

Masteroppgåve

Masterstudium i rehabilitering og habilitering

Mai 2020

Samspel heile vegen heim

- *Ei studie om eldre rehabiliteringsbrukerar sine erfaringar med overgangen frå kommunal korttidsavdeling til eigen heim*

Kandidatnamn: Nina Hjelle

Kandidatnummer: 605

Emnekode: MAREH5900

Tal på ord: 24252

Fakultet for helsevitenskap

OSLO METROPOLITAN UNIVERSITY
STORBYUNIVERSITETET

SAMANDRAG

Formål: Formålet med masteroppgåva har vore å undersøkje kva som er viktige for eldre rehabiliteringsbrukarar i overgangen frå kommunal korttidsavdeling og til heim. I oppgåva ser ein nærare på kva som gjer overgangen vanskeleg og kva som understøttar overgangsprosessen på ein god måte.

Teoretisk forankring: Masteroppgåva tar utgangpunkt i teori om stad og rom, samt heimen som arena for dei eldre. Den inneheld også litteratur om eldre og rehabilitering, samt samhandling for å skape ei teoretisk forståing for emnet.

Metode: Masteroppgåva har ei kvalitativ tilnærming. Det har blitt gjennomført ti kvalitative intervju av eldre personar over 65år, busett i to forskjellige kommunar. I analyse av materialet har det blitt nytta tematisk analyse, og funna vart delt inn i fem kategoriar. Desse kategoriane er «å kome heim», «forutsigbarheit gjennom informasjon», «pårørande si rolle», «helsepersonell si rolle» og «trygg i eigen heim».

Resultat og konklusjon: Funna i masteroppgåva viser at det er fleire faktorar som er viktige for dei eldre i overgangen frå korttidsavdeling til heim. Tryggleik trer fram som viktig. For å oppnå denne tryggleiken er det sentralt med informasjon for å skape ein forutsigbarheit om korleis ting blir når dei eldre kjem heim. For å skape slik forutsigbarheit er samhandling mellom ulike helsepersonell, brukaren sjølv og pårørande viktig. På bakgrunn av dette står samarbeidande praksis fram som eit viktig konsept. Tryggleik skapast også gjennom oppfølging i heimen av helsepersonell og ved moglegheita til å tilkalle dei ved behov. Dette gjerast blant anna ved hjelp av tilrettelegging med tryggleiksalarm. Til slutt er pårørande og andre omsorgspersonar viktig for dei eldre, både med tanke på praktiske gjeremål og sosialt for førebygging av einsemd.

Nøkkelord: Eldre, brukarmedverknad, rehabilitering, samhandling, samarbeidande praksis, omsorgsovergang, heim, tilrettelegging, kommune, korttidsavdeling, pårørande.

ABSTRACT

Purpose: The purpose of this masters' thesis has been to examine important aspects for elderly rehabilitation users in the transition from the municipal short-term section to home. I immersed myself in what makes the transition difficult and what factors that supported and facilitated the transition process.

Theory: The master's thesis is based on the theory of place and space as well as the home as an arena for the elderly. The thesis include literature on elderly, rehabilitation and interaction to create a common understanding of the topic.

Method: The master's thesis is a qualitative study. Ten qualitative interviews have been conducted including elderly over the age of 65, domiciliated in two different municipalities. Thematic analysis has been used in analyzing material, and the findings were divided into five categories. These categories are «to come home,» «predictability through information», «the role of next of kin», «the role of healthcare professionals» and «safety in their own home».

Results/conclusion: The results in this master's thesis shows that there are several factors that are important for elderly in the transition from short-term care to home. To feel safe plays an important role, and in order to achieve this safety, information is essential to create predictability in how things will be when they return back home. In order to create predictability, interaction between various healthcare professionals, the patient and the next of kin is important. Based on this, collaborative practice emerges as an important concept. Safety is strengthened through follow-ups by healthcare professionals in the patients home with the opportunity to call upon healthcare professionals when needed. Safety alarms can among other measures be used for this purpose. Finally, are next of kin and other caregivers important for the elderly, both in regard to practical tasks and socially as prevention of loneliness.

Keywords: Elderly, user participation, rehabilitation, collaboration, collaborative practice, care transition, home, facilitation, municipality, short-term section, next of kin.

INNHALDSFORTEIKNING

1.0	Innleiing	1
1.1	Bakgrunn for val av tema	1
1.2	Tidlegare forskning	6
1.4	Oppsummering og problemstilling	13
1.5	Masteroppgåva sin struktur	14
2.0	Teoretiske perspektiv	15
2.1	Rehabilitering og eldre	15
2.2	Medverknad og samhandling	18
2.3	Place and Space	22
3.0	Metode.....	25
3.1	Kvalitativ tilnærming og intervju	25
3.2	Utval og rekruttering	25
3.3	Intervjuprosessen.....	27
3.4	Transkripsjon og analyse.....	28
3.5	Etiske val og vurderingar	29
3.6	Reliabilitet og validitet	30
3.7	Metodediskusjon	32
3.8	Litteratursøk	33
4.0	Funn.....	34
4.1	Å kome heim	34
4.2	Forutsigbarheit gjennom informasjon	36
4.3	Pårørande si rolle.....	38
4.4	Helsepersonell si rolle	42
4.5	Trygg i eigen heim	45
5.0	Diskusjon.....	48
5.1	Tryggleik	48
5.2	Medverknad.....	50
5.3	Støtte frå omgjevnadane.....	52
5.4	Samarbeidande praksis	54
6.0	konklusjon	59
7.0	Litteraturliste	61

1.0 INNLEIING

Hensikta med denne oppgåva er å undersøkje brukarerfaringar ved overgang frå rehabilitering på kommunal korttids plass til eigen heim. Ønskje er å gje eit bidrag for å kunne drive kvalitetsforbetring i norske kommunar, og å sette fokus på det å gje den eldre brukaren ei stemme i utviklinga av norsk helsevesen. Korleis brukarane opplev denne overgangen vil kunne variere mykje og avhenge av korleis prosessen, dialogen og avgjerslene gjennomførast. Ein ønsker å sjå på prosessen, korleis det opplevast for brukar og kva som er nøkkelelement i denne fasen av pasientforløpet. Prosjektet omhandlar brukarar i en livsfase som kan definerast som tilhøyrande i gruppa eldre. Oppgåva er ei kvalitativ undersøkning, der det har blitt gjennomført intervju av eldre menneskjer som har gjennomgått pasientforløpet frå rehabilitering på kommunal korttidsavdeling til eigen heim. Sentrale settingar i denne oppgåva vil derfor vere både korttidsavdeling og heim, og med dette både helsepersonell inne på avdelingar og heimetenesta, samt andre relevante personar i brukarens omgjevnadar. Vidare blir det beskrive bakgrunn for val av tema med tanke på samfunnsaktualitet og min eigen bakgrunn.

1.1 Bakgrunn for val av tema

Brukargruppa i denne oppgåva er eldre og blir definert som menneskjer i alderen 65/67+ (Krohne & Bergland, 2012). Eldre som gruppe har eit stort behov for helsetenester, og behovet for rehabilitering og langvarige opphald på institusjon vil vere større hos denne aldersgruppa enn i yngre aldersgrupper. Det er viktig å møte deira særeigne behov på ein god måte (Krohne & Bergland, 2012). Ordet «overgang» som blir brukt i denne oppgåva er i internasjonal forskning omtala som «transitional care». Med «transitional care» meinast eit sett av handlingar som skal legge til rette for å sikre koordinering og kontinuitet i helsevesenet, når pasientar blir overført mellom ulike lokalitetar og/eller ulike omsorgsnivå på same lokalitet (Coleman & Boulton, 2003). Overgangen byrjar når pasienten blir forberedt på å forlate ei setting og blir avslutta når pasienten er plassert i den andre settinga (Coleman & Boulton, 2003). Det vil i denne oppgåva sei frå dei blir forberedt på heimreise frå korttidsavdelingane, til dei har kome heim til eigen bustad. For å kunne undersøkje korleis denne overgangen opplevast for dei eldre, er det nødvendig å sjå tilbake i tid og forklare kvifor omsorgsovergangar har ein sentral plass i helse- og omsorgstenestene i Norge. Og vidare kvifor desse overgangane er sentrale for organiseringa i kommunane.

I 1998 kom Stortingsmelding nr 21 Ansvar og meistring – mot ein heilskapleg rehabiliteringspolitikk (Helse- og omsorgsdepartementet, 1998), heretter omtala som St.meld nr.21. Målet med denne stortingsmeldinga var å fremme sjølvstende og deltaking, samt å medverke til eit verdig liv og like moglegheiter for menneskjer med funksjonsproblem eller kronisk sjukdom. Samarbeid mellom ulike faggrupper, etatar og forvaltning blir allereie her dratt fram som ein føresetnad for å nå dette målet (Helse- og omsorgsdepartementet, 1998). I St.meld nr.21 kom også den velkjende definisjonen på rehabilitering:

Tidsavgrensa, planlagde prosessar med klare mål og verkemiddel, der fleire aktørar samarbeider om å gi nødvendig assistanse til brukaren sin eigen innsats for å oppnå best mogeleg funksjons- og meistringsevne, sjølvstende og deltaking sosialt og i samfunnet (Helse- og omsorgsdepartementet, 1998, s. 10).

Bakgrunnen for definisjonen ovanfor var manglande felles forståing av omgrepet, og at dette var problematisk for kommunikasjon og samarbeid mellom dei ulike aktørane (Helse- og omsorgsdepartementet, 1998). Denne stortingsmeldinga var starten på fokuset på samhandling og brukarmedverknad, som etter dette har vore gjennomgåande i dei ulike lovverka, stortingsmeldingane og vegleiarane som har blitt sendt ut frå stortinget (Helse- og omsorgsdepartementet, 1998). Blant anna har det blitt gjort store endringar i kommunane sine ansvarsområde når det kjem til rehabilitering (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009).

I Noreg er det to ulike forvaltningsnivå innan helse og omsorgstenestene, desse er primærhelsetenesta og spesialisthelsetenesta (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009). Ansvar og oppgåver er fordelt på desse to forvaltningsnivåa. Kommunen forvaltar primærhelsetenestene og omsorgstenestene, medan stat og helseføretak forvaltar spesialisthelsetenestene (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009). Som nemnt vart det gjennom St.meld.nr 21, Ansvar og meistring satt fokus på samhandling mellom dei ulike aktørane innan rehabilitering (Helse- og omsorgsdepartementet, 1998). I 2009 sette Samhandlingsreforma igjen fokus på behovet for koordinerte tenester og at dette behovet ikkje er godt nok ivaretatt (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009). I Samhandlingsreforma kjem det fram at det er for lite heilskap i tenestene til pasientane. I tillegg til at tenestene er dårleg koordinerte, er det også fokus på at dette fører til lite effektiv ressursbruk. Den

demografiske utviklinga med stadig fleire eldre truar samfunnets økonomiske bereevne og det er for lite fokus på førebygging. Samhandlingsreforma leia til at kommunen fekk eit større ansvar for førebygging og tidleg innsats, men også større ansvar for rehabilitering av pasientar. Spesialisthelsetenesta skal ha større fokus på tiltak som krev spesialisert kompetanse, mens den generelle rehabiliteringa skal skje i kommunen. Med spesialisering meina ein tiltak som krev ein spesiell kompetanse eller utstyr, herunder medisinsk spesialkompetanse. I tillegg har også spesialisthelsetenesta ansvar for utredning- og vegleing ved komplikasjonar eller tilleggsdiagnosar. Ansvar til kommunen ligg på tenestetilbodet til alle med behov for omsorgstenester, uansett alder og diagnose. Gjennom Samhandlingsreforma vart det sett fokus på kommunen sitt framtidige auka ansvar for pasientar som kjem tidlegare heim frå sjukehuset og som treng rehabilitering i kommunen. Dette stiller krav til kompetanseheving i kommunen og samhandling mellom spesialisthelsetenesta og primærhelsetenesta, samt samhandling internt i kommunen og på sjukehusa (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009).

To av dei mest kjente reiskapane i gjennomføring av rehabiliteringspolitikken er koordinerande eining og individuell plan (Solvang, 2019. kap.4). Dette er reiskap som først og fremst blir nytta på kommunalt nivå. Gjennom Forskrift for habilitering og rehabilitering, vart kommunane i 2001 pålagt å ha ei koordinerande eining for habilitering og rehabilitering (Breimo & Thommesen, 2012). Etter Samhandlingsreforma i 2011 gjekk dette frå å vere forskriftfesta til å bli lovfesta. Det vart oppretta koordinerande eining både på kommunalt nivå og på helseføretaksnivå. Dette var meint som eit tiltak for koordinering og samarbeid mellom ulike systemnivå (Breimo & Thommesen, 2012).

Fokuset på rehabilitering og habilitering fortsett å vere sentralt, og det kjem stadig nye politiske føringar. Opptappingsplanen for rehabilitering og habilitering kom i 2017 og beskriv rehabilitering i kommunen som noko som skjer både på institusjon og i eigen heim (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017). Grad av tverrfagleg og fleirfagleg arbeid variera i dette arbeidet. Særleg fysioterapeutar, ergoterapeutar, sosionomar, vernepleiarar og sjukepleiarar vil vere representerte. Koordinerande eining blir igjen nemnt som sentral og skal vere bidragsytar for å sikre eit heilskapleg rehabiliteringstilbod (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017).

Heimen har etter kvart blitt meir sentral igjen innan rehabilitering. Historisk sett var heimen første valet når ein skulle tilby helsetenester, men i takt med aukinga av organiserte helse og omsorgssystem vart staden der omsorgstenestene blir gjennomført endra (Gitlin & Piersol, 2016). Tidlegare vart helsetenestene gjeve i spesialiserte miljø i staden for heime hos pasienten. Med spesialiserte miljø meinast institusjonar som til dømes sjukeheimar for eldre. Sidan dette har heimen igjen dukka opp som ein av dei viktigaste kontekstane for å gje eit breitt spekter av helsetenester. Dette spekteret inkluderer episodisk, kortsiktig og langsiktig omsorg til eldre menneskjer. Det er fleire ulike kritiske samfunnstrender som til saman har påverka til at helsetenestene no i større grad blir gjennomført i heimen. Det er blant anna auka kostnader for sjukehus og sjukeheimar, stigande aldrande befolkning, auka førekomst av kronisk sjukdom og overgang frå sjukehus til heim som fører til auka risiko for helse (Gitlin & Piersol, 2016).

Fokuset i helsetenestene har tradisjonelt sett vore på pleie, omsorg og kompensierende tiltak for funksjonstap i norske kommunar (Hartviksen, 2017). Dette blir ofte omtala som ein eigen kultur, ein pleiekultur. I denne pleiekulturen er det faglege og personlege normer, desse er knytt tett saman og er blitt utvikla over tid. Det har dei siste åra skjedd eit paradigmeskifte som utfordrar denne kulturen. Denne nye tankegangen blir sett på som meir tradisjonell og er knytt opp mot tanken om meistring og sjølvstende (Hartviksen, 2017). Under dette paradigmeskiftet innan rehabilitering i heimen har kvardagsrehabilitering tredd fram som eit viktig omgrep (Solvang, 2019, kap.7).

Bakgrunnen for kvardagsrehabilitering er at brukarens eige mål for livet ligg til grunn i all rehabilitering (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017). Kvardagsrehabilitering er implementert i fleire norske kommunar. Det er eit tiltak som blir satt i gang for å auke livskvalitet og forbetre funksjon hos brukarane ved å ta utgangspunkt i brukarens motivasjon for kvardagens innhald (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017). I kvardagsrehabilitering er trening ein viktig faktor (Solvang, 2019, kap.7). Dersom ein har problem med å utføre ein funksjon i kvardagen, skal ikkje dette møtast med å få hjelp av andre til å utføre denne oppgåva. Poenget med kvardagsrehabilitering er at ein kartlegg kva som er utfordringa til brukaren, og deretter sett inn ein tverrfagleg innsats for å attvinne funksjonen. Sett økonomisk og politisk er kvardagsrehabilitering ei tenestesatsing som tar kommuneøkonomien på alvor (Solvang, 2019, kap.7). Hartviksen (2017) presenterer brukarperspektivet som ein av grunnane til å drive med kvardagsrehabilitering. Med dette meina ein at brukaren i staden for å vere

passiv mottakar til hjelp, kan utføre dei aktivitetane ein ser på som viktige for seg sjølv. Denne aukinga av meistringsevne vil igjen føre til minska ressursbruk for kommunen, blant anna ved reduksjon i behov for heimeteneste (Hartviksen, 2017).

I opptrappingsplanen for rehabilitering og habilitering vart det også lagt fram at regjeringa ønskjer å endre definisjonen av rehabilitering (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017). 1.mai 2018 vart den nye definisjonen av rehabilitering satt i verk. Det er spesielt fire moment som er viktige i opptrappingsplanen og den nye definisjonen. Desse er at rehabilitering ikkje skal bli forstått som tidsavgrensa, at samhandling mellom tenestenivå er viktig, det må leggjast vekt på kunnskapsbasering og pasientens eige ansvar for helse og rehabilitering (Solvang, 2019. kap.4). Den nye definisjonen er følgjande:

Habilitering og rehabilitering skal ta utgangspunkt i den enkelte pasient og brukers livssituasjon og mål. Habilitering og rehabilitering er målrettede samarbeidsprosesser mellom pasient, bruker, pårørende og tjenesteytere. Prosessene kjennetegnes ved koordinerte, sammenhengende og kunnskapsbaserte tiltak. Formålet er at den enkelte pasient og bruker, som har eller står i fare for å få begrensninger i sin fysiske, psykiske, kognitive eller sosiale funksjonsevne, skal gis mulighet til å oppnå best mulig funksjons- og meistringsevne, selvstendighet og deltagelse i utdanning og arbeidsliv, sosial og i samfunnet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018b, s. 12).

Det er stadig politiske initiativ for å auke fokus på samhandling mellom tenestene. I 2018 kom det nok ei melding frå regjeringa. Stortingsmelding nr.15 vart kalla «Leve hele livet – en kvalitetsreform for eldre» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018a). I likskap med tidlegare helsereformar sett også denne reforma fokus på svikt i tilbodet spesielt knytt til samanheng i tenestene. Målet med å skape eit meir samanhengande tenestetilbod er å gje eldre auka tryggleik og forutsigbarheit gjennom pasientforløpa og overgangar mellom eigen heim, sjukehus og sjukeheim, samt færre tilsette å forhalde seg til (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018a).

Oppsummert ser ein at koordinering, samhandling og brukarmedverknad er punkt som i fleire år har vore sentrale i helsetenestene i Norge, og som fortsett vil vere det i åra som kjem. Mykje av føringane er lagt til kommunen, og oppbygginga av eit godt koordinert tenestetilbod med brukaren i fokus er sentralt. Ein kunne sett på pasientoverføringa frå mange ulike ståstad, mellom anna frå helsepersonell og pårørande si side. På bakgrunn av at brukarperspektivet går igjen som sentralt i politiske føringar og fordi det er eit fagleg interesseområde, falt valet på å ha hovudfokuset vidare i denne oppgåva på brukarerfaringar. Målet for denne masteroppgåva er å finne viktige element for dei eldre i overgangen frå kommunal korttidsavdeling til eigen heim. Med dette som bakgrunn vil det vidare bli sett på tidlegare forskning på området.

1.2 Tidlegare forskning

Det vil først bli presentert to oversiktsstudiar. Coleman & Berenson (2004) har skreve ein oversiktartikkel med mål om å presentere utfordringar og moglegheiter for å forbetre kvaliteten i overgangsomsorga. Dei fant at kvalitative studiar viser at pasienten og omsorgspersonar ikkje er forberedt på rolla si i den neste omsorgssettinga. Dei skjønner ikkje viktige vidare steg i deira helsetilstand og klarer ikkje å kontakte riktig helsepersonell for vegleing. Mange pasientar og omsorgspersonar er frustrerte over at dei må gjennomføre oppgåver som helsepersonellet ikkje har gjort. Det er mange pasientar som er innlagt på institusjon som har tilpassa seg omgjevnadane, og dermed har blitt avhengige og tilfredse medan dei har fått hjelp til det dei treng. Dette samsvara ikkje med sjølvstendigheita som forventast av dei når dei kjem heim. Vidare viser studien at når ein sjukepleiar ledar overgangen reduserast talet re-innleggingar på sjukehus for pasientar med hjartesvikt og for eldre pasientar med komplekse pleiebehov. Kvantitative studiar viser også at pasienten si sikkerheit blir trua i overgangar, og at feilmedisinering utgjer ein betydeleg trussel her. Effektive overgangar sett krav til samarbeid mellom helseinstitusjonar. For å kunne forbetre overgangane er det viktig med prosessmålingar, altso at ein gjer målingar av pasienten undervegs i prosessen. Desse målingane kan mellom anna brukast for å finne ut om pasienten er klar for overgang til neste omsorgsnivå og om tilstrekkeleg informasjon er gjeve. Artikkelen konkluderar med at det er behov for ein plan og strategi for å møte dei mange og komplekse faktorane som påverkar kvaliteten i helseovergangane (Coleman & Berenson, 2004).

Det er også gjort oversiktsstudiar i Noreg knytt opp mot overgangar for eldre pasientar. Ein litteraturstudie av Dyrstad, Testad et.al. (2015) hadde som formål å gje ei oversikt over ulike studiar som inkludera pasientdeltaking i overgangane innan eldreomsorga (Dyrstad, Testad, Aase & Storm, 2015). Studien baserar seg på både norske og utanlandske studiar. Dei konkludera med at eldre pasientar ofte ikkje er inkludert eller deltakande i diskusjonar om utskriving, samt at då dei var tilstade ikkje følte dei vart høyrte av helsepersonellet. I studien fant dei at ulike verktøy vart implementert for å sikre pasientdeltaking i overgangssorg. Nokon verktøy vart implementert med suksess, mens andre ikkje vart oppfatta som nyttige eller til hjelp av pasientane. Konklusjonen i studien var at det generelt er lite involvering av eldre i avgjersle, men at det kan bli støtta av verktøy. Eksempel på nyttige verktøy var personar som leiar overgangar, oppfølging etter utskriving, pleieplan, informasjon og utdanning av pasientar om sjølvstyringsstrategiar og involvering av familie og omsorgspersonar. Helsepersonell treng utdanning og trening for å inkludere pasientimplementering på ein måte som myndiggjer pasienten sjølv. Pasienten og pårørande må få informasjon om rettigheita til å delta i avgjersler som omhandlar deira behov og pleienivå. Helsepersonell bør legge til rette for overgangs praksis som sett pasienten i sentrum av omsorga ved å lytte til- og støtte pasientane. Dette kan gjerast ved å bruke felles språk for å identifisere deira behov. På denne måten kan pasienten sin rett og makt til å bestemme, leggja til rette og gjere det mogleg for eldre pasientar å ta del i kommunikasjon og slutningar med helsepersonell (Dyrstad, Testad, et al., 2015).

Dei to oversiktsstudia ovanfor har hatt fokus på overgangar og korleis kvaliteten kan betrast. Overgangen beskrive i studia er frå sjukehus til heim. Det kjem fram at det er lite inkludering av eldre. Det finnast verktøy for involvering som kan vere til hjelp for involvering av eldre i overgangen. Det krevjast utdanning og trening av helsepersonell for å få til denne involveringa, og pasienten treng informasjon og rettleiing om korleis å delta. Vidare syner studia at dersom ein sjukepleiar leiar overgangen, kan dette føre til færre reinnleggingar. Ein ser også at mange av dei eldre har blitt vant til eit høgare omsorgsnivå enn dei vil få heime og at effektive overgangar sett krav til samarbeid mellom tenestene. Det er viktig med ein agenda og gode strategiar for at kvaliteten på overgangane skal vere god.

Vidare vil det bli presentert enkeltstudiar. I utveljinga av enkeltstudiar har det blitt lagt vekt på at studia skal vere knytt opp mot eldre og overgangar. Dei fleste studia er kvalitative og

seier noko om korleis opplevingane er for dei involverte. For å få eit breitt nok overblikk er det tatt med studiar som ser overgangen ikkje berre frå dei eldre sin ståstad, men også frå pårørande og helsepersonell.

Coleman et.al. (2006) gjennomførte ein randomisert kontrollstudie der dei studerte eldre pasientar over 65 år som har samansette behov og som trengte pleie over ulike helseomsorgssettingar (Coleman, Parry, Chalmers & Min, 2006). Overføringa var frå sjukehus til heim. Den eine gruppa gjekk igjennom det dei kalla «care transition intervention». Dei fekk verktøy for å fremme kommunikasjon, vart oppmuntra til å ta ei meir aktiv rolle i situasjonen og uttrykke sine ønskjer og kontinuitet på tvers av settingane ved hjelp av det dei kallar «transitional coach», på norsk «overgangsvegleiar». Den andre gruppa fekk vanleg oppfølging og fungerte som kontrollgruppe. Konklusjonen i studien var at reinnleggingane på sjukehus gjekk ned og pasientane hadde vedvarande fordelar av dei nye ferdigheitene og verktøya dei hadde fått. Ei forklaring på dette var at overgangsvegleiaren og helsepersonellet sikra pasienten og pårørande i at behova deira vart møtt i denne sårbare perioden. Det å vegleie eldre pasientar og deira pårørande for å sikre at behova deira blir møtt i omsorgsovergangar kan med dette redusere reinnlegging (Coleman et al., 2006).

Ein annan internasjonal studie gjorde undersøking direkte knytt mot å ha følgje av helsepersonell i overgangen. Denne personen blir i studien omtala som «public health nurse» (McKeown, 2007). Dette er ein kvalitativ studie der 11 eldre vart intervjuet i deira eigen heim, to veker etter dei har blitt utskreve frå akuttsjukehus. Sjukepleiaren hadde ulike arbeidsoppgåver, men arbeidde hovudsakleg med vurdering av brukarane og koordinering av tenestene dei har. Studien viser at nokon av dei eldre vart vurdert til å trenge hjelp i heimen, men at det ikkje var lagt opp til å gjennomføre denne hjelpa i helgene. Dette førte til at familie og naboar då måtte hjelpe til med aktivitetar i dagleglivet (ADL). Studien syner og at det ikkje var rom for pasienten sine eigne preferansar i utfallet av desse vurderingane. Andre oppgåver som sjukepleiaren gjennomførte var å fordele medisiner for veka slik at pårørande eller naboar kunne hjelpe til med å gje medisinen. Sjukepleiaren organiserte også ein personleg alarm som nesten alle deltakarane i studiet hadde. Vidare hadde sjukepleiaren mellom anna kontakt med ergoterapeut for å få tak i dei fleste hjelpemiddel. I studien såg ein at det var nyttig at dei eldre fekk hjelp undervegs i overgangen til å identifisere eigne behov og gje dei noko av det dei trengte for å oppnå dei. Det innebar at ikkje alle behova vart møtt ved hjelp av denne sjukepleiaren. Ein såg at aspekt som tilgang til tenester, lovbestemt tenesteyting,

sikkerheitstiltak i miljøet og sosiale delar av livet ikkje vart møtt. Dei opplevde også betydeleg uformell støtte i tillegg til lovfesta og frivillig støtte (McKeown, 2007).

To ulike kvalitative studiar har sett på overgangen heim etter innlegging for kirurgiske inngrep. I ein kvalitativ studie frå 2011 vart 11 pasientar over 65 år intervjuet 6-12 uker etter dei hadde kome heim frå sjukehuset etter kirurgi i underekstremitetane (Perry, Hudson & Ardis, 2011). Studien er gjennomført i New Zealand. Informantane vart under intervjuet spurt om erfaringa med tenestetilbodet før og etter operasjon, noko som i studien førte fram til tre tema. Det første temaet var at det var mangel på ein felles avgjersle om når ein skulle heim og informasjonen var vag. Deltakarane var ikkje klar over formell plan for utskriving eller pasientforløp, dei hadde heller ikkje aktivt deltatt i avgjersler med tanke på utskriving. Kunn ein av pasientane informerte å ha tatt ein aktiv del i utskrivinga, og utskrivingsdagen var prega av ventetid og bekymringar. Likevel sa dei fleste deltakarane at dei stolte på systemet og gleda seg til å kome heim. Det andre temaet var avhengigheit av familie for å dra heim og føle seg trygg heime. Etter operasjonen budde familiemedlem heime hos deltakarane og hjelpte dei ubetalt 24 timar i døgnet. Deltakarane uttrykte at dei ikkje kunne reise heim utan at hjelp, formell eller uformell, hadde blitt sikra. Mange familiemedlem måtte ta fri frå eigen jobb. Støtte frå familien gav deltakarane tryggleiken til å reise heim og å bli heime. Støtta vart sett på som nødvendig og positiv for den vidare rehabiliteringsprosessen. Likevel vart det beskrive som frustrerande å måtte ha hjelp av familien. Den siste faktoren var at deltakarane var redde for å overbelaste seg sjølv og var usikker på kor lang tid det ville ta før ein oppnådde normal funksjon. Denne prosessen gjorde at det var enda viktigare med støtte og hjelp frå familiemedlem. Konklusjonen i studiet var at støtte frå familie og vener økonomisk, sosialt og emosjonelt var viktig. Dei var usikre på kor lang tid det ville ta å gjenoppnå normal funksjon, samt usikre på kva symptom som var vanlege. Dette gjorde at dei vart redde for å gjere noko feil. Oppsummert ser ein at deltakarane i studiet hadde positiv erfaring med å bli utskreve frå sjukehus, samt at støtte frå familien var viktig. Likevel var det få av deltakarane som hadde en aktiv rolle i prosessen rundt utskriving og mange var usikre på korleis og når dei skulle gå tilbake til vanlege aktivitetar (Perry et al., 2011).

Det andre studiet er ei kvalitativ undersøking der det vart intervjuet 45 personar (Toscan, Mairs, Hinton & Stolee, 2012). Pasientane som var involverte var eldre personar over 65år, som hadde vore igjennom sjukehusinnlegging på grunn av hoftebrot. Dei såg på

kjernefaktorane relatert til dårleg integrert omsorg når pasientar med hoftebrot overførast mellom omsorgssettingar. Dette vart studert både frå pasienten, uformell omsorgsperson og helsepersonell sitt perspektiv. I studien vart det trekt fram fire ulike faktorar i resultatdelen, som var relatert til dårleg integrert overgangar. Den første var *forvirring med kommunikasjon om omsorg*, med dette meinast det at kommunikasjonen blant personar i kretsen rundt omsorg vart broten og dette var bekymringsverdig. Faktor to var *uklare roller og ansvar*. Det vart her trekt fram både at helsepersonell var usikre på eiga rolle og dei andre si rolle. Dette vart var spesielt utfordrande når informasjon vart overført mellom ulike settingar. Bakgrunnen for dette var at det ofte var usikkert kven som hadde ansvaret for å samle informasjonen eller at den enkelte som har ansvaret ikkje samlar informasjonen. Desse uklare ansvarsfordelingane kunne føre til gap i informasjonsutvekslinga, spesielt i raske overgangar. *Utvatna personleg eigarskap over omsorg* er den tredje faktoren. Gjennom studiet observerte dei at når talet omsorgspersonar som var involvert i pasientbehandlinga auka vart også eigarforholdet omsorgspersonane hadde til dei ulike pasientane og deira situasjon mindre. Den fjerde faktoren var *rollebelastning på grunn av systembegrensningar*. Dette gjekk ut på at dei tilsette følte eit press å skrive ut pasientar raskt, samtidig som dei ønskja å prioritere pasientens behov (Toscan et al., 2012). Ein ser i begge studia at informasjonsutveksling mellom dei ulike rollene er ei utfordring, samt at det var dårleg informasjonsutveksling.

To andre studiar har undersøkt erfaringane til pårørande i tillegg til brukaren sjølv. Rydeman & Törnkvist (2010) gjennomførte 26 semistrukturerte intervju med eldre pasientar og deira pårørande (Rydeman & Törnkvist, 2010). Dei studerte korleis eldre menneskjer og deira pårørande opplevde utskrivingsprosessen og overgangen heim, samt at det vart utvikla ein modell for å beskrive desse opplevingane. Denne modellen vart kalla «getting prepared for life at home in the discharge process». Hovudbekymringane til dei intervjuja var å føle seg forberedt på eit liv heime og korleis dei skulle klare seg der. Med forberedt meinte deltakarane at dei hadde eit klart bilete av korleis livet heime ville bli. Ordet forberedingsferdigheit stod sentralt i undersøkinga. Når helseprofesjonelle hadde gode forberedingsferdigheit, betydde dette at dei hadde ein vegleiande tilnærming som tilfredsstilte dei individuelle behova til pasienten og/eller den pårørande i utskrivingsprosessen. Det var tre ulike områder som var viktige for dei eldre å vere forberedt på. Det første var *omsorgsproblem*, med dette meinast bekymringar for oppfølging av omsorgstenester i heimen. Neste område var *aktivitetar i dagleglivet*, altso oppfølging av måltider og personleg hygiene. Til slutt var det *bekymringar rundt kven dei skal kontakte viss*

uførutsette ting skjedde. Dette gjeld mellom anna behov for nye medisinar eller om tilstanden vart verre. Det var tre ulike forberedingsferdigheitar blant dei tilsette som var viktige for pasient og pårørande, desse var kvalitet i pleie og medisinerer, individuell forpliktingar angående justeringar for å møte behovet for informasjon og planlegging av heimreise (Rydeman & Törnkvist, 2010).

Den andre studien er ein norsk studie med fokus på å fange opp erfaringane pasientar og pårørande har med deltaking i innleggingar og utskrivning frå sjukehus (Dyrstad, Laugaland & Storm, 2015). Dei observerte var 41 eldre pasientar over 75år, og dei vart observert frå dei vart innlagt til dei vart utskreve frå to sjukehus. Observasjonane inkluderte korte samtalar med pasienten og deira pårørande, dette for å fange opp erfaringane av deltaking. I studiet fant dei ut at det var varierende grad av informasjonsutveksling mellom helsepersonell og pasient. Pasientane og deira pårørande opplevde også at det var mangel på involvering av pasienten i avgjersler som skulle bli tatt. Pårørande var viktige talspersonar for pasientane og hjelpte til med praktisk støtte. Ein såg at deltakinga frå pasienten vart påverka av tidspress og stor arbeidsmengde hos helsepersonellet, samt at pasienten sin helsemessige tilstand påverka deltakinga (Dyrstad, Laugaland, et al., 2015).

Det er også blitt gjennomført studiar som har tatt utgangspunkt i helsepersonell sitt ståstad. Røsstad et.al (2013) er ein av dei som har sett på helseovergangar i Noreg basert på dette. Dei gjennomførte ein kvalitativ studie, der det vart brukt fokusgruppeintervju, nedskrive materiale og observasjon (Røsstad, Garåsen, Steinsbekk, Sletvold & Grimsmo, 2013). Det deltok helsepersonell frå sjukehus, kommunar og to personar frå pasientorganisasjonar. Bakgrunnen for studiet var å sjå på ulike modellar for pasientforløp som involvera både spesialisthelsetenesta og primærhelsetenesta, desse pasientforløpa skal sikre adekvat oppfølging etter skade. Studien såg på eldre pasientar med diagnosane hjertesvikt, KOLS og slag. Målet med studien var å undersøke prosessen og opplevinga til deltakarane i arbeidet med desse pasientforløpa. I studien blir det presentert utfordringar med at det er ulike perspektiv på helse og ulik organisatorisk struktur i spesialisthelsetenesta og primærhelsetenesta, samt at det er ein forskjell i arbeidskultur. Diagnosefokus i spesialisthelsetenesta mot fokus på funksjon, sosial situasjon og pasientens ønsker i primærhelsetenesta. Ein såg og at pasientforløpa som var laga, var eigna for dei vanlegaste sjukdommane og dess inkluderte funksjonelle og sosiale aspekt i tillegg til oppfølging frå sjukehusa. Desse diagnosebaserte pasientforløpa var beholdt til bruk kunn innan sjukehusa. Dette påverkar samarbeidet på tvers av helseføretaka. Det vart anbefalt å utvikle eit felles

pasientsentrert helseforløp som kunne møte behova til pasientar med samansett sjukdomsbilete som treng oppfølging frå både spesialisthelsetenesta og primærhelsetenesta (Røsstad et al., 2013). I 2015 gjennomførte Røsstad et.al (2015) ei ny studie av pasientforløp (Røsstad et al., 2015). Det var ein kvalitativ komparativ prosessevaluering. Implementering av pasientforløp vart satt i gong i seks ulike kommunar. Det vart gjennomført individuelle intervju og fokusgruppeintervju av leiarar og personale, samt refleksjonsnotat og referat frå møter. Denne forskinga tok for seg implementering av pasientforløp for eldre pasientar, mellom sjukehus og kommune. Målet var å sjå på implementeringsprosessen ved å samanlikne erfaringane til helsepersonell og leiarar i heimetenesta mellom dei deltakande kommunane. Studien konkluderte med at pasientforløpet har potensiale for å forbetre kvaliteten på oppfølginga i primærhelsetenesta. Studien viser også at denne implementeringa krav omfattande og langvarig innsats i alle nivå i organisasjonen (Røsstad et al., 2015).

Ein artikkel skreve av Jakobsen & Vik (2019) ser på perspektivet helsepersonell har til pårørande i forbindelse med kvardagsrehabilitering (Jakobsen & Vik, 2019). Dei gjennomførte 10 fokusgruppeintervju i to ulike kommunar, og snakka til saman med 49 helsepersonell. Det kom fram i denne forskinga at helsepersonell må, i samarbeid med pårørande, vere bevisste på og takle dei moglege forskjellane i forventning og meiningar med tanke på kvardagsrehabilitering. Helsepersonell må anerkjenne at pårørande kan vere ein støtte for eldre og at helsepersonell må ta i betraktning at pårørande om mogleg treng støtte, informasjon og opplæring med tanke på deira rolle som pårørande til eldre (Jakobsen & Vik, 2019). Med kvardagsrehabilitering trer heimen som omgjevnad fram som eit sentralt tema.

Aging in place, eller aldring i heimen, er eit sentralt omgrep når det kjem til eldre. Studien som vidare blir beskrive tar for seg dette omgrepet og kva det betyr for dei eldre (Wiles, Leibing, Guberman, Reeve & Allen, 2012). Det vart gjennomført fokusgrupper og intervju med 121 personar i alderen 56 til 92år i New Zealand. Målet med studien var å belyse omgrepet «aging in place» knytt opp mot funksjonelle, symbolske og emosjonelle tilknytningar og betydning av heimen, nabolag og lokalsamfunn. «Aging in place» er eit anerkjent og mykje brukt omgrep i dagens aldringspolitikk i Norge, men også i USA. Det blir definert som at ein lev i samfunnet med eit visst nivå av sjølvstende, i staden for på institusjon. Omgrepet kan samanliknast med det norske omgrepet «lengst mogleg i eigen heim». Det at folk bur heime so lenge som mogleg er også eit samfunnsøkonomisk spørsmål. Ved at folk bur heime lengst mogleg kan ein redusere kostnadane med institusjonell pleie. Det er derfor ein favorisert plan blant politikarar, men også helsepersonell og blant mange eldre som ønskjer å bu lengst

mogleg heime. Wiles et al. (2012) skriv at eldre menneskjer ønskjer val om kvar og korleis dei kan «age in place». «Aging in place» er relatert til identitet både gjennom sjølvstende, autonomitet og gjennom omsorgsforhold og roller på dei plassane folk bur. I studien fant dei at tilknytninga til heimen ikkje berre handla om tilknytninga til eit spesielt hus, men også på det sosiale og samfunnet rundt. Dei følte tilhøyr mellom anna ved at dei vart helsa på av folk når dei gjekk forbi (Wiles et al., 2012).

Oppsummert viser artiklane at dei eldre har eit grunnleggjande ønskje om å reise heim og har ei spesiell tilknytning til heimen som arena. Med tanke på sjølve overgangen heim ser ein i fleire studiar at dei eldre er lite aktivt deltakande i denne prosessen. Nokon av studiane viser og at det kan vere nyttig for dei eldre å ha ein person som leiar overgangen, samt at det er viktig at helsepersonell lyttar til og støttar pasienten i overgangen. I tillegg er førebuing på heimreise og fokus på individuelle behov viktig. Overgangen gjer dei eldre sårbare, dette gjer at vegleing av både pasient og pårørande er sentralt i denne fasen. Pårørande og sosiale omgjevnadar trer fram som ei viktig støtte for dei eldre, med tanke på dette er det sentralt at helsepersonell inkludera pårørande gjennom informasjon og opplæring.

1.4 Oppsummering og problemstilling

Fleire av studiane som er beskrive ovanfor tar utgangpunkt i overgangar frå sjukehus til kommune. Så langt det har blitt funne er det gjort lite forskning på overføringane som skjer mellom dei ulike settingane/instansane internt i kommunen. Med dette meinast overføring mellom heim og korttidsavdeling, heim og langtidsavdeling og overføring mellom dei ulike avdelingane og omsorgsnivåa i kommunen. Det kan likevel tenkast at fleire av momenta som skjer i overgangen frå sjukehus og heim, kan samanliknast med overgangane som skjer i kommunen. Fokuset i oppgåva er eldre og deira erfaringar med overgangen frå korttidsavdeling til heim. Problemstillinga og forskingsspørsmåla er:

Kva opplev eldre rehabiliteringsbrukarar som viktig i overgangen frå rehabilitering på kommunal korttidavdeling til eigen heim?

- Kva gjer overgangen mellom korttidsavdelinga og heim vanskeleg?
- Kva understøttar denne overgangen på ein god måte?

1.5 Masteroppgåva sin struktur

Denne masteroppgåva er delt inn i sju kapittel. I kapittel 1 er bakgrunn for val av tema presentert, samt hensikta med studiet ved å beskrive tidlegare relevant forskning. Det er også blitt gjeve ei oppsummering og ein presentasjon av problemstilling og forskings spørsmål.

I kapittel 2 behandlast dei teoretiske perspektiva som er relevante for oppgåva si vidare oppbygging. Litteraturen skal belyse relevante omgrep knytt mot rehabilitering, eldre, brukarmedverknad, samarbeidande praksis, pårørande og tilknytning til heimen.

I kapittel 3 beskrivast det kva metode som har blitt nytta i oppgåva. Samt at det presenterast korleis prosessen med utval og rekruttering har blitt gjennomført. Det skrivast vidare noko om intervju prosessen, transkripsjon og analyse. Til slutt i kapittelet presenterast etiske val og vurderingar, metodediskusjon og til slutt kort om litteratursøk.

Kapittel 4 tar for seg funna i undersøkinga. Det blir her presentert fem ulike tema som har kome fram av analysa.

I Kapittel 5 blir funna diskutert i lys av teori og tidlegare forskning, før det i kapittel 6 kjem ein konklusjon.

2.0 TEORETISKE PERSPEKTIV

2.1 Rehabilitering og eldre

Dei eldre som er blitt intervjuet i denne masteroppgåva er menneskjer som er i eit rehabiliteringssystem, der dei skal bli sett og forstått av helseprofesjonelle på bestemte måtar, i tråd med teoretiske forståingar av eldre og rehabilitering. For å undersøke erfaringane i overgangen er det viktig å ha ei klar førestilling om prinsipp innan rehabilitering og eldre. Dette er eit stort tema og vil derfor nedanfor bli presentert i generelle trekk, då det er eit viktig rammeverk for analyse og diskusjon av dei eldre sine erfaringar.

Sidan etterkrigstida har rehabilitering hatt ein sentral plass i helse- og omsorgstenesta (Breimo, Sandvin & Lunde, 2014). Solvang (2019, kap.1) deler rehabiliteringsfeltet inn i tre samfunnsnivå. Desse er mikronivå, mesonivå og makronivå. Mikronivå dreier seg om kvardagslivet i hushald, familie og nabolag, altså dei nære omgjevnadane for individet og rehabiliteringsprosessen. Det neste nivået er mesonivået som er lokalsamfunnet og institusjonar som til dømes skule og sjukehus. Til slutt er det makronivået. Dette er nivået der helsetenester, utdanning og arbeidsinkludering styrast. Stortinget, regjeringa og ulike organisasjonar for funksjonshemma er sentrale aktørar på makronivå (Solvang, 2019, kap.1).

Omgrepet rehabilitering har mange ulike bruksområde, og ein kan sei at ei skade og ein påfølgjande forbettringsprosess er fellesnemnaren for omgrepet (Solvang & Slettebø, 2012). Likevel er det viktig å påpeike at ikkje alle forbettringsprosessar nødvendigvis blir kalla rehabilitering. Hammell (2006, kap.8) løftar fram forskjellen mellom behandling og rehabilitering. Ho beskriv behandling som gjenvinning av funksjon etter til dømes ein idrettsskade, mens rehabilitering er ein prosess der ein lærer å leve med ei funksjonsnedsetting i ein gjeve kontekst i omgjevnadane. I denne prosessen kan aukiing av fysisk funksjon vere ein sentral del, men det treng ikkje å vere det. Vidare trekk ho fram at dei som arbeidar med rehabilitering ofte prioriterer fysisk sjølvstende i aktivitetar innan personleg pleie, men at forskinga viser at ønskje frå brukarane sjølv ofte heller er å bruke energien sin på aktivitetar som har ein personleg verdi og betydning for dei. Ho skriv og at kommunikasjon er viktig for å samkøyre brukaren sine mål med terapeuten sin intervensjon (Hammell, 2006, kap.8). Cameron & Kurrle (2002) støttar opp under at spesifikke mål er viktig for rehabilitering hos eldre, og at eldre og deira pårørande må inkluderas i utvikling av desse. Nettopp målsetting er også nemnt i definisjonen av rehabilitering og habilitering som vart

presentert i innleiinga. Solvang (2019, kap.2) beskriv målsetting som ein vesentleg del av rehabilitering og korleis denne prosessen styrast. Med målsetting meina ein brukarens eige ønskje om korleis situasjonen skal sjå ut i framtida som følgje av ein rehabiliteringsinnsats. Her kjem dialog mellom brukar, profesjonell og eventuelt pårørande inn som ein essensiell faktor ved utarbeiding av mål. Det er også viktig at måla er knytt opp mot brukarens kvardag og livsorientering (Solvang, 2019, kap.2).

Innan rehabilitering har det over lengre tid blitt involvert fleire fag- og yrkesgrupper, noko som har gjort at det har blitt vanskeligare å avgrense det organisatorisk (Breimo et al., 2014). Wade (2016) meina at rehabilitering som innsats ville komme fleire folk til gode dersom det var integrert i all helsehjelp for alle pasientar, samt om det hadde hatt meir fokus på vurdering, formulering og rehabiliteringsplanlegging i staden for behandling. Han meina også at det burde vore auka fokus på å lære pasienten gjennom praksis. Vidare skriv han at pasientar, familie og allmennheita generelt må erkjenne at det er pasienten som må ta den største jobben med rehabiliteringa, gjennom støtte frå familie og venner (Wade, 2016). Denne tankegangen om integrering av rehabilitering i all helsehjelp, samt læring gjennom praksis og ansvarleggjering av brukaren kan knytast tett mot det som i dag er eit auka fokus innan rehabilitering og eldre.

Ein ser på grunn av fysiologisk aldring at rehabiliteringsbehov oppstår hos fleire eldre enn hos dei i yrkesaktiv alder, dette sett alderdommen i ei særstilling i rehabiliteringsfeltet (Solvang, 2019, kap.7). Vidare ser ein at dei eldre lev lengre og er fysisk sprekare enn dei har vore tidlegare (Krohne & Bergland, 2012). I tillegg til at dei er sprekare enn tidlegare, overlev dei fleste no alvorlege sjukdommar til tross for kroniske lidningar og funksjonshemmingar. Med auka alder, aukar også utbreiinga av alvorleg sjukdom og funksjonshemming. På bakgrunn av dette er behovet for helsetenester for eldre stort og aukande. Ein ser likevel at rehabilitering og eldre ikkje er eit stort satsingsområde. Innan behandling av eldre ser ein at tverrfagleg og heilskapleg vurdering blir dratt fram som viktig. På lik linje med andre treng eldre aktiv rehabilitering, samtidig som dei treng undersøking og behandling. Kronologisk alder treng derfor ikkje å spele nokon rolle i vurderinga av eldre personar sitt rehabiliteringspotensial. For å få til ei brei geriatrisk vurdering er det tre kjelder som blir trekt fram som viktige. Desse er (1) samtale med pasient eller pårørande/ undersøking av pasienten, (2) samtale med det faglege teamet og (3) resultat frå standardiserte testar. I tillegg til desse kjeldene blir dei

sosiale omgjevnadane som familie og venner trekt fram som viktig for ein god alderdom, betring etter sjukdom/skade og nedsett ADL-funksjon (Krohne & Bergland, 2012).

Hensikta med rehabilitering av eldre bør vere å redusere verknaden av forhold som hemmar funksjon og sosial deltaking (Krohne & Bergland, 2012). Sentralt i rehabilitering av eldre er omgrepa «skrøpelege eldre» og «vellykka aldring». Ein skrøpeleg eldre er ein person som har fleire ulike sjukdomar, funksjonssvikt og lite reservekapasitet, samt utfordringar med å gjennomføre ADL. Vellykka aldring er at ein har ingen eller svært lite funksjonstap og lite svekkingar fysisk og kognitivt, samt høgt sosialt engasjement. Det Krohne & Bergland (2012) trekk fram som sentralt her, er at det innan omgrepet vellykka aldring er fokus på brukarens ressursar, mens det er lagt vekt på brukarens svikt i ordet skrøpeleg. Foster & Walker (2015) trekk fram enda eit omgrep med tanke på aldring, dette er aktiv aldring. Dei skil vidare mellom omgrepa vellykka aldring og aktiv aldring. Samanlikna med vellykka aldring har aktiv aldring eit meir holistisk syn, samt at det er meir orientert mot livsløp. Likskapen mellom dei to er at fokuset er på aktivitet. I staden for å forbinde den eldste fasen av livet med kvile, sett aktiv aldring og suksessfull aldring fokus på å mogleggjere deltaking for dei eldre i samfunnet. Aktiv aldring har ifølgje Foster & Walker (2015) tredd fram som ein politisk respons på utfordringane med auka del eldre i befolkninga, men dei går vekk ifrå at aktiv aldring kunn har økonomiske fordelar. I tillegg til økonomiske fordelar, har aktiv aldring fordelar for dei eldre gjennom høgare livskvalitet, mental og fysisk velvære og sosial deltaking. Det skal likevel vere rom for at dei eldre har alternative livsstilar og ulike definisjonar av aktivitet. På bakgrunn av dette er det viktig at dei eldre sjølv er medverkande til å bestemme kva rolle aktiv aldring kan ha i deira liv (Foster & Walker, 2015).

Foster & Walker (2015) skriv at ein politisk treng ein aktiv intervensjon for å førebygge grunnar til individuelt tap av funksjon og ferdigheit i siste del av livsløpet, og at det må skje ei endring frå akutte tiltak til førebyggjande helsetenester. Ifølgje Solvang (2019, kap.7) har skjedd ei dreing i forståinga av eldre sin fysiske funksjon og sosiale rolle dei siste 20-åra. Fokuset er no på å, gjennom aktivitet og trening, førebygge funksjonsfall og auke funksjonsnivå for å kunne ivareta behova i kvardagen. Her er kvardagsrehabilitering eit sentralt omgrep. Kvardagsrehabilitering blir internasjonalt knytt til omgrepa «reablement» og «aging in place», noko som indikera at det omhandlar gjenvinning av funksjon heime i kvardagslivet (Solvang, 2019, kap.7). Hartviksen (2017) omtalar kvardagsrehabilitering som eit paradigmeskifte i rehabilitering. Ho beskriv kvardagsrehabilitering som vurdering av

rehabiliteringspotensiale hos den enkelte brukar, før det settast i gong tiltak med pleie, omsorg og praktisk bistand. Denne vurderinga gjerast av normalt av heimetenesta. Tanken er å styrke brukaren sin meistringsevne i daglege gjeremål gjennom trening og tilrettelegging, i staden for å gå inn med kompenserte eller passiviserande tiltak. *Kva er viktige aktivitetar for deg*, er eit sentralt spørsmål innan kvardagsrehabilitering. Denne overgangen frå pleiekultur til kvardagsrehabilitering krev haldnings- og kulturendring, samt kompetanse frå fleire fagfelt (Hartviksen, 2017). Dette fokuset på vurdering og praktisk trening på daglege gjeremål, kan knytast til det Wade (2016) skriv om at ein burde ha meir fokus på slike tiltak enn på behandling.

Kvardagsrehabilitering kan og sjåast i samanheng med det Cameron & Kurrle (2002) skriv om at målet med rehabilitering for eldre er å hjelpe dei til å klare personlege aktivitetar i dagleglivet sjølvstendig, utan hjelp frå andre. Vidare skriv dei at dersom ein ikkje lykkast med å oppnå dette, er målet å gjere behovet for hjelp minst mogleg. Dette gjerast gjennom tilpassingsteknikkar og utstyr. Dei fleste eldre som nyleg har hatt betydeleg funksjonsfall eller funksjonsforverring vil potensielt ha nytte av rehabilitering. Dårleg kognitiv funksjon er ein risikofaktor med tanke på å ha nytte av rehabilitering. Depresjon er også vanleg for eldre som skal gjennom rehabilitering, og dette er det viktig å avdekke. Cameron & Kurrle (2002) skriv vidare om staden som rehabiliteringa gjennomførast. Dei skriv at møbleringa burde legges til rette for sjølvstende. Det blir blant anna nemnd at ulike høgder på seng, stolar med armlen og baderom med tilpassingar som høgt toalettsete og støttehandtak er viktige tilpassingar. Det er også eit faktum at rehabiliteringsoppfølginga av eldre personar burde skje i periodar, i staden for gjennom eit kontinuerleg forløp. Når brukarens mål er nådd bør dei skrivast ut frå rehabilitering. Det hender også ofte at dei eldre vil ha fleire episodar med behov for rehabilitering (Cameron & Kurrle, 2002).

2.2 Medverknad og samhandling

Brukarperspektivet blir definert som ei sekkebeteikning på ulike idear om endringar i relasjonen mellom klientar og hjelpeleverandørar (Ørstavik, 2002). Det som er felles for perspektivet er at ein rettar fokuset mot brukaren. Det ligg ei forventning i perspektivet om at brukarane skal delta aktivt i situasjonen sin i staden for å vere passive mottakar av tenester. Perspektivet er bygd på ein ide om nøkkelen til eit godt liv er deltaking i det offentlege livet.

Med dette meinast eit liv der ein deltek, tar styring og er aktivt med. Hensikta med auka deltaking frå brukarane og at helsepersonell skal gje slepp på makt og vere varsame med å bestemme hjelpetiltak, er at samhandlinga mellom dei som yter hjelp og dei som treng hjelp skal bli betre. Ørstavik (2002) presenterer brukarmedverknad både som ei rettigheit og ei plikt. Med dette meinast det at brukaren har rettigheitar, men det kan også tolkast som eit krav om at brukaren skal ansvarleggjerast og forpliktast (Ørstavik, 2002).

Denne nye hjelperelasjonen som har fokus på brukarmedverknad gjer at ulike typar kunnskap møtast og utbalansert (Andreassen, 2008). Fagfolk har generell kompetanse om blant anna konsekvens av skade og korleis denne skaden kan påverke fysiologiske og psykologiske prosessar, samt erfaringsbasert kunnskap gjennom møte med fleire skadde og kunnskap om deira historie. Brukaren har spesifikk kunnskap om sitt eige liv og konsekvensen skaden har for kvardagen. For at rehabilitering skal gje resultat er det nødvendig at den som er skada deltek aktivt, då det er logisk at fagpersonell ikkje kan vere ekspert på å leve kvardagen med denne skaden (Andreassen, 2008). Andreassen (2012) meina at denne endringa i relasjon har gjeve pasienten nye posisjonar som medhjelparar, lærarar og premissgjeverar. Den individuelle posisjonen til pasientane er styrka gjennom pasientrettighetslova, kommunehelsetenestelova og rehabiliteringsforskrifta. Med lærarar meinast det at brukarar med erfaring frå helsetenesta blir lærarar ovanfor helsepersonell og at desse endringane språkleg kjem til syne ved at pasientane no vart omtala som brukarar (Andreassen, 2012).

Relasjonen, eller alliansen mellom brukar og fagperson er viktig for å få til ei forandring (Bordin, 1979, s. 252). Bordin (1979) beskriv tre viktige komponentar for ein god allianse. Desse komponentane er einigheit om målet ved terapien, samarbeid om dei spesifikke oppgåvene i terapien og det kjenslemessige bandet mellom pasient og terapeut (Bordin, 1979). Ved å arbeide med andre menneskje, gjer vi oss delaktige i deira liv (Skau, 2013). Det etterlatast spor på livsvegen deira. Dette kan både lindre og gje styrke, men det kan og gje smerte. I alle relasjonar mellom klient og hjelpar er makt ein komponent som er tilstades, og det er viktig for helsepersonell å erkjenne dette for å forstå betydinga av det i relasjon til klienten (Skau, 2013).

Fagfeltet rehabilitering er definert som eit felt som inkluderer fleire fagområde og profesjonelle praksisar, og dersom ein kan peike ut eit nøkkeltema innan rehabilitering er dette samhandling (Solvang, 2019, kap.2). Dette gjeld ikkje berre tenestebukar, men også profesjonelle og myndigheiter. Solvang (2019, kap.2) trekker fram tre ulike former for

samarbeid mellom ulike profesjonar. Desse er fleirprofesjonell praksis, tverrprofesjonell praksis og transprofesjonell praksis. I fleirprofesjonell praksis jobbar yrkesgruppene med felles oppgåver, men på eigenhand. Det er viktig at dei ulike aktørane stolar på kvarandre. Tverrprofesjonell praksis blir rekna som hovudforma innan samarbeid mellom ulike profesjonar. Ein arbeidar tett saman med diskusjon rundt eit felles mål. Ein beheld faglegheita innan kvar profesjon, men lærer også om kvarandre sin praksis. Det som blir beskrive som den mest overskridande forma for samarbeid er transprofesjonell praksis. Med dette meinast det at kvar enkelt faggruppe oppløysast, og oppgåvene blir ein fellesnemnar. Profesjonane overtar kvarandre sine oppgåver i ein annan arbeidsdeling enn ved ulike typar av fagprofesjonell kunnskap som er fagspesifikk. Med dette kan ein sei at rehabilitering som profesjonell samhandling har ulike måtar å bli utført på (Solvang, 2019, kap.2).

Som nemnd er tverrprofesjonell praksis ein måte å gjennomføre profesjonell samhandling på (Solvang, 2019, kap.2). Med tverrprofesjonell praksis meina ein at dei ulike profesjonane møtast til tverrfaglege møter og aktivt forhold seg til kvarandre sine ulike kunnskapstypar og med dette lærer av kvarandre (Solvang, 2019, kap.2). Omgrepsbruk er ei utfordring innan feltet tverrprofesjonelt samarbeid (Willumsen, Sirnes & Ødegård, 2016). Tverrfagleg, tverrprofesjonelt, tverretatleg, fleirfagleg og fellesfagleg er nokon av omgrepa som blir nemnt. Willumsen et.al. (2016) skriv at omgrepet tverrprofesjonelt arbeid har blitt for smalt i fleire samanhengar. Tidlegare har det blitt anvendt i samanheng med korleis profesjonsutøvera samarbeida i praksis, men dette gjer det vanskeleg å involvere brukar i denne samanhengen (Willumsen et al., 2016).

Det har skjedd ei endring i pasientens rolle dei siste 20år (Hagland & Solvang, 2017). Auka brukarmedverknad har gjeve pasienten ein meir aktiv rolle i rehabilitering og pasientforløp. Dette utfordrar den etablerte forståinga av tverrprofesjonelt arbeid. Denne forståinga vektlegg samarbeidet som skjer mellom dei profesjonelle. På bakgrunn av dette visast det til ordet samarbeidande praksis som erstatning for ordet tverrprofesjonell praksis (Hagland & Solvang, 2017). Dette omgrepet er henta frå Barr, Helme & D'Avray (2016). Dei grunngeve endringa i bruk av omgrep med at samarbeidande praksis inkludera kollegiale relasjonar i vid forstand og brukarmedveknad. Med dette meina dei ikkje berre på tvers av profesjonar, men også like profesjonar som samarbeida. Blant andre medarbeidarar utan autorisasjon, brukerar, pårørande og lokalsamfunnet er også involvert i denne definisjonen. Det er også ein faktor at endring og redusering i status mellom ulike profesjonsgrupper kan gje meir gjensidig respekt,

samt på sikt godt samarbeid. På ei anna side kan det på kort sikt skape konflikt og spenningar gjennom rolleavklaring og endring (Barr, Helme & D'Avray, 2016).

Som Barr et.al (2016,) skriv inkludera definisjonen av samarbeidande praksis også pårørande som ein viktig del av samhandling. Viss ein ser vekk ifrå brukaren sjølv, er pårørande dei som veit mest om livssituasjonen, ressursane og nettverket til brukaren (Bøckmann & Kjellevoid, 2015, kap.1). Med pårørandedmedverknad meinast inkludering og involvering av pårørande i både utforminga og gjennomføringa av helsehjelp. Ved at helsepersonell delar kunnskap og gjev omsorg til pårørande blir dei i betre stand til å gje støtte til brukaren. At pårørande blir høyrte og tatt på alvor står sentralt når det gjeld utforming av tilbod til seg sjølv som pårørande, i samarbeid med fagfolk, dersom dette skulle vere aktuelt (Bøckmann & Kjellevoid, 2015, kap.1). Pårørande har i si rolle ulike funksjonar, føresetnadar og kontakt med brukar (Bøckmann & Kjellevoid, 2015, kap.2). Pårørande kan ha ei eller fleire roller samtidig. Rolla vil påverke samhandlinga med helse- og omsorgspersonell, og kva betydning denne samhandlinga vil ha. Rollene kan variere frå å ha omfattande omsorgsoppgåver til å vere viktige informantar og medhjelparar for dei som arbeidar i helsesektoren. Nokon kan vere pasienten sin representant eller vere ein del av pasientens nærmiljø. Ved alvorleg sjukdom, vil også dei pårørande ha behov for informasjon, vegleiing og råd. Dette behovet er det helsepersonell som skal sørge for at blir ivaretatt. Det å gje opplæring er ei oppgåve som ligg hos spesialisthelsetenesta. Å legge til rette for medverknad frå pårørande, og kartlegge ønskje og behov for medverknad er helsepersonell si oppgåve. Føresetnaden for samarbeid med pårørande er at det er eit ønskje frå pasienten, med mindre det er snakk om at pasienten sjølv ikkje har moglegheit til å ivareta sine egne interesser (Bøckmann & Kjellevoid, 2015, kap.2). Bøckmann et.al (2015, kap.3) skriv at for å oppnå ein god dialog med pårørande må ein ta kontakt tidleg for å etablere gjensidig tillitsforhold. Vidare har pårørande ofte har ei sentral rolle når det kjem til behandling, habilitering og rehabilitering, samt planlegging av dette. Det er viktig at pårørande ikkje blir ansvarlege for koordinering for vidare behandling, men at dei beheld den rolla dei skal ha. Som nemnt tidlegare kan dette vere ulike roller, som til dømes det å vere informantar, medhjelparar eller å vere ein del av pasientens nærmiljø (Bøckmann & Kjellevoid, 2015. kap.3).

2.3 Place and Space

Heimen er ein av dei viktigaste rammene i livet og den påverkar våre liv og vår kvardag (Morville, 2012). Dette er det fleire grunnar til (Oswald & Wahl, 2005). Det er eit sosialt aspekt ved meininga med heimen. Eldre brukar meir tid heime, og med alder kjem reduksjon i handlingsområde. Heimen får ei ny meining når ein blir eldre, då den kan kompensera for reduksjon i funksjon. For å oppretthalde autonomi og for å unngå at ein blir institusjonalisert må ein enten gjere endringar i miljøet eller tilpasse åtferd (Oswald & Wahl, 2005). I tillegg til å vere ein plass der ein, uansett alder, skal kunne gjennomføre aktivitetar som å sove, lage mat og vaske klede, er heimen også ei kjenslemessig ramme og tilknytning som er viktig for kvardagens kvalitet (Morville, 2012). Morville (2012) skil mellom omgrepa bustad og heim. Med bustad visast det til ein konkret fysisk plass, mens heimen er den subjektive oppfatninga og betydinga. Betydinga av heimen endrar seg i takt med mennesket sitt endra behov i livsløpet, saman med endringar i oppfatning av heimen. Mange eldre finn måtar å tilpasse seg ueigna bustadar, ved til dømes å halde i dørkarmar og liknande (Morville, 2012).

«Place and Space», altså på norsk «stad og rom» er grunnleggjande geografiske idear (Cartier, 2003). Rom kan forståast som den sfæren der alle ting og hendingar finn stad. Stad er definert av menneskeleg aktivitet og gjeve kulturell meining for dei som opplev denne bestemte staden i rommet. Doreen Massey (gjengitt etter Cartier, 2003) beskriv den romlege rekkevidda av sosiale relasjonar, og korleis stad ikkje berre er ein lokalitet, men også korleis menneskja sine forskjellige erfaringar og relasjonar bidreg til å skape stad. Ved å samanfatte forholdet mellom stad og kropp, samt stadsdanning og samfunnsmessig kontekst, kan vi sjå korleis vi forstår stad gjennom kroppens evne til å oppfatte og korleis stad er påverka av politiske og økonomiske prosessar. Forandringar i kroppen og forandringar i sosiale forhold har dermed potensiale til å endre mennesket sitt forhold til stad. Cartier (2003) forsøker å følgje dilemmaet knytt til stad og rom for tilgangen til helsetenester. Både for å illustrere forskjellar mellom dei to konseptta «stad» og rom, og for å understreke betydinga av stad og viktigheita av komfortable og trygge stadar der helsetenestar kan ytast med ønskja resultat. Dette kan til dømes vere at ein brukar ikkje har det same forholdet til heimen etter skade, rehabilitering og/eller funksjonsnedsetting. Utfordringane med romleg fragmenterte helsetenester er spesielt tydeleg for personar med nedsett funksjonsevne. Ein av dei mest vanlege grunnane for heimetenester er nettopp nedsett forflytningsevne i slutten av livet. Det kan vere farleg og risikabelt å flytte dei eldre for å gje dei dagleg helseteneste. Det er ikkje alle personar som

treng hjelp i dagleglivet som har ein sikker heim, men for dei som har det representera heimen ofte ein trygg plass for komfort og som ein har kjennskap til i vanskelege situasjonar. Tanken på å reise heim gjev idear om moglegheiter for velvære og restitusjon, samt at det å reise frå institusjon også betyr å sleppe institusjonelle ubehag og mangel på privatliv. Dei fleste oppgjev også at heimen er plassen dei helst vil døy, så ønskje om å reise heim gjeld også personar med alvorlege problemstillingar og behov for hjelp til daglege gjeremål (Cartier, 2003).

Gitlin & Piersol (2016) nemner ulike faktorar som gjer heimen til ein ideell plass for å yte helsetenester. Desse er terapeutens moglegheit til å kartlegge funksjon i pasientens vante kontekstar, samt at pasienten også kan føle seg meir avslappa og motivert til å delta i trening i heimen. Det kan vere lettare for pasienten å sjølv sjå deira egne evner og avgrensingar. Det å lære i same kontekst som ferdigheita skal brukast, minimerer vanskane med å overføre ferdigheitene til ny plass. Eit anna punkt er også at det er lettare å observere miljøet for å finne ut korleis ein best mogleg og raskast mogleg kan samarbeide med pasient og eventuelle familiemedlem for å danne eit godt terapeutisk forhold. Denne terapeutiske alliansen er viktig for å fremme motivasjon. Omsorg i heimen gjev også viktig kunnskap om pasientens støtter og barrierar i miljøet i heimen, samt informasjon om pasienten sine ulike personlege preferansar og kulturelle årsakar. Det er store variasjonar i heimane, og plassering, fysisk tilstand, sikkerheit og nærvær av andre i heimen vil påverke korleis ting blir. På bakgrunn av dette kan ein heim og omgjevnader både hjelpe og hindre eit eldre menneskje sine evne til å gjennomføre hushald, samt eigenomsorgsoppgåver. Det sosiale miljøet med nærvær av barn eller andre eldre kan også påverke leveringa av tenester frå heimetenesta, spesielt med omsyn til personvern under terapi eller for en klients yting av eigenomsorg, motivasjonsnivå og oppfølging av terapien. Involvering av pårørande kan vere aktuelt, men gjev også ei utfordring med tanke på konflikt, dårlege familieforhold kan forstyrre deltaking og framgang i heimetenesta. Heimen er eit viktig kulturelt symbol som inneheld mange meiningar som sjølvstende, autonomi, sikkerheit og komfort. I tillegg til desse er kontroll, beskyttelse, historie og familieminne også viktig symbol. Ein terapeut må derfor vere følsam for klientens kulturelle tru og verdier. Dette gjeld til dømes når ein introdusera endringar i måten klienten badar eller dusjar, ein personleg aktivitet (Gitlin & Piersol, 2016).

Ovanfor har det blitt presentert sentral teori inndelt under tre tema. Desse er rehabilitering og eldre, medverknad og samhandling, og til slutt place and space. Det er desse tre teoriane som i

denne oppgåva til saman utgjer eit viktig fagleg grunnlag for å diskutere overgangen frå kommunal korttidsavdeling til eigen heim. Noko av teorien er meint som ei kappe for å betregje eit innblikk i viktig bakgrunnsteori for vidare forståing av oppgåva. Teorien vil vidare bli nytta i diskusjonen seinare i oppgåva.

3.0 METODE

3.1 Kvalitativ tilnærming og intervju

Denne oppgåva er bygd på ei kvalitativ tilnærming med intervju som forskingsmetode. Med kvalitative data meinast nedteikna erfaringar som beskrivast best med ord i staden for tal (Johannessen, Rafoss & Rasmussen, 2018). Formålet med eit kvalitativt forskingsintervju er å undersøkje og forstå sider frå dagleglivet til intervjupersonen (Kvale & Brinkmann, 2015). Undersøking av kvardagen er også fokuset i problemstillinga i denne oppgåva, der det har blitt studert kva erfaring eldre har med overgangen frå rehabilitering på korttidsavdeling til eigen heim. I utviklinga av intervjuundersøkinga vart Kvale & Brinkmann (2015) sine sju fasar for intervju som går frå tematisering til rapportering brukt (Kvale & Brinkmann, 2015). Dei forklarar eit forskingsintervju som eit handverk, meir enn ein systematisk metode med mekaniske reglar. Intervju er ein ferdigheit som må lærast gjennom utføring. Intervjua vart tatt opp på bandopptakar, slik at fokuset under intervjuet vart på samtaleemne. Opptaket gjer også at ein kan gå tilbake og lytte til tonefall, pausar og liknande (Kvale & Brinkmann, 2015, kap.10).

3.2 Utval og rekruttering

Før rekrutteringa starta vart det satt opp følgjande kriterie for deltaking:

Inklusjonskriteriar:

- Alder 65år eller eldre.
- Innlagt på kommunal korttidsavdeling i minst ei veke.
- Intervjuet skal føregå innan ei veke etter heimkomst

Eksklusjonskriteriar:

- Personar som ikkje har samtykkekompetanse
- Personar med ei slik grad av kognitiv svikt at gjennomføring av intervju ikkje er hensiktsmessig.

Rekruttering vart gjennomført over ein periode på fire månadar. Det var noko variasjon i gjennomføringa av rekrutteringa i dei to kommunane, grunnen til dette er forskjellen i oppbygginga av tenestene. I den eine kommunen føregjekk rekrutteringa gjennom ergoterapeut og fysioterapeut som jobba på korttidsavdelinga, i den andre kommunen gjekk

det gjennom samarbeidspartnarar på koordinerings- og tildelingseininga i kommunen. Då rekrutteringsprosessen var over satt ein igjen med tre intervju frå den eine kommunen og sju frå den andre.

Utvalet er 10 informantar frå to ulike kommunar. I tabell 1 nedanfor er det satt opp ei oversikt over personane som vart intervjuet. Det er brukt fiktive namn.

	Namn	Alder	Kommune	Bustad
1	Hans	80år	1	Bur åleine, nyleg enkemann
2	Edith	80år	1	Bur med mann
3	Gudbrand	71år	2	Bur med kona
4	Jørgen	79år	1	Bur med kone, har ansvar for pleietrengande kone
5	Fredrik	65år	2	Bur med kona
6	Sondre	70år	2	Bur åleine
7	Klara	78år	1	Bur med ektemann
8	Anna	78år	1	Bur med mann som også er sjuk
9	Jostein	78år	1	Bur åleine i kjellarleilegheit hos son.
10	Olga	89år	1	Bur åleine, same tun som dotter

Tabell 1: Oversikt over informantane i undersøkinga

På bakgrunn av ulikt oppbygde helsetenestene i dei to kommunane, vil det vere formålstenleg å forklare skilnaden på dei to kommunane. Talet på innbyggjarar i kvar av dei to kommunane er relativt likt med ca. 13 000 innbyggjarar.

Kommune nr.1 har korttidsavdeling tilknytt eit av helse- og omsorgssentera i kommunen. Denne korttidsavdelinga har eit breitt spekter av pasientgrupper. Der eksempel på brukargrupper er palliativ pleie, rehabilitering, akutte infeksjonar og KOLS forverring. Det er også nokon få kommunale akutte døgneiningar (KAD-plassar) på same avdeling. Det er ikkje eigne rehabiliteringsplassar på avdelinga. Ergo- og fysioterapi har ei eigen avdeling som servar dei ulike institusjonane i kommunen, i tillegg til heimebuande. Det er knytt ei 50% fysioterapeutstilling og ei ergoterapeutstilling som er regulert etter behov til avdelinga. Avdelinga har eigen avdelingslege. Det blir organisera møter kvar veke på avdelinga saman

med lege, sjukepleiar, heimetenesta, fysioterapeut, ergoterapeut og representant frå tildelingseinheita. Heimetenesta er delt inn i tre ulike grupper. Det er ingen innsatsteam i kommunen, koordineringa av heimreise frå korttidsavdelinga er eit felles ansvar koordinert av avdelinga. Det er eit kvardagsrehabiliteringsteam tilknytt ergo- og fysioterapiavdelinga. Dette teamet består av fysioterapeut, ergoterapeut og sjukepleiar. Teamet følger ikkje opp kompliserte rehabiliteringsbrukerar, men har hovudfokus mot førebyggjande tiltak og oppfølging av eldre. Det kan henvisast til oppfølging etter opphald på korttidsavdelinga.

Kommune nr.2 har korttidsavdeling tilknytt eit helse og omsorgssenter med fleire ulike tenester i tillegg til langtidspleieavdeling og korttidsavdeling. Det er ikkje egne rehabiliteringsplassar på avdelinga. Det er ein eigen fysio- og ergoterapiteneste i kommunen, samt at det i tillegg er tilsett 5 fysio- og ergoterapeutar i heimetenesta. Frå fysio- og ergoterapitenesta er det faste ergoterapeutar og fysioterapeutar som har ansvar for tilbodet på korttidsavdelinga. Det er ikkje innsatsteam i kommunen. På korttidsavdelinga er det faste tverrfaglege møter der også heimetenesta og tildelingseininga møter. Tildelingseininga deltek også på tverrfaglege utskrivingsmøter og deltek i tverrfaglege diskusjonar om vidare behov og tiltak for brukar. Det er ikkje eit eige kvardagsrehabiliteringsteam i kommunen, men terapeutane som er tilsett i heimetenesta gjev rehabilitering i heimen i samarbeid med øvrige tilsette i heimetenesta. Pasientar som ikkje har behov for heimeteneste etter utskrivning, men som har behov for tenester frå ergo- og fysioterapeut får oppfølging frå fysio- og ergoterapitenesta, eventuelt privatpraktiserande fysioterapeut.

3.3 Intervjuprosessen

Det var ein god læringsprosess å gjennomføre intervju, og intervjuteknikken utvikla seg for kvart intervju. Etter å ha gjennomført det første intervjuet, vart dette gått igjennom saman med vegleiar og diskuterte kva som var bra, og kva ein kunne gjere annleis eller i tillegg. Det vart då spesielt sett fokus på at ein med fordel kunne stille meir oppfølgingsspørsmål for å få enda meir informasjon om ulike tema som var nemnt. Etterkvart i prosessen førte erfaringane til at ein opplevde seg sjølv som ein meir kompetent intervjuar. Dette underbygger argumentet til Kvale og Brinkmann (2015) om at intervju er et handverk og ikkje ei oppskrift for informasjonsinnhenting.

3.4 Transkripsjon og analyse

Med transkribering meinast at ein fører informasjon frå ein form til ein annan (Kvale & Brinkmann, 2015. kap.10). Etter eit intervju tatt opp på bandopptakar slik som i denne oppgåva, inneber transkribering å høyre på dei innspelte samtalanane på lydopptaket og nedteikne dei i skriftleg form. Ved å transkribere intervjuet til skrifteleg form gjer ein materialet betre eigna og meir tilgjengeleg for analyse. Ein får betre oversikt og sjølv transkriberinga er ei byrjing på struktureringa i analysa. Ved å transkribere lyd om til skrift mistar ein ikkje-verbale nyansar som ironi, kroppsspråk, haldningar og gestar. Kor detaljert transkriberinga skal vere variera med kva transkripsjonen skal brukast til (Kvale & Brinkmann, 2015. kap.10). Transkripsjonen i denne oppgåva er gjennomført ved at det vart lytta til opptaka og all dialog vart skreve direkte inn i eit tekstbehandlingsprogram. Dette var ein tidkrevjande prosess. Dialogen vart ordrett gjengjeve, då det i enkelte tilfelle var ønskjeleg å attgje direkte sitat i analysa. Dette betyr også at det ved bruk av ord som kan bli knytt mot dialekt er direkte gjengjeve dette for å gje karakter til transkripsjonen. Transkribering vart gjennomført for å klargjere intervjuet til den vidare analysa som blir beskrive nedanfor.

Tematisk analyse er bruka som analysemetode i denne oppgåva. Dette er den mest grunnleggande tilnærminga i kvalitativ analyse (Johannessen et al., 2018). Analysemetoden inneber at ein går igjennom datamaterialet og ser etter felles tema. Med tema meina ein ei gruppering av data med fellestrekk som er viktige for det ein søkjer svar på. Desse ulike tema skal til saman svare på forskings spørsmålet (Johannessen et al., 2018). Johannessen et al. (2018) deler tematisk analyse inn i fire fasar, der ein bevegar seg fram og tilbake mellom dei ulike fasane. Den første fasen er *førebuing*. I denne fasen skaffar ein, og får oversikt over tilgjengelege data. Dette vart gjort gjennom intervju, transkribering og at ein etter dette las fleire gongar igjennom alle intervju for å skaffe ei nøyaktig oversikt over innhaldet. I fase to som er *koding*, skal ein framheve og sette ord på viktige poeng, dette gjer ein for å få oversikt over innhaldet, få innsikt i data og legge til rette data for kategorisering (Johannessen et al., 2018). Det var gjort eit val om å skrive ut alle intervju og vidare markere dei funna som vart sett på som relevante å ha med vidare. Det vart brukt ulike fargar for ulike tema.

Kategorisering er fase tre, denne fasen inneber at ein sorterer data i kategoriar som er meir overordna, altså tema (Johannessen et al., 2018). Det vart i oppgåva bygd vidare på kodinga og funna vart delt inn i ulike kategoriar, basert på fargemerkinga som hadde blitt gjort. Den siste fasen er *rapportering*. I denne fasen skriv ein fram tema, med innhald, i resultatdelen av oppgåva (Johannessen et al., 2018). I starten av analysa hadde ein fleire ulike kategoriar, men

desse vart færre etter kvart som materialet vart gjennomarbeida og ein såg at funna innanfor fleire kategoriar var samanfallande. Til slutt kom ein fram til fem ulike tema som blir presentert i funnkapittelet. Johannessen et.al (2018) sin analysemetode gjev rom for ulike måtar å presentere funna på. I denne masteroppgåva har det blitt valt ein deskriptiv måte å presentere funna på. Det vil seie at det i funnkapittelet blir beskrive direkte kva som blir sagt og det blir brukt sitat som ein del av dette. Vidare frå dette blir det i diskusjonskapittelet inkludert tolkingar saman med funn, tidlegare forskning og teori.

3.5 Etiske val og vurderingar

Det vart sendt søknad til NSD og prosjektet vart godkjent før intervjuprosessen vart iverksett. Det er blitt innhenta informert samtykke frå alle informantane gjennom eit godkjent samtykkeskjema. Informert samtykke vil seie at dei som deltek i forskinga har blitt informert om det overordna formålet med forskinga og om hovudtrekka i designe. Dei har også bli informert om moglege risikoar og fordelar ved å delta. Alle informantane var vurdert til samtykkekompetente. Kvale & Brinkmann (2015, kap.4) belyser at det ikkje berre er i intervjusituasjonen det oppstår etiske dilemma, men at etikken er integrert alle dei ulike fasane at intervjuundersøkinga. Det kan i den kvalitative forskinga vere ei spenning mellom ønskje om å oppnå kunnskap og å ta omsyn til det etiske (Kvale & Brinkmann, 2015. kap.4). Ein ser spesielt at det kan oppstå etiske problem på grunn av dei komplekse forholda som er det å forske på privatliv og legge dette ut i offentlegheit (Kvale & Brinkmann, 2015. kap.4). Det har gjennom heile intervjuundersøkinga blitt forsøkt å vere bevisst på dei etiske omsyna. Nokon av dei som hadde takka ja til intervju, sa seinare nei før intervjuet vart gjennomført. Dette har blitt forsøkt møtt på ein skjønnsam måte. Nokon var også nervøse og engstelege før intervjuet. Fokus har då vore på å gjere dei mest moglege komfortable gjennom god kommunikasjon. Heile vegen gjennom intervjufasen og vidare i oppgåva har det blitt lagt vekt på å behandle materialet med respekt og med den vissheit om at informantane har delt personlege tankar og meiningar.

I ein forskingsprosess må ein tenke på kva den produserte kunnskapen har som verdi for samfunnet, forskning på samfunn bør tene både vitskaplege og menneskelege prinsipp (Kvale & Brinkmann, 2015. kap.4). Det har vore viktig å sjå på tidlegare forskning for å grunnkje kvifor det er viktig å undersøkje dette temaet nærmare. Det har og vore viktig å forsøke å vere bevisst på eige ståstad og erfaringar i tolkinga av oppgåva, og ved å ha fokus på dette har ein

sett egne meiningar og erfaringar til side. I diskusjon og konklusjon har dette vore sentralt og hovudfokus har vore å bruke materialet og teorien som har blitt innhenta i oppgåva. Med omsyn til konfidensialitet er det naudsynt for forskaren å vere grundig når ein gjer vurderingar knytt til kven som får tilgang til rapporten og materialet, forhold som kan bli avdekka i arbeidet, moglegheit for tilstrekkeleg anonymisering av intervju samt forskarens objektivitet i tolkinga av anonyme data (Kvale & Brinkmann, 2015. kap.4). Det er kunn meg som intervjuar som har hatt tilgang til intervjumaterialet på bandopptakar. Intervjua vart anonymisert samtidig som transkriberinga vart gjennomført. Det har også blitt gjennomført samtale med vegleiar om tilstrekkeleg anonymisering av informantane med tanke på mengde og type informasjon som blir tatt med i oppgåva.

3.6 Reliabilitet og validitet

I vurderinga av kvaliteten på empirisk forskning er validitet, reliabilitet og generaliserbarheit omgrep som er sentrale (Leseth & Tellmann, 2018, kap.1). Leseth & Tellmann (2018, kap.1) skriv at det innan kvalitativ og kvantitativ forskning vil variere korleis ein brukar omgrepa og kva innhald dei har. Med reliabilitet (pålitelegheit) meina ein vurderinga av kvaliteten på den data som er innsamla, samt framgangsmåten for innsamlinga. Ein kan i kvalitativ forskning ikkje gjenta ein studie med same resultat. Bakgrunnen for dette er at forskingsprosessen er knytt til korleis den som forskar påverkar prosessen. Innan kvalitativ forskning er det derfor viktig å gjere rede for korleis datamaterialet er utvikla undervegs i prosessen. Herunder er det viktig at ein gjer rede for effekten av eiga rolle gjennom dei ulike stadia i forskingsprosessen (Leseth & Tellmann, 2018, kap.1). I denne masteroppgåva har det blitt forsøkt å beskrive prosessen so nøye som mogleg, og dei ulike stadia for innsamling og utvikling av datamaterialet. Vidare har det vore fokus på å vere tydeleg på eigen posisjon som undersøker. Dette vil bli vidare diskutert i kapittel 3.7, som er metodediskusjon. Kvale & Brinkmann (2015, kap.15) skriv at reliabilitet også handlar om at intervjupersonen eventuelt vil påverkast til å svare annleis når intervjuet blir gjennomført av ein annan forskar, som vil kunne opptre annleis. Intervjua i denne masteroppgåva var basert på ein intervjuguide, men det vart stilt oppfølgingsspørsmål. Dersom ein annan forskar hadde stilt dei same spørsmåla på same tidpunkt og i same kontekst, er det sannsynleg at svara i stor grad ville samsvare. Intervjuet er ein samtale der det er naturleg at intervjuaren sin framtoning og personlegheit vil ha betydning. Dette er nødvendige personlegheitstrekk innan kvalitativ forskning. Det er viktig å understreke at konteksten som var å kome heim frå korttidsavdeling er viktig her. Det var ingen kjennskap

mellom informantane og intervjuar, det er dermed ingen grunn til å tenke at svara ville blitt endra dersom det var ein annan forskar med same forhold til informantane.

Med validitet (gyldigheit) meinast korleis eit utsegn sin sannheit, riktigheit og styrke er (Kvale & Brinkmann, 2015, kap.15). Eit valid argument blir beskrive som eit argument som er fornuftig, velfundert, rettkomen, sterkt og overtydande. I samfunnsvitskapen handlar validitet om metode og om den er eigna til å undersøke det den skal undersøke, samt i kva grad den undersøker det den skal undersøkje (Kvale & Brinkmann, 2015). Leseth & Tellmann (2018, kap.1) skriv at validitet også handlar om tolkinga av resultata. Dei nemner ulike omgrep innan validitet som er viktige for å vurdere kvalitativ forskning. Med omgrepsvaliditet meiner ein at ein må ha gjort rede for teori og omgrep som blir brukt, samt korleis ein har gått fram for å undersøkje dette empirisk. Omgrepet intern validitet vil seie om datamaterialet svarar til intensjonen med undersøkinga, og i so fall i kva grad. Vidare knyt Leseth & Tellmann (2018, kap.1) omgrepa ekstern validitet og generaliserbarheit tett saman. Med ekstern validitet meina ein om undersøkinga er overførbar til andre samanhengar og utval. Den analytiske prosessen blir knytt mot generaliserbarheit og handlar om utvida forståing av det som blir studert (Leseth & Tellmann, 2018). I denne masteroppgåva vart det gjort ei vurdering på kva metode ein skulle velje med tanke på temaet i oppgåva. Det kunne også blitt valt observasjon, men ein kunne då mista viktige individuelle meningar som kjem best fram i samtale. Det var ikkje mogleg å gjennomføre gruppeintervju, då intervjuet skulle føregå etter heimkomst, samt at alle intervjuobjekta hadde forløp til ulike tidspunkt. Kvale et.al (2015, kap.15) framhevar at funna kontinuerleg må sjekkast, utspørjast og fortolkast teoretisk. I denne oppgåva er dette gjort ved at det er utvikla eit relevant teoretisk rammeverk i tillegg til tidlegare forskning. Gjennom å gjere dette har ein lagt opp til eit teoretisk fundament som vidare i diskusjon- og konklusjonskapitla vil bli brukt til å sette tolkingane i lys av teori.

Vidare seier Kvale & Brinkmann (2015, kap.15) at det kan vere utfordrande å validere kvalitativ forskning, og at dette ikkje nødvendigvis handlar om svakheiter ved den kvalitative metoden. Bakgrunnen for det er at den kvalitative metoden beskriv og stiller spørsmål ved den sosiale verkelegheita, og at dette ideelt sett gjer at kvaliteten på arbeidet gjev kunnskap som er så sterk og overbevisande at beskrivinga og spørsmåla i seg sjølv bærer gyldigheita i seg. Kvale & Brinkmann (2015, kap.15) seier og at viss ein vurderer ein intervjuundersøking som rimeleg gyldig og påliteleg, så står ein igjen med eit spørsmål om det ein kjem fram til i undersøkinga primært er av lokal interesse, eller om det kan overførast til andre

intervjupersonar, kontekstar og situasjonar. Sidan problemstillinga ikkje kunn er lokal, men eit tema som er sentralt i eldreomsorga, kan ein sei at det er sannsynleg at undersøkinga har ei generell interesse for rehabiliteringsfeltet i Noreg.

3.7 Metodediskusjon

Valet av metode og innhald i denne kan gje utslag for resultatet. Det vil vidare bli diskutera korleis ein vurderer dei ulike vala som har blitt gjort. Metoden har tilsynelatande gjeve resultat som har bidrege til å belyse problemstillinga. Skulle ein gjort rekrutteringsprosessen igjen kunne valt andre til å rekruttere i den eine kommunen, då dei utvalde ikkje hadde god nok oversikt over brukarane på avdelinga. Dei var ikkje i ein posisjon til å spørje om brukarane ønska å delta. Det skal også nemnast at det undervegs i rekrutteringsprosessen vart gjort endringar på systemnivå i kommuna som førte til at samarbeidspartnarane med tanke på rekruttering ikkje var like tilgjengelege som planlagt. Dette førte igjen til at ein måtte alliere seg med andre ressurspersonar i organisasjonen.

I ettertid ser ein også at det var viktig at intervjuet vart gjort innan ei veke, då det var tydeleg at intervjuobjekta gløymde kjensla av å skulle reise heim. Det er mogleg at intervjuet skulle vore gjennomført enda tidlegare, men det hadde då i enkelte tilfelle vore vanskeleg å gjennomføre intervjuet på bakgrunn av at nokon av intervjuobjekta ikkje var klare for å få besøk tidlegare. Tilbakemeldinga frå nokon av dei som snakka med informantane om dei ville bli intervjuet, var at fleire av dei som ikkje ønska å bli intervjuet grunngav dette med at dei hadde nok med seg sjølv i den situasjonen dei var i. Dei som hjelpte til med rekrutteringa beskrev dette vidare med at dei trudde personane var i ein sårbar periode. Dersom det hadde blitt gjennomført to intervju, eit før heimreise og eit etter heimreise, er det mogleg at dette hadde gjort informantane meir bevisste på prosessen dei skulle igjennom. Dette kunne ha gjeve meir informasjon om prosessen, men det kunne også ha påverka informantane til å bli meir deltakande og eventuelt fått dei til å endra syn på kva som var viktig i overgangen. Det er mogleg at det ideelt sett skulle det vore likt tal informantar frå dei to kommunane, men det vart prioritert å intervjuet dei eldre etter kvart som dei vart rekruttert. Dette er heller ikkje ein studie om forskjellane i dei to kommunane, men ein studie om opplevinga av overgangen uavhengig av bustadkommune. Intervjuar var ikkje i kontakt med informantane før intervjuet, bortsett frå ein telefonsamtale for å avtale tid før intervjuet føregjekk. Det kan vere ein styrke

ved studiet at intervjuar ikkje var i kontakt med informantane eller visste noko om bakgrunnen for innlegging.

3.8 Litteratursøk

Det har i studien ikkje blitt gjennomført eit systematisk litteratursøk. Det er blitt brukt god tid på å finne aktuelle artiklar som er relevante som tidlegare forskning. For å finne aktuelle studiar til tidlegare forskning vart det brukt publikasjonsdatabasane medline, svemed+ og cinahl. Søkeorda var «eldre», «elderly», «overgangar», «pasientforløp», «transitional care». Studia vart valt ut på bakgrunn av relevans. Det var også søkt opp artiklar i google scholar og ein såg på artiklane som forfattarane hadde blitt sitert i, samt at ein såg etter studiar i referanselistene. I tillegg har det blitt gjeve tips til artiklar frå vegleiar og andre med kunnskap om temaet

4.0 FUNN

I det neste kapittelet blir det utdjupe kva erfaringa dei ulike brukarane har med overgangen frå korttidsavdeling til eigen heim. Funna er fordelt i fem ulike tema, som er dei ulike faktorane som brukarane finn viktige. Temaene er:

- Å kome heim
- Forutsigbarheit gjennom informasjon
- Pårørande si rolle
- Helsepersonell si rolle
- Trygg i eigen heim

4.1 Å kome heim

«Det var deilig. Det var godt å komme hjem, jeg synes det var helt nydelig».

Dette sitatet kjem frå Klara, som var utelukka positiv til å komme tilbake til eigen heim. Det blir beskrive av fleire at det var godt å komme heim til eigen bustad, men likevel var det faktorar som gjorde at dei var usikre på heimreisa. Dei aller fleste hadde ved utreise eit ibuande ønskje om å komme heim og å bu heime. Fleire seier at dei ikkje har vore heime på lenge og at det blir fint å komme heim til kjente omgjevningar og styre seg sjølv. Dette gjaldt både dei som bur aleine og dei som bur saman med nokon. Føresetnaden for at dei ville heim var at den fysiske funksjonen hadde blitt betre enn den var når dei kom på korttidsavdelinga. Dei opplevde en framgang i funksjon og opplevde det derfor som godt å kome heim. Sondre beskriv det slik *«så lenge huet var bra og beina holdt såå.. var det godt å komme hjem. Noe annet har jeg egentlig ikke å si om det»*. Sondre er ein av dei som bur aleine og klarer seg sjølv i kvardagen.

Fleire opplevde også at dei ikkje kom lengre med det dei hadde som mål for rehabiliteringa på korttidsavdelinga, og at dei på bakgrunn at det ønska å kome heim. Fredrik, som bur saman med kona, beskriv det slik *«Jeg fikk veldig god behandling og alt dette, men samtidig så merket jeg jo at jeg kom ikke særlig lenger i forhold til det jeg har som mål»*. Fredrik hadde som mål å bli mest mogleg uavhengig so fort som mogleg. Han ønskja nye utfordringar i kvardagen for å komme seg vidare i rehabiliteringa, han såg for seg at dette var lettare når han kom heim igjen. Gudbrand seier at han såg moglegheita for trening når han kom heim, han

fekk inspirasjon til trening fordi han ville på beina igjen. Han beskriv at han sjølv satt opp mål for seg sjølv på avdelinga, og at han fekk tilbakemelding av personalet at han var flink til å sette mål og trene mot dei. Jørgen beskriv det å komme heim nærmast som eit dytt til å gjere meir sjølv i kvardagen «*Viss jeg kom meg hjem så måtte jeg jo ta meg sammen da, ikke at alt skulle gjøres av noen og det tror jeg var sunt jeg*». Jørgen bur heime og har ansvar for pleietrengande kone. Klara hadde også eit tydeleg mål som ho jobba mot både på korttidsavdelinga og når ho kom heim. Ho ønskja å trene slik at ho skulle klare å gå, fordi ho ønskja å reise til syden på ferie.

Etter heimreisa opplevde Anna å få meir fridom og kunne gjere ting i vante omgjevningar. Dette var noko ho såg fram til når ho var inne på korttidsavdelinga, og ho opplevde det som befriande:

Det var godt å komme hjem fordi da kunne jeg liksom.. Jeg skal sitte med beinet litt høyt når jeg hviler når jeg sitter, og det pleier jeg å gjøre her ute også. Men der måtte dem liksom måtte mere sjonglere da, ta hensyn til andre. Det var ikke så enkelt å finne noe som var høyt å sette beina på. Men nå har jeg en plass hvor jeg sitter og har beina høyt.

Det var også nokon som hadde ulike bekymringar med tanke på heimreise. Fredrik beskriv at mangel på kunnskap og kjennskap til korleis ting var, gjorde at han vart bekymra for å reise heim. Når han kom heim opplevde han at det ikkje var noko å bekymre seg for. Edith kjente også på denne usikkerheita og uvissheita ved heimreise:

Da jeg fikk beskjed om at jeg kunne reise hjem igjen da jubla jeg nesten, men så begynte jeg å tenke. Det blir jo fryktelig utrygt å komme hjem igjen, for der står de jo ikkje ferdig til å ta imot deg.

Ho sett ord på gleda over å vere i eigen heim, men no med eit lågare funksjonsnivå enn tidlegare. Ho opplevde det som tøft å reise heim, bakgrunnen for dette var usikkerheit for korleis det kom til å bli. Samtidig fortel ho at ho på korttidsavdelinga var veldig beskytta. Ho var redd for å dette i gangen og bli liggande når ho kom heim igjen. Denne frykta hadde ho til tross for at ho bur med ektemann. Ho beskriv det som tøffare enn ho hadde trudd å komme heim igjen, spesielt sidan det på korttidsavdelinga var nokon som kom innom ho på natta.

Vidare fortel ho at når ho først kom seg heim og opplevde at ting var trygt, so synast ho det var kunn positivt. Hovudgrunnen til at ho opplevde det som trygt var at ektemannen fylgde ho på toalettet på natta, slik at ho slapp å vere redd for å falle og bli liggande.

Oppsummert ser ein at dei fleste beskriv det som godt å komme heim til kjente omgjevnadar, når dei først hadde kome seg heim og var forbi bøygen med usikkeheit rundt korleis det ville bli. Det er både godt å komme heim til det som er kjent og til personane ein bur med, samt at det å kunne gjere som ein ville utan å ta omsyn til andre var befriande. Ein føresetnad for at heimkomsten skulle vere god var at dei følte seg betre og følte dei hadde meir å hente heime med tanke på rehabilitering, samt at dei følte ein tryggleik i situasjonen dei var i. Ein faktor som fekk dei til å bli usikre på heimreisa var uvissheita om korleis ting kom til å bli, her er informasjon og forutsigbarheit sentralt.

4.2 Forutsigbarheit gjennom informasjon

Alle dei intervjuja seier at dei fekk informasjon om heimreisedato ei tid før datoen, og det gav dei ein forutsigbarheit. Det var personalet på avdelinga som gav informasjonen. Fredrik, som var noko bekymra før heimreise, synast det var bra å bli informert tidleg om heimreisetidspunkt, slik at han fekk forberedt seg mentalt. Han beskriv at han fekk kome med ynskjer til heimetenesta og at dette var viktig både for han og heimetenesta for at rutine skulle bli lette. Han beskriv blant anna at heimetenesta etter hans eige ynskje ringde ein halvtime før dei kom, slik at han kunne gå i dusjen og forberede seg til sårstell. Denne kommunikasjonen var god og viktig for han. Om overgangen heim og dialog med helsepersonell seier han følgande

Hadde en dialog med avdelingen, i alle fall i den grad det var behov for det.

Hjemmesykepleien kom jo, jeg fikk alle disse rutinene på plass som jeg har snakka om, ganske så umiddelbart, så nei det var en positiv opplevelse det.

Jostein, som bur i kjellaren hos sonen, fekk beskjed om kva uke som var heimreise. Han fekk då bestemme sjølv kva dag det passa best med tanke på når dottera skulle komme og køyre han heim. Han opplevde informasjon og kommunikasjonen som bra, og meinte det var positivt at han fekk bestemme kva dag det passa best å reise heim.

Edith følte at ho meir eller mindre var involvert i heimreisa heile tida, men at dette var fordi ho var nysgjerrig og spurte. Ho opplevde også at ho fekk valet om å vere der lenger. *«For dem spurte flere ganger om ville jeg reise, så hadde jeg sagt ja så hadde jeg fått lov til å vere der lenger altså, men det er jo så mange som skal ha plass og da vettu»*. Ho fortel at ho var glad for å høyre at ho fekk reise heim igjen, fordi ho ikkje hadde vore heime på lenge.

Gudbrand uttrykker at han sjølv fekk bestemme at utreisedagen vart utsett nokon dagar, dette på bakgrunn av at kona ikkje var ferdig med å pusse opp rommet hans. Han fortel også at han fekk moglegheit til å røyke på verandaen, noko som er viktig for han. Han meinte at dette gjorde at han fortare kom seg opp på beina, fordi han måtte ut å røyke. Gudbrand fortel også at han hadde samtale og oppfølging med avdelingsleiar, og at dette var viktig. Samtalen inneheld korleis han hadde tenkt seg at ting skulle bli når han kom heim.

Berre Hans, som er nyleg enkemann, beskriv at det var eit samarbeidsmøte på avdelinga. På dette møtet deltok han sjølv, pårørande og personalet på avdelinga.

Unga mine mente at det ikke var så lurt at jeg ble hemmatsendt enda. Så da ble det et møte med tildelingsetaten, unga mine, sykepleier, fysioterapeut, ergoterapeut, og noen som var på opplæring. Og etter det så vart det vel bestemt at jeg skulle få vere, ja jeg fikk vertfall være til mandag. Og da ble jeg hemmatsendt.

Hans viser her til at det, på bakgrunn av pårørande si bekymring for heimereise, vart organisert eit samarbeidsmøte. Det vart på dette møtet bestemt at han fekk vere på avdelinga lenger enn planlagt.

Jørgen meinte ikkje at han var involvert i prosessen rundt heimreise, men at dette var noko som var bestemt. Han uttrykker likevel at han ikkje hadde noko imot å reise heim, han fant seg i vurderingane som vart gjort av instansane rundt. *«De hadde funnet ut at det var det beste for å komme, for å komme i gang mer»*.

Anna og Sondre var dei einaste av dei intervjuja som ikkje hadde dagleg oppfølging av heimetenesta eller liknande etter heimreise, men dei opplevde likevel situasjonen forskjellig. Begge hadde besøk av fysioterapeut i ettertid, men ingen andre tydelege kontaktpersonar inn mot helsetenesta i kommunen. Anna opplevde å ikkje bli involvert i dato for utreise, men opplevde heller ikkje at ho vart kasta ut. Ho var einig i avgjersla om heimreisedato.

(..) litt dårlig informasjon. (..). Kanskje en kontaktperson. Jeg vet nesten ikke hvem jeg skal, ja hjemmesykepleien var jo her mest, ikke hjemmesykepleien, hjemmehjelp var det vel (..) Ja noen jeg kan ringe da. Jeg vet ikke jeg, er det hjemmetjenesten du ringer kanskje. Hvis jeg har spørsmål om noe.

Anna hadde mange spørsmål som hun følte ho ikkje hadde fått svar på. Ho etterlyser ein kontaktperson. Ho opplev at ho fekk dårleg informasjon og at det ikkje var klart kven ho skal kontakte dersom det skjedde noko. Ho fortel at ho fleire gongar har prøvd å ringe kommunen, men at ho ikkje treff rett person å stille spørsmåla. Sondre hadde ein annan oppleving av dette, sjølv om han heller ikkje hadde oppfølging av heimetenesta. Han fortel at han hadde betra seg mykje fysisk på korttidsavdelinga og hadde ikkje noko behov for verken oppfølging eller kontaktperson. Han er ein person som har god kjennskap til systemet i kommunen. Dette kan medføre at han er trygg på kvar han skal vende seg for kontakt. Han har også vener i nærleiken som jobbar i helsetenesta i kommunen, og seier at dette er ein tryggleik for han.

Til saman ser ein at det var viktig å bli informert om kva som skal skje. og at dette gav ein forutsigbarheit. Dette gjaldt blant anna informasjon om tidspunkt for heimreise og korleis ting skulle bli med tanke på oppfølging og tilrettelegging når dei kom heim. Enkelte opplevde også at dei eller pårørande fekk påverke heimereisetidspunktet. Dei fleste hadde allereie kontaktperson inn mot kommunen, ved at dei hadde dagleg oppfølging av heimetenesta. Ein av dei som ikkje hadde dette, etterlyste ein kontaktperson som kunne gje informasjon og svare på spørsmål. Det var kunn ein person som beskrev informasjon gjennom samarbeidsmøter, der pårørande også var involvert.

4.3 Pårørande si rolle

Alle dei intervjuar har, i større eller mindre grad, fått hjelp i kvardagen av familie eller vener. I hovudsak gjeld dette hjelp til køyring, handling og vask av bustad. Einsemd blir også nemnd som ein viktig faktor. Vener og familie som stiller opp blir presentert som hovudfaktor for å førebygge einsemd. Fleire av dei som bur saman med nokon sei at sambuar er viktig for at dei ikkje skal vere einsame. På den andre sida beskriv dei som har budd åleine lenge at dei er van med det å bu åleine, men at omgangskrins og nærleik til vener og/eller familie er viktig. Fredrik, som bur med kona, seier at sjølv om han har kome seg såpass at han er i form til å

reise ut og prate med folk, so er ikkje det same som å ha nokon rundt seg i kvardagen. Han seier også at det er ein bøyg å møte folk han ikkje kjenner, sidan han har blitt dårlegare.

Han seier vidare at han sett pris på å vere to og at det spesielt har vore viktig for trivselen no når han har vore sjuk. Han seier *«Nei det betyr veldig mye, dette med ensomhet og.. en kan jo fort bli ganske ensom, (...) døgnet har mange timer, så jeg føler jo en trygghet på en måte med det. Litt gammel vane kanskje»*.

I dei tilfella der den intervjuja har mista sin ektefelle, slik som Hans og Jostein, blir dette nemnt i intervjuet som ein overgang som er tung. Her kjem familie og venner inn som viktig i situasjonen dei no er i. Når han vart enkemann flytta Jostein inn i kjellaren hos sonen, dette har gjort overgangen til å bu åleine lettare.

Det kjem også tydeleg fram i fleire av intervjuja at behovet for tenester frå kommunen hadde vore større viss dei som no bur med ektefelle hadde budd åleine. Gudbrand beskriv det slik: *«ja det er det ingen tvil om, da hadde jeg måtta trille ut på terrassen og vinka på en bil»*. Med dette meinte han at dersom han ikkje hadde hatt kona måtte han trille ut og spørje forbi-passerende om hjelp. Han seier også at han har gode naboar og kameratar som stiller opp dersom det er behov, dette gjorde det mindre skremmande å komme heim. Naboen kom blant anna å hjalp kona med å male tak når Gudbrand var innlagt på korttidsavdelinga og soverommet måtte pussast opp.

Edith seier at ho har snille ungar og svigerborn, men at dei har jobbar og ikkje kan slutte med det for å passe på ho. Om det å bu åleine utan mannen seier ho *«Nei det hadde gått rett gokk til bloksberg (...) Så det hadde nok vørti meir tullsomt, for da måtte jeg jo hatt hjemmetjenesten her flere ganger om dagen. For jeg greide jo ikke å komme på do alene»*.

Dette seier noko om at pårørende hjelper til og stiller opp på alle døgnet tider. Edith sin mann følgjer ho på toalettet fleire gongar om natta. Dersom dette tilbudet skulle blitt gjeve av kommunen ville det vore tidkrevjande. Samtidig er denne hjelpa noko av det Edith beskriv som viktigast, fordi det får ho til å føle seg trygg om natta. Hjelp frå pårørende i same bustad er meir fleksibel, sidan dei er tilstades i augeblinken hjelpen trengs. På den andre sida stiller det krav til nærvær store delar av døgnet og påverkar pårørende sin fridom til å gjere det ein vil.

Klara får hjelp frå dottera til å handle, men meina at det burde vore mogleg å få hjelp av kommunen til å handle. Ho synast det er dårleg at dette tilbudet ikkje finnast. Det er fleire av dei intervjuja som får hjelp av borna sine til daglege og vekentlege gjeremål. Det blir påpeika

at i tillegg til å hjelpe foreldra sine og ta vare på eigen familie, jobbar mange full stilling i eigen jobb. Dei har altso mange store ansvarsområde. Jørgen, som ikkje lenger har førarkort og dermed er hindra frå blant anna å reise på butikken, skriv dette om kva dottera gjer for han og kona.

(..)Også drar'a på butikken for meg, og hva det måtte være. Så det kan godt hende at'a skjemmer meg bort, men det tror jeg ikke. Man kan ikke skjemme bort en gammel gubbe. Så det er en utrolig god støtte.

I tillegg til dette beskriv han dottera si som ein ressurs med tanke på kommunikasjon med helsevesenet. Han seier at ho er ei tøff dame og at dette er viktig for å nå igjennom med tanke på behov for helsetenester.

Anna er tydeleg på at ho måtte hatt meir hjelp viss ho hadde vore åleine. Samtidig seier ho at ho trur ho hadde klart fleire av gjeremåla sjølv viss ho var åleine. Dette blir nemnt hos fleire, at dei får meir hjelp av pårørande enn det kanskje hadde trengt. Edith fortalte at mannen var redd for at ho skulle dette å brette meir, det vart derfor til at han gjorde meir for ho enn han kanskje hadde trengt. Ho seier at ho hadde klart å finne fram dekketøy og liknande, men at mannen helst ville at ho skulle sitte i ro på ein stol. Anna og ektemannen får hjelp til handling og liknande frå naboar. Ho fortel at noko av det viktigaste for ho var å vite kva ho kom heim til, og vissheita om at ho hadde hjelp i nærleiken. Sidan ho ikkje hadde oppfølging frå helsepersonell var denne hjelpa spesielt naboen, men også ektemann.

Både Anna og Jørgen har sambuarar som også er sjuke, dette påverkar dei i kvardagen. Jørgen har en samboar med meir hjelpebehov enn han har sjølv, dette fører til at han i intervjuet er mykje opptatt av korleis ho har det og korleis han skal hjelpe ho. Anna tenker at det at ho har ein sjuk mann heime påverka ønsket hennar om å kome fort heim, sidan ho er bekymra for sambuaren når han er åleine heime. Sjølv om han fekk tilsyn av heimetenesta.

Jostein og Olga bur i nærleiken av eit av borna sine, og beskriv dagleg oppfølging og nærleik som viktig. Jostein bur i underetasjen hos sonen. Han får hjelp til vasking og handling, samt at han etter innlegginga på korttidsavdelinga får servert middag kvar kveld. Olga bur på same tun som dotter og får hjelp til dei same tinga som Jostein. Begge desse pårørande har dagleg ansvar for foreldra. For Olga er det viktig å ha dottera i umiddelbar nærleik. «*En føler seg liksom tryggere*», seier ho om dette. Jostein vart, i tillegg til å bu i kjellaren hos sonen. henta av dotter og køyrt heim etter opphaldet på korttidsavdelinga. Ho var hos han heile helga og

hjelpte til med det som trøngst. Han beskriv dette som ei stor glede, men meina han hadde klart seg sjølv dersom han hadde vore åleine.

Under intervjuet ble det stilt spørsmål ved om pårørande vart involvert i overgangen frå korttidsavdeling til heim. Som nemnt tidlegare var Hans den einaste som hadde samarbeidsmøte på avdelinga, her var pårørande med. Hans sa at pårørande hadde hatt kontakt med avdelinga og informert om at han ikkje kunne heim enda. Det er nærliggande å tenke at dette kan vere grunnlaget for at det vart satt saman eit samarbeidsmøte. Gudbrand hadde møte med avdelingsleiar, noko han såg på som nyttig. Gudbrand uttrykte fleire gongar at han kjenner personane som jobbar i kommunen og at dei kjenner han. Kona til Gudbrand hadde også sjølv møte åleine med personalet frå avdelinga, men i samtykke med Gudbrand. Gudbrand sjølv var positiv til at kona fekk ha samtale med avdelinga åleine.

For at kjerringa skal bli tilfreds og ikke være nærvøs, og få lov å slappe av om natta. Så kommer dom her å måler blodsukkeret mitt på morran. Åsso kommer dom om natta og lurur på om jeg er våken, for da måler dom blodsukkeret og får den tryggheten evt. bruker insulin etter behov.

Ifølge Gudbrand er dette ting som har blitt avtalt på møtet mellom avdelinga og kona. Han seier også at kona spør mykje og når ho gjorde det fekk ho svar, men ho fekk også ein stadfesting på at dersom det var noko var det berre å spørje.

Det er ikkje alle som huskar eller er informerte om kor involverte pårørande var i situasjonen inne på korttidsavdelinga og i overgangen heim. Nokon er usikre, men trur at pårørande har hatt samtalar utan dei tilstade. Det er ingen av dei intervjuja som reagerte eller uttrykte noko negativt over tanken på at pårørande eventuelt skulle hatt samtale med helsepersonell utan at dei sjølv var tilstades. Edith seier at ho trur sonen har vore i kontakt med avdelinga, men ho er ikkje sikker og ho visste ikkje kva dei hadde prata om i so fall. Det er også varierende om personane tenkjer at det hadde vært nødvendig med møte, men dei fleste uttrykker at det ikkje hadde vore feil å involvere og informere pårørande i større grad. Dette var ikkje nødvendigvis for eigen del, men fordi det kanskje hadde gjeve ein tryggleik til pårørande. Fredrik beskriv det slik.

Kona var litt urolig for den hjemreisa mi da og at alt var ivaretatt og eller om hun måtte regne med å måtte trå til liksom, men jeg beroliget henne med å si at for meg ser

det ut som om alt er veldig godt planlagt. Så spurte hu om ting som jeg ikke kunne svare på og sånn, så hu var nok litt bekymra her en stund, når hu plutselig fikk beskjed om at jeg skulle hjem da.

Dette understrekar usikkerheita som pårørande kan ha når dei ikkje direkte har hatt kontakt med helsepersonellet sjølv.

Ein annan faktor ved involvering av pårørande er det Hans beskriv i overgangen heim. «*hadde ikke sønnen min tatt initiativ så hadde jeg vel kanskje blitt hemmatsendt noe før tror jeg, jeg tror det*». Sidan fleire av dei intervjua ikkje veit om pårørande har vore i dialog med personalet på avdelinga, veit ein heller ikkje om pårørande har vore aktivt deltagande i å bestemme varigheita på opphaldet på avdelinga.

I dette temaet ser ein at pårørande og andre omsorgspersonar som til dømes naboar var viktig både med tanke på å få hjelp til praktiske gjeremål, men og som førebyggjande med tanke på einsemd. Det er ein tryggleik å ha pårørande i nærleiken. Fleire meiner også at behovet for hjelp frå helsetenestene hadde vore større om det ikkje hadde vore for pårørande. Dei fleste av informantane var usikre på om pårørande var involvert eller informert, men dei som visste at pårørande var involvert beskrev dette som viktig både for seg sjølv og for pårørande at dei hadde kontakt med helsepersonellet.

4.4 Helsepersonell si rolle

Helsepersonell si rolle og samarbeidet dei i mellom tredde fram som sentralt hos fleire av informantane. Det påverka forberedelsen til heimreise at dei hadde tillit og god kommunikasjon med dei tilsette inne på korttidsavdelinga. Sondre trakk fram viktigheita av humor og godt humør hos personalet inne på avdeling, han beskriv dette som viktig for han. «*(..) blide folk og et godt hjelpeapparat det er halve pleia*». Venleg helsepersonell var noko som vart nemnt som viktig for fleire av informantane, det vart mellom anna trekt fram som positivt at det på ei av avdelingane var ein av dei tilsette som hadde ansvar for å spreia glede kvar vakt. For Hans var det viktig å bli mest mogleg sjølvstendig før og etter heimreise. Då var helsepersonell på avdelinga ei viktig brikke. Han opplevde at personalet inne på avdelinga hadde som intensjon at han skulle prøve å gjere mest mogleg sjølv og at dei utfordra han på det som var vanskeleg. Han opplevde på denne måten å bli møtte på sine ønsker og mål.

Fredrik beskriv samarbeidet mellom korttidsavdelinga og heimetenesta som veldig bra, og over det han hadde forventa. Han seier også at han var bekymra for den medisinske oppfølginga i heimen på førehand.

Jeg grudde meg litt med tanke på sårskift og alt dette her som skulle renses og alt dette her. Men det viser seg jo at de er utrolig flinke med dette her ikke bare på avdelingen men også de som kommer til meg her da. Så det var jo ikke noe grunn til bekymring der så.. Sånn sett og for øvrig har jeg følt den overgangen som temmelig enkel og grei egentlig.

Fredrik fortel at han hadde dårleg erfaring med heimetenesta frå tidlegare. På spørsmål om kva som er forskjellen då og no svarer han at det er profesjonalitet og kva utstyr dei har. Han beskriv at han tidlegare måtte kjøpe alt utstyret sjølv.

Nå er det nøye forberedt hva som skal være. De sendte med fra avdelingen alle typer bandasjer, sårplan i detalj slik at de skulle se eksakt hva som skulle brukes. Hva de skulle fylle opp igjen med da, så dette viser seg å, at den bekymring jeg hadde for dette her var jo egentlig helt uten grunn da. Men jeg fikk jo samtidig vite at hvis det var noe jeg ikke var fornøyd med kunne jeg bare ringe avdelingen. Nei det var rimelig, syns det var rimelig grei overgang allikevel da, når det først skjedde.

Han opplevde å ta opp bekymringar med sjukepleier på korttidsavdelinga, og følte at han vart meir roleg av dette. Han opplevde også at endringar i planen om stell av sår vart følgt opp, og at ting han hadde sagt til ein i personalet vart følgt opp av alle som var innom han. Det var ein viktig faktor for han å bli møtt på denne måten av helsepersonellet, det gjorde han tryggare.

Gudbrand opplevde at det var ein direkte kommunikasjon mellom korttidsavdelinga og heimetenesta, og at han opplevde å bli godt informert om kva som vart formidla. Han beskriv denne openheita som positiv og at dei er «*helt enestående som tar initiativ, slik at alt dette her med pleiesituasjonen dom legger ikke den byrden på de pårørende. Det ordner dom på forhånd selv, nå er det sånn og sånn*». Han beskriv det som viktig at kommunikasjonen med heimetenesta og uansett på tvers av tenesta var i orden, og at han fekk fortalt når ting var på plass. Viktigheita av å oppretthalde kontakta med pasienten og at det til ei kvar tid er

oppfølging blir også trekt fram av Gudbrand. Han har ein del erfaring med helsepersonell og kontakt med helsevesenet frå tidlegare, og han meina at dette har gjort at han er meir trygg. Han veit frå tidlegare erfaringar at tryggleiken til pasienten er i fokus.

Klara beskriv viktigheita av at helsepersonell stiller opp. Blant anna at heimetenesta reiser på apoteket og hentar innlegg når ho mangla det, sidan ho ikkje har moglegheit til å reise sjølv. Ho uttrykk og at det må ha vore ein kommunikasjon mellom korttidsavdeling og heimetenesta, sidan alt var på plass. Noko av det viktigaste for Klara var at det var nokon som var der å møte henne når ho kom heim. Heimetenesta gjorde dette. *«Det betydde veldig mye for det følte tryggere for å si det sånn da fordi at det var noen her. At de kom akkurat når jeg var aleine her, for mannen min var jo ikke her»*. Ho seier og at oppfølging frå fysioterapeuten i ettertid var viktig. Det var viktig å ha nokon som kunne skyve ein framover, og at ein på late dagar har nokon til å pushe ein. Klara synast det einaste negative var at heimetenesta ikkje kunne hjelpe til med å handle mat, då ho ikkje klarar å gjere dette sjølv.

Sondre var ein av to som ikkje hadde oppfølging av heimetenesta når han kom heim. Han var i fysisk god form og såg lite problem med å reise heim. Han uttrykker likevel at det at fysioterapeuten kom heim på besøk nokon dagar etter han kom heim var positivt og ein tryggleik. Ein av grunnane til dette var at han opplevde fysioterapeuten som fagleg dyktig, og at det hjelpte han. *«Det var fint. Jeg gledet meg til hun skulle komme rett og slett, for hun var så.. ja hun kunne sine ting for å si det sånn»*. Han understrekar her at fagleg kunnskap er viktig og gjev tryggleik. Anna hadde heller ikkje oppfølging frå heimetenesta, ho beskriv på same måte som Sondre at fysioterapeuten var viktig. Ho hadde oppfølging frå fysioterapeuten inne på korttidsavdelinga og opplevde å få hjelp til å gjennomføre øvingane ho allereie hadde fått frå sjukehuset. Ho opplevde også at fysioterapeuten var behjelpeleg med vidare henvendelse til oppfølging hos fysioterapeut på privat institutt. I tillegg fortel ho at fysioterapeuten kom på heimebesøk og sjekka den opererte foten. Dette opplevde ho som ein tryggleik. Jostein fekk og oppfølging av fysioterapeut både på korttidsavdelinga og etter han kom heim. Han opplevde det som positivt og var glad for å få hjelp til å trene seg opp igjen.

Edith beskriv det som svært viktig at ho vart følgt opp av heimetenesta. Det var viktig å ha dei i ryggen, og også viktig at dei er venlege og tar seg tid når dei kjem. *«Åsså alle sammen, det bruker jo å være non du ikke liker, men det kan jeg ikke si om dom vi har i kommunen her. Dom er alletiders allesammen»*. Edith beskreiv det som ein tryggleik at ho kan ta kontakt og veit at dersom det skjer noko so er det ein plass å dra *«(..)vi måtte vere sjeleglade som har*

dette i bygda, og vite at detta står der i tilfelle du ikkje greier deg hjemme». Plassen ho siktar til er korttidsavdelinga i kommunen.

Jørgen uttrykker at han ikkje føler seg utrygg. Grunnen til dette er at han har «*muligheten til å kalle på dem hvis det var noe*». Han var veldig positiv til oppfølginga frå helsepersonell, og seier at ein av grunnane var at dei viste so mykje omsorg. Han seier at dei har «*hjertet utenpå frakken*» og beskriver dette med at dei gjer det dei kan for at ting skal bli betre. Fredrik meina og at denne tryggleiken om å kunne få reise inn igjen var viktig, det at han fortsett kunne ha kontakt med avdelinga dersom det var behov. Det roa han og gjorde overgangen mjukare.

Oppsummert ser ein at fagleg dyktigheit og det at ein fylgde opp avtalar og planar var viktig. Fysioterapeuten si oppfølging spesielt etter heimreise vart også trekt fram som viktig med tanke på vidare rehabilitering. Omsorga helsepersonellet viste og det å ha nokon å kontakte dersom det var noko var trygt, samt kjennskap til korttidsavdelinga og vissheita om at det var mogleg å komme tilbake dit dersom det ikkje fungerte heime. Ein måte å kontakte helsepersonell på er gjennom tryggleiksalarm.

4.5 Trygg i eigen heim

Det var fleire ulike faktorar som vart dregne fram med tanke på å føle seg trygg i eigen heim, samt å bli forberedt på dette. Ein av faktorane som vart drege fram var fysisk tilrettelegging i heimen, gjennom blant anna hjelpemiddel. Nokon av informantane hadde allereie hjelpemiddel i heimen, men fekk auka behov etter opphaldet på korttidsavdelinga. Gudbrand beskriv endringa i dei fysiske omgjevnadane i heimen som viktig, og oppfølginga frå ergoterapeut med tanke på kartlegging av bustad spesielt. Han beskriv desse endringane som det viktigaste i overgangen heim. Det var viktig at han fekk informasjon og var sikker på at ting var på plass slik at han ville klare å gjere mest mogleg sjølv i kvardagen.

I prosessen det viktigste var egentlig at alt var tilrettelagt med at jeg hadde den stanga for eksempel på senga og likedann at det var tilrettelagt at jeg kunne komme med rullestol inn på bad, at jeg kunne forflytte meg på egenhånd selv.

Han viser her til ei stang som står ved sidan av senga slik at han kjem seg ut og inn av senga sjølv, samt terskeleliminatorar som gjer at han kjem seg rundt i bustaden med rullestol. Han

nemner også ventetid som eit viktig punkt, det var viktig for han at han slapp å vente på hjelpemidla. Samt at når han måtte vente, så fekk han informasjon om det.

Hans sa at han såg på tilrettelegginga i heimen som noko av det viktigaste i prosessen. Han hadde også fått ei stang ved senga og det var tilrettelagt med terskeleliminatorar, samt at han hadde fått låne ein rullestol. Bakgrunnen for at tilrettelegginga var so viktig for han var at han dermed kunne vere mest mogleg sjølvstendig, i staden for å måtte få hjelp til å flytte seg rundt i huset. Spesielt det at han kom seg inn på badet og kunne stelle seg sjølv på morgonen var viktig. Han beskriv at han brukar lengre tid på badet enn han har gjort tidlegare, men at det viktigaste for han er å bli sjølvhjelp.

Olga hadde fått på plass rullator i heimen til ho kom heim, men ho visste ikkje at den var der eller kven som hadde ordna det. Ho var likevel fornøgd med det *«det synst jeg var fint. For jeg var jo.. jeg følte meg jo tryggere når jeg gikk med rullator da vet du»*. Ho fortel at det hadde vore nokon å sett på huset hinna før ho reiste heim, men ho var ikkje sjølv med på dette. Dottera var med, og det vart flytt på møblar slik at ho skulle ha betre plass, samt at dei hadde flytta senga. Dette gjorde at ho betre kunne klare seg sjølv når ho kom heim igjen.

Fredrik var aktivt deltakande i arbeidet rundt behovet for hjelpemiddel i heimen. Alt vart gått igjennom saman med fysioterapeut og ergoterapeut. Han opplevde det som ein viktig førebuing for heimreise, sjølv om han ikkje enda opp med store tilretteleggingar i heimen. Han flytta senga til eit anna rom, samt at han fekk med seg ein preikestol heim. Det var likevel viktig for han å ha gått igjennom behova saman med ergoterapeut og at han sjølv fekk vere deltakande i dette.

Tryggleiksalarman var en viktig tilrettelegging for fleire. Dei beskriv alarman som en tryggleik og ein måte å få tak i nokon viss ein trenger hjelp. Hans seier *«En ting som var veldig viktig var at den trygghetsalarman, at jeg fikk inn den. Det var nok kanskje det viktigste. Da ble jeg mer trygg selv og, og samtidig som unga mine var litt redd for meg»*. Jostein seier at han er for gammal til å vere mørkredd lenger og har ingen vanskar med å bu åleine, men at tryggleiksalarman likevel var ei trygging. Då veit han at han berre kan trykke på den viss det skulle skje noko. Jørgen seier også at han generelt ikkje føler seg utrygg, og at grunnen til dette er at han har *«muligheten til å kalle på dem viss det var noe»*. Klara hadde tryggleiksalarm frå før, men fortel at ho har brukt den ein gong etter ho kom heim frå korttidsavdelinga. Ho opplev det også som ein tryggleik. Om heimkomsten sin, beskriv ho det slik *«Eg føler meg trygg og jeg er fornøyd. Jeg gleder meg til mannen min kommer hjem, det*

blir det beste av alt». Tryggleiken med å enkelt og raskt få kontakt med helsepersonell er viktig.

Til saman ser ein at tilrettelegging er viktig for at dei eldre skal føle seg trygge i heimen. Dette gjeld fysisk tilrettelegging ved hjelp av hjelpemiddel som stang ved seng, rullator, rullestol og terskeleliminatorar, men det som trer fram som mest sentralt er tryggleiksalarm.

5.0 DISKUSJON

Ein kan gjennom funna sjå at det er fleire ulike punkt som var viktige for dei eldre. På bakgrunn av dette har det blitt tatt eit analytisk val om å dele diskusjonen opp i fire ulike moment. Desse momenta er tryggleik, medverknad, støtte frå omgjevnadane og samarbeidande praksis. Eg vil gjennom desse momenta forsøke å belyse kva som var viktige for dei eldre i overgangen frå korttidsavdeling til eigen heim. Funna vil bli drøfta i lys av teorien som vart presentert i teoridelen i kapittel 2 og tidlegare forskning i kapittel 1.

5.1 Tryggleik

Tryggleik som konsekvens av førebuing er sentralt for dei eldre. Rydeman & Törnkvist (2010) si studie fant at hovudbekymringa hos pasient og pårørande var det å føle seg forberedt på livet heime og korleis dei skulle klare seg. Det kjem tydeleg fram i min studie at dei eldre vart trygga av mange fleire faktorar inne på korttidsavdelingane enn dei vart heime. Mellom anna var det sentralt at det var helsepersonell til stades heile døgnet. Sjølv om ønskje om å reise heim var stort, vart det og beskrive ei kjensle av utryggleik i tanken på å reise heim frå ei trygg sfære på korttidsavdelinga. Tryggleiken kom ikkje endeleg på plass før dei kom heim og opplevde at ting gjekk bra og at oppfølginga vart slik dei hadde blitt lova. Det var viktig å bli trygga på at alt var i orden og at dei ville bli fylgt opp heime, og at dette faktisk vart bekrefte ved heimkomst.

Fysisk funksjon gjev tryggleik i heimen, og heimen gjev rom for betra funksjon. Cartier (2015) har i sin teori satt fokus på «stad» og «rom», og viktigheita av komfortable og trygge stadar der helseteneste kan ytast med ønska resultat. Ho framhevar også at endringane i kroppen har potensial til å endre personar sitt syn på stad (Cartier, 2003). Dette kan sjåast i samanheng med heimen som omgjevnadane til informantane i mi studie, etter dei har vore på avdelinga. Dei aller fleste reiste heim med eit anna funksjonsnivå enn dei hadde tidlegare. Sjølv om dei tidlegare har sett på heimen som kjent og trygg, kan endringar i funksjonsnivå også endre synet på heimen som ein trygg plass. I mi undersøking framheva enkelte av dei intervjua at dei var klare for å reise heim, fordi funksjonen hadde blitt betre. Solvang (2019, kap.7) framhevar at ein for å kunne ivareta behova i kvardagen er avhengig av fokuset på aktivitet. Han viser her til kvardagsrehabilitering som er sentrert rundt gjenvinning av funksjon heime i kvardagen. Krohne & Bergland (2012) trekk også fram fokus på brukarens

eigne ressursar som sentralt i vellykka aldring. I mi studie såg enkelte at dei hadde meir å hente på å treninga heime, gjennom mellom anna daglege gjeremål i heimen. Dette kan settast i samanheng med Cartier (2003) sitt fokus på stad for å ta imot helseteneste. Den rette staden har kanskje til no vore korttidsavdeling i kommunen, men sidan funksjonen er endra kan det også endre synet på kva den rette staden for naudsynt helseteneste. Kanskje er denne staden no eigen heim. Det kan tenkast at når pasienten sjølv kjenner på dette, påverkar dette også overgangen ved at dei er klare og trygge. Cartier (2003) skriv at det å reise heim gjev ein en tanke om velvære og restitusjon. Ho skriv også at det å ikkje vere på institusjon, fører til at ein slepp institusjonelle ubehag og mangel på privatliv (Cartier, 2003). Dette kan også ligge til grunnlag for at informantane i min studie gler seg til å reise heim. Beskrivinga av dette i funndelen omhandlar nettopp det å kunne sitje heime på sin velkjende plass utan å vere nøydd til å ta omsyn til andre, og korleis dette opplevast som fint. Samtidig som informantane ønska å reise heim var det viktig for fleire av dei å vete at dei fortsett ville få oppfølging i heimen og at heimen var tilrettelagt deira fysiske føresetnadar. Det er viktig for dei eldre at dei føler seg fysisk klare for å reise heim. For når dei er det, er heimen ein trygg arena for treninga for å bli betre.

Tilrettelegging gjev moglegheit for sjølvstende og tryggleik i eigen heim. Oswald & Wahl (2005) framhevar at heimen blir meir viktig ettersom ein blir eldre, og at ein av grunnane til dette er at handlingsområdet blir mindre ettersom den fysiske funksjonen blir dårlegare. Dei skriv også at heimen kompensera for reduksjon i funksjon. Med dette meinast at ein i eigen heim finn måtar å tilpasse seg ein ueigna bustad, samt at det er nødvendig med fysiske endringar i bustaden. Her kjem tilrettelegging inn som eit viktig tiltak, og tilgang til hjelpemiddel og tryggleiksalarm er mellom verkemidla som blir trekt fram i mi studie. Det gjev ei kjensle av tryggleik at ein kan kontakte nokon dersom det skjer noko, og dei fleste opplever tryggleik knytt til kontakt gjennom ein tryggleiksalarm. Det er tillit til at tryggleiksalarm som hjelpemiddel vil gje dei kontakt med helsepersonell dersom det skulle vere nødvendig. Ganghjelpemiddel som preikestol og rullator, samt rullestol blir og trekt fram som sentrale hjelpemiddel for tryggleik for å unngå å falle. I tillegg gjev det større moglegheit for sjølvstende i kvardagen. Dette gjeld og hjelpemiddel som installerast i dei fysiske omgjevnadane. Eksempel som her blir tatt opp i funna er spesielt terskeleliminatorar som mogleggjer forflytning rundt i heimen med hjelpemiddel, og støttestang som mogleggjer sjølvstendig forflytning mellom anna inn og ut av seng. Dette kan sjåast i samanheng med det Cameron & Kurrle (2002) skriv om at møblering burde understøtte sjølvstende. Dei nemner

høgde på seng og toalettsete som ein eksempel på dette. Hartviksen (2017) trekker fram kvardagsrehabilitering som viktig med tanke på å styrke brukaren sine meistringsevne gjennom trening og tilrettelegging. I mi studie blir tilrettelegging gjennom hjelpemiddel drege fram som viktig med tanke på sjølvstende i kvardagen. Oppsummert ser ein at betra funksjon gjev ønskje om å reise heim, men at i den kroppslege endringa som forbetringa er, ligg ei kime til utryggleik. Då er det viktig med tilrettelegging i bustad for å minske gapet mellom funksjon og føresetnadane i omgjevnadane. Ein ser også at ein må oppleve å komme heim og sjølv kjenne at ting fungera før ein verkeleg kan føle seg trygg i eigen heim.

5.2. Medverknad

Førebuing for heimkomst er ein viktig del av medverknaden til pasienten. Ørstavik (2002) trekk fram aktiv deltaking i sin eigen situasjon som sentralt i brukarperspektivet. Perry et.al. (2011) sin studie ser spesifikt på overgangen frå sjukehus til heim, men det kan likevel trekkast fram nokon felles faktorar med tanke på overgang og eldre. I deira studie var det kunn ein av pasientane som kunne informere om at dei var aktivt deltakande i utskