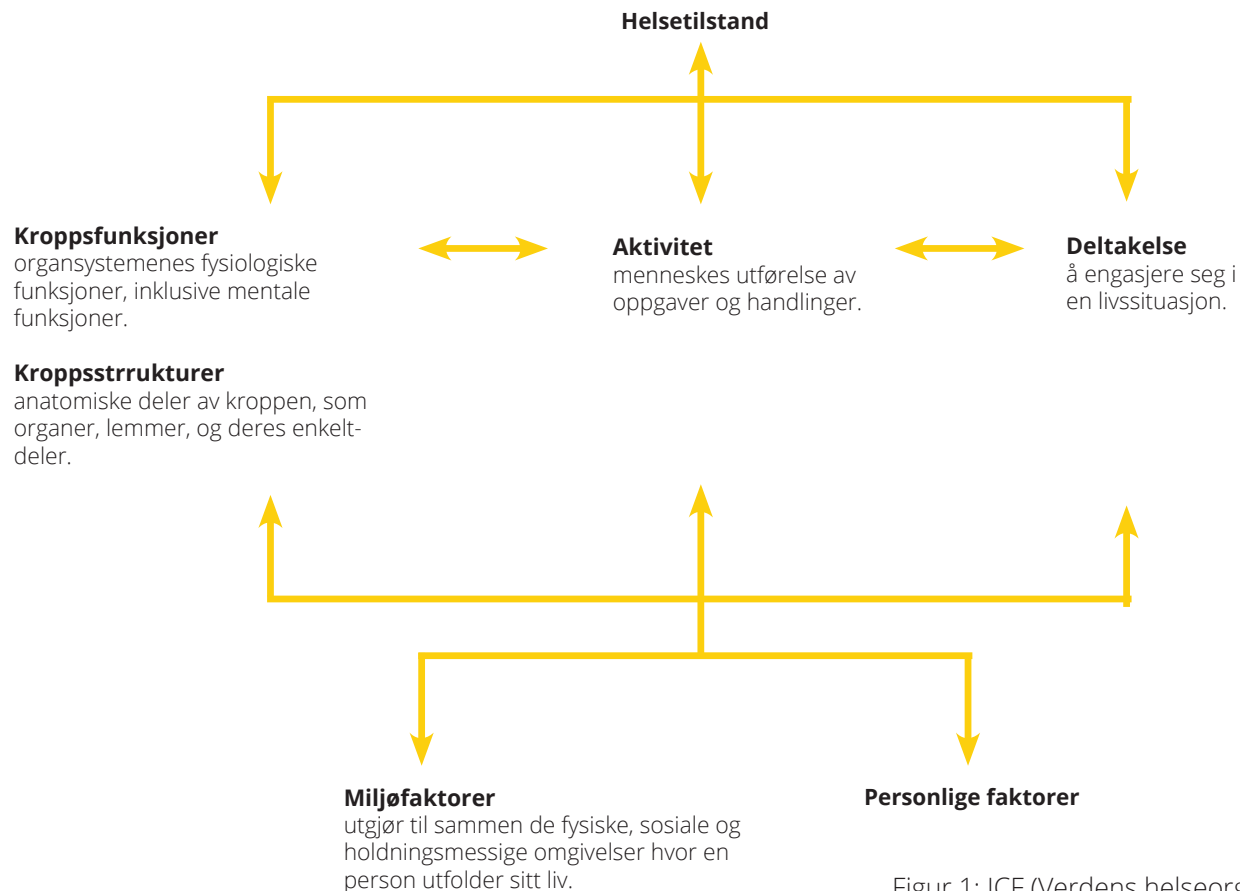




Les mer om ICF.

En modell som integrerer den medisinske forståelsen med den sosiale modellen av funksjonshemming (Bredland, Linge & Vik, 2011) er Verdens Helseorganisasjons klassifikasjonssystem, International Classification Of Functioning, Disability and Health (ICF), figur 1. ICF beskriver konsekvensene av sykdom eller skade. Den bygger på FNs standardregler for funksjonshemmede (WHO, 2001), som fremmer målsettingen om "full deltaking og likestilling for funksjonshemmede i samfunnet". ICF er betegnelse for både et kodeverk og en tankemodell. Den er tatt i bruk av mange yrkesgrupper og institusjoner som arbeider med rehabilitering, fordi den ikke "eies" av en enkelt faggruppe, og derfor kan gi et felles utgangspunkt for samarbeidet. Modellen viser hvordan personens helsetilstand påvirker og påvirkes av en rekke faktorer; kroppsfunksjoner og strukturer, utførelse av aktiviteter, sosial deltakelse, personlige forutsetninger og miljø. Innen rehabiliteringsfeltet brukes gjerne ICF som et kartleggingsverktøy for å ivareta en helhetlig tilnærming. Mål og tiltak rettes således mot alle de nevnte områdene (Vik, 2004).

Tabell som viser delene av ICF



Hva kan ICF som tankemodell tilføre ditt arbeid?

Figur 1: ICF (Verdens helseorganisasjon, 2001)

ICF bidrar til å utvide rehabiliteringsfokuset fra ”forbedring” eller ”reparasjon” av den enkeltes kropp til å rette seg mot like muligheter til å delta i samfunnet. Individet skal oppleve medbestemmelse, autonomi, å kunne delta i samfunnet og føle seg inkludert (ibid s. 39, med flere henvisninger). Personen trenger ikke å gjennomføre de fysiske handlingene selv, men kan oppleve selvstendighet og deltakelse ved at vedkommende bestemmer over den hjelpen som gis eller ved bruk av hjelpemidler/tilrettelegging av omgivelsene. Det er i stor grad deltakelsen og gleden i det sosiale fellesskapet som gjør oss til den vi er, gir oss selvtillit og identitet. Nedsatt mulighet til deltakelse i det sosiale fellesskapet kan derfor føre til at personen føler sin verdighet truet. Egne holdninger til sykdom og funksjonshemming, og omgivelsenes fordommer kan styrke denne følelsen. (Bredland, Linge og Vik 2011). Conradi og Rand-Hendriksen (2004) skriver at det kan være nyttig å knytte målene til rollebegrepet for å øke motivasjonen. Med ”rolle” sikter de til den posisjonen vi har i det sosiale nettverket, som foreldre, barn, venn, arbeidskamerat osv. Det viktigste vil være å la personen selv definere hva deltakelse skal innebære for seg. For eksempel kan en bruker oppleve at det er verdig å begynne med tilpassede arbeidsoppgaver i sin gamle stilling, mens en annen vil oppleve det nedverdiggende å gå tilbake til sin gamle arbeidsplass når han/hun ikke kan gjøre det samme som tidligere.



Diskutér hvordan dere med utgangspunkt i ”hva er viktig for deg” og aktivitets-hjulet, kan snakke med bruker om betydning av fellesskap, sosial støtte og opprettholdelse av egne roller og identitet.

Hvilken sammenheng er det mellom opprettholdelsen av egen identitet og mestring?



Når det gjelder omsorgstjenestene, tyder undersøkelser på at det er på det sosiale og kulturelle området tjenestene ofte kommer til kort. Mange som mottar omsorgstjenester vil ha behov for bistand for å ha en meningsfylt og aktiv hverdag. Det må derfor legges større vekt på mestring og aktivisering, både sosialt og fysisk, og gis økt oppmerksomhet på brukeres sosiale og kulturelle behov gjennom hele livsløpet.

Opptappingsplan for habilitering og rehabilitering



Søkelyset i rehabiliteringsprosesser bør i like stor grad rettes mot omgivelsene som mot egenskaper og ressurser ved den enkelte person. (...) Ansvar for likestilling for personer med nedsatt funksjonsevne angår alle samfunnsområder. Det krever både universell utforming og individuell tilrettelegging av bl.a. arbeidsplass, bolig, servicebygg, transportmidler, utearealer, tjenester, produkt-design og elektronisk kommunikasjon. Brukernes og pasientenes egen erfaringskunnskap er nødvendig for å finne de gode løsningene. Regjeringens handlingsplan for universell utforming 2015–2019 inneholder tiltak som vil gi et mer universelt utformet samfunn, og som dermed også kan understøtte den enkeltes rehabiliteringsprosess ved å fjerne hemmende barrierer og gjøre aktiv deltagelse enklere.

Opptappingsplan for habilitering og rehabilitering s. 29



Les mer om GAP-modellen.

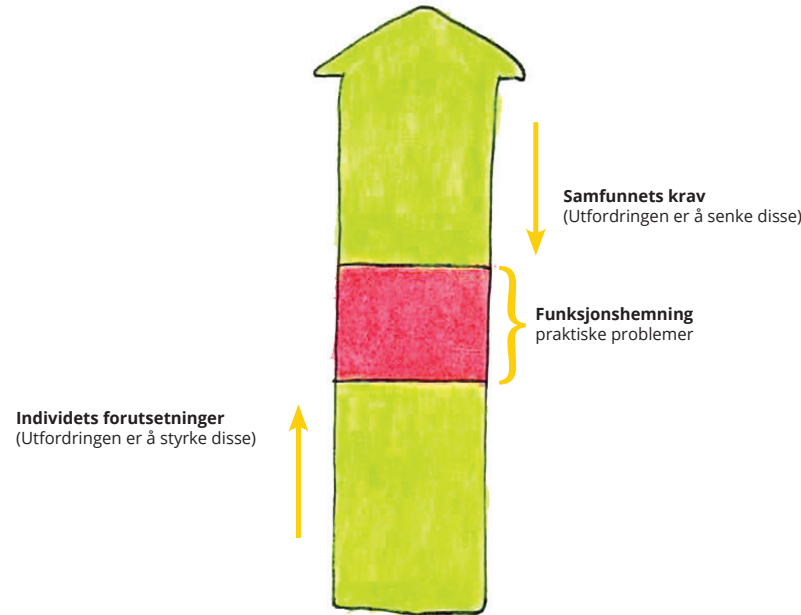
I Norge har Lie (1989) vært den første til å presentere det som er kjent som en relasjonell modell av funksjonshemming; GAP-modellen. Perspektivet skiller seg fra de to andre (den medisinske og den sosiale) ved at den fokuserer på selvet gapet mellom individets forutsetninger og samfunnets krav. Her legges ikke fokuset ensartet hos verken den ene eller den andre, men funksjonshemmingen oppstår i gapet mellom personens funksjon og kravene fra omgivelsene. Innsatsen rettes inn mot å redusere dette gapet.



Diskuter begrepene "opptreningspotensial", "rehabiliteringspotensial" og mestring, opp mot GAP-modellen.



Artikler og filmer om velferdsteknologi.



Velferdsteknologiens ABC.

Mange brukere kan ha nådd sitt maksimale potensiale når det gjelder å trene opp kroppen (funksjon), men det kan fortsatt være mange forhold ved omgivelsene som kan endres for at brukeren skal kunne delta i samfunnet med funksjonen de har. Den raske utviklingen innen velferdsteknologi vil spille en stor rolle for å fremme deltakelse i fremtiden. Gode eksempler finner dere i Velferdsteknologiens ABC, se lenke i venstre marg.

Personer med funksjonsnedsettelse kan oppleve store utfordringer når de må endre på daglige rutiner. Dette kan aktualisere rehabilitering knyttet til overgangsfaser, for eksempel når et barn med en funksjonshemming skal starte i barnehage eller på skole (Bredland, Linge og Vik, 2011). Boken refererer til Lie (1989), som beskriver følgende endringer i livssituasjoner som kan true "selvstendig livsopphold" (s. 41):

- overgang fra rehabilitering i institusjon og hjem
- personer som er i ferd med å gi opp utdanning eller arbeid



Unge funksjonshemmede

- i overgang mellom grunnskole og videre liv
- overgang fra institusjon til åpen omsorg
- når personer er i ferd med å gi opp selvstendig botilværelse og står i overgang til institusjon

Overgangen mellom barn og voksen nevnes av Opptappingsplanen som en spesiell sårbar fase. [Se lenke til venstre om hvilke temaer ungdommen er opptatt av.](#)

Et kroppsfenomenologisk perspektiv

Som definisjonen av habilitering og rehabilitering nevner, inneholder funksjonsbegrepet både en fysisk, psykisk, kognitiv og sosial dimensjon. Denne påminnelsen er stadig nødvendig på grunn av arven fra Descartes, hvor mennesket ble delt i kropp (soma) og sjel (psyke). Kroppen ble sett på som ren materie, som er "utenpå" det egentlige "jeg" (Thornquist, 2003). Filosofen Merleau-Ponty (1994) vil gjenforene kropp og sjel. Han hevder at vi forstår verden fordi vi er en del av den. Vi ser og vi blir sett, vi rører og blir berørt, vi påvirker verden og blir påvirket samtidig. Han mener at mennesket har en rettethet fra kroppen og ut mot verden. Så lenge kroppen bidrar til at vi samhandler med omgivelsene, forsvinner den fra bevisstheten vår. Redskapene vi bruker, fungerer som en forlengelse av kroppen. I en begynnerfase vil f.eks. en blind mann være rettet mot følelsen av håndtaket på stokken inne i hånden. Etter en stund forflyttes persepsjonen ut til det punktet hvor stokken er i kontakt med omgivelsene. Kroppen og håndtaket kommer i bakgrunnen, mens stokkens møte med omgivelsene kommer i forgrunnen. Merleau-Ponty mener at kroppslig aktivitet og kroppslig læring blir skrevet inn i kroppen på et ubevisst nivå, og dermed danner alle mennesker seg en virkelighet som for dem er innlysende sann (Thornquist, 2003). De fleste som kjører bil vil antakelig kjenne igjen at man kjører best når man føler seg ett med bilen.

Når kroppen svikter, og står i veien for realiseringen av planer og prosjekter, trer den i forgrunnen med så stor kraft at det er uunngåelig å neglisjere den (Leder, 1990). Personen kan ikke lenger spille på de erfaringene som ligger i kroppen fra tidligere. Synet på verden endrer seg når man blir syk, og det som har vært nært blir fjernt. Ved funksjonshemming kan det utvikles et betrakterforhold og en avstand til egen kropp fordi den nå erfarer som en hindring. Den sees på som et objekt som står mellom "personen" og alle aspekter av det "normale liv". Med andre ord; når kroppen bryter sammen, skjer ikke dette bare med kroppen, men også med hele livet til personen. Personen opplever at hans eksistens er forstyrret på en spesiell måte; en feilfungering i biologisk kropp representerer et tilsvarende sammenbrudd av personens måte å være i verden på, hevder filosofen Kay Toombs (referert i Thornquist, 2003b, s. 122), som selv lider av en kronisk sykdom. Hun mener at en oppstående posisjon i seg selv har betydning for selvbildet. Å være i stand til å stå på sine egne føtter kan direkte relateres til autonomi.



Diskutér en bruker dere samarbeider med som står foran en overgang som nevnt i teksten.

Hvordan planlegger dere denne overgangen med bruker for at det skal gå så bra som mulig?



Har dere egne erfaringer i tråd med teorien til venstre, der opplevelsen av en feilfungerende kropp har vanskeligjort mål som handler om aktivitet og deltakelse?



En fortelling om Olav

Nedenfor kan dere lese utdrag fra en virkelig målsettingsamtale. Olav har i en alder av 92 år måttet amputere det ene beinet på grunn av et sår som ikke ville gro. I flere måneder har han vært innlagt på institusjoner, og har nå kommet hjem til eneboligen sin hvor han får besøk av et rehabiliteringsteam:

- Ergoterapeut: Er det noen ønsker som du tenker at ”det vil jeg gjerne få til igjen”? Nå har jo du vært hjemme en uke og fått prøvd litt, er det noen områder som du tenker at ”det vil jeg klare på nytt”?
- Olav: Det er om å gjøre å bli såpass god i beina mine at jeg kanskje kan bevege meg noen år til. Man vet jo ikke det når man er i den alderen som jeg er nå.
- Ergoterapeut: Hvis du nå greier det, og kommer deg opp og får begynt og gått litt inne her. Med enten krykker eller med prekestol eller rullator. Tenker du da at det er noe du kunne tenke deg å gjort videre etterpå? Kunne du ha brukt det til noe mer?
- Olav: Ja, hvis jeg er såpass sterk i kroppen at jeg tåler slike anstrengelser som jeg regner med jeg kommer til å få etter hvert...
- Ergoterapeut: Det fordrer jo kanskje at du lærer å ta på protesen selv. At du blir litt mer selvhjulpen i forflytning, og så får vi begynne å trene litt på det å gå, det å ta av og på protesa på egenhånd. Men hvis du da greier det, la oss si om noen måneder eller hvor lang tid du trenger. Kunne du da tenkt og brukt den funksjonen til noe mer? Har du noen flere ønsker som du tenker kunne være nyttig da? På litt lenger sikt?
- Olav: Nei, altså sånn... at jeg etter hvert blir såpass flink og sterk i både armer og bein at det kan virke veldig positivt på de utførelser som jeg kommer til å fortsette med... Jeg ønsker at jeg kunne vært såpass flink at jeg kunne bruke begge beina mine. Men det å få dette avkuttete benet til å bli så sterkt som det andre, det kan jeg ikke regne med kan være tilfelle. Det vet jeg ikke.



Les samtalen mellom Olav og ergoterapeuten, og se den i lys av ICF og kroppsfenomenologien.

Hvilke utfordringer har ergoterapeuten og Olav i å oppnå en felles forståelse?

Hva burde ergoterapeuten lyttet til, og utforsket i det Olav sier? Hvordan ville du gjort det?

Hvilke tanker sitter du igjen med nå?

Hvilken følelse sitter du med nå?

Hva er det viktigste du sitter igjen med etter samtalen?

Bruk de siste minuttene av hver gang du treffer bruker til å evaluere møtet: "Hvordan var dette for deg?" "Hva har du behov for nå?"

Hvordan vil du oppsummere det vi har snakket om?

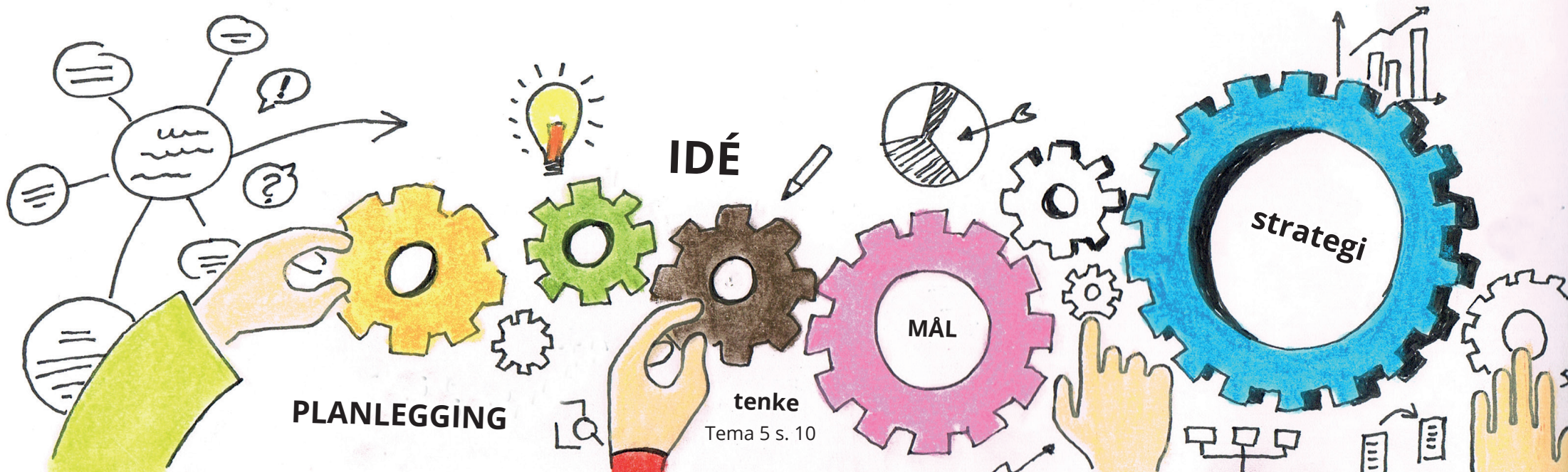


FIT/KOR er verktøy for systematisk tilbakemelding fra bruker. Se video: <https://www.youtube.com/watch?v=bK3gaLYxyXw>

I hvilken grad på en skala fra 1-10 opplever du at det vi snakket om var viktig for deg?

Oppsummering av refleksjonsprogrammet

Hva tar du med deg videre fra dette refleksjonsprogrammet inn i egen praksis?



LITTERATUR

- Antonovsky, A. (2000): *Helbredets mysterium*. København: Hans Reitzel forlag.
- Bjørnsland, B., Wilde-Larsson, B. & Kvigne, K. (2012). Opplevelse av brukermedvirkning i sykehus. *Nordisk tidsskrift for helseforskning*, 8(1), 20-33.
- Bredland, E. B., Linge O.A., & Vik, K. (2011): Det handler om verdighet og deltakelse. Verdigrunnlag og praksis i rehabiliteringsarbeid. (3. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Charmaz, K. 1990: Discovering chronic illness: using Grounded Theory. *Soc. Sci. Med.* 30(11), 1161-1172.
- Charmaz, K. (1991): *Good Days, Bad Days*. New Brunswick: Rutgers University Press.
- Conradi, S. & Rand-Hendriksen, S. (2004): Funksjonshemming og rehabilitering – ideologi og virkelighet. I L. L. Wekre & K. Vardeberg (Red.), *Lærebok i rehabilitering. Når livet blir annerledes* (41-45). Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad og Bjørke AS.
- Eide, H. & Eide, T. (2017): *Kommunikasjon i relasjoner. Personorientering, samhandling, etikk*. 3.utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Espnes, G. A. & Smedslund, G. (2001): *Helsepsykologi*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Finset, A. (2004): Kommunikasjon som en del av rehabiliteringsprosessen. I L. L. Wekre & K. Vardeberg (Red.), *Lærebok i rehabilitering. Når livet blir annerledes* (41-45). Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad og Bjørke AS.
- Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator (2011). Helse- og omsorgsdepartementet. Lokalisert 24. mars 2019 på Lovdata.
- Halstead, L. S. (2001): The Power of Compassion and Caring in Rehabilitation. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 81, 149-154.
- Haukedal (2005): *Arbeids- og lederpsykologi* (7. utg.). Oslo: J. W. Cappelens Forlag a.s.
- Heider, F. (1958): *The psychology of interpersonal relations*. Wiley: New York.
- Kitzmüller, G., Asplund, K. og Häggström (2012): The Existential Meaning of Couples' Long-Term Experiences of Living with stroke. *Illness, Crisis and Loss*, Vol 20, Issue 4, 2012. Kjellevoid, A.
- (2015): *Faglig skjønn og brukermedvirkning i helse- og velferdstjenestene*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Lai, Linda (2013): *Strategisk kompetanseledelse*, 3. utg. Fagbokforlaget. Bergen.
- Lazarus, R. S. (1992): Coping with the stress of illness. I A. Kaplun (Red.), *Health Promotion and Chronic Illness. Discovering a new quality of health* (11-29). WHO Regional Publications, European Series, 44.
- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984): *Stress, Appraisal, and Coping*. New York: Springer Publishing Company.
- Leder, D. (1990): *The absent body*. Chicago: Chicago University Press.
- Lie, I. (1989). *Rehabilitering: prinsipper og praktisk organisering*. [Oslo]: Gyldendal.

Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven. Helse- og omsorgsdepartementet. Lokalisert 25. mars på lovdata.no.

Lov- om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven. Helse- og omsorgsdepartementet. Lokaliert 25. mars 2019 på lovdata.no.

Meld. St. 21 (1998-1999). (1998). Ansvar og meistring. Mot ein heilskapleg rehabiliteringspolitikk. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

Meld. St. 19 (2014-2015: Folkehelsemeldingen. Lokalisert 25. mars 2019 på regjeringen.no

Merleau-Ponty, M. (1994): Kroppens fenomenologi. Oslo: Pax Forlag.

Miller, W. R. og Rollnick, S. (2013): Motiverende samtale. Støtte til endring. Bergen: Fagbokforlaget.

Nylenna, M. (2015): Om samvalg og andre sam-ord. Tidsskrift for Den norske legeförening nr. 2, 2015; 135.

Schaefer, K. M. (1995): Women living in paradox: loss and discovery in chronic illness. Holistic Nursing Practise 9(3), 63-74.

Oliver, M. (1996): Understanding Disability. New York: St. Martin Press.

Opptappingsplan for habilitering og rehabilitering (2017-2019). (2016). Helse- og omsorgsdepartementet.

Parry, R. H. (2004): Communication during goal-setting in physiotherapy treatment sessions. Clin Rehabil 2004, 18, 668-682.

Sigstad (2004) Praksisveilederen. <http://www.pressbooks.com> 04.09.2018

Sigstad, H.M.H. (2004). Brukermedvirkning – alibi eller realitet? Tidsskrift for Den norske legeförening, 124(1), 63-4

Thornquist, E. (2003a): Klinikk, kommunikasjon, informasjon. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Thornquist, E. (2003b): Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori – for helsefag. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke.

Tveiten, S. (2016): Helsepedagogikk. Pasient- og pårørendeopplæring. Bergen: fagbokforlaget.

Tveiten, S. (2008): Veiledning – mer enn ord. Oslo: Vigmostad & Bjørke AS

Tøssebro (2009): Funksjonshemming – politikk, hverdagsliv og arbeidsliv. Oslo: Universitetsforlaget.

Veileder om rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator, 2018. Lokalisert 25. mars på Helsedirektoratet.no med siste oppdatering 03.12.2019.

Vik (2004): ICF – en felles modell og et felles språk i rehabilitering. I L. L. Wekre & K. Vardeberg (Red.). Lærebok i rehabilitering. Når livet blir annerledes (57-62). Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad og Bjørke AS.

WHO: ICF – internasjonal klassifisering av funksjon, funksjonshemming og helse. Lokalisert på ehelse.no 25. mars 2019.

Wormnes og Manger (2015): Motivasjon og meistring. 2. utgave. Bergen: Fagbokforlaget.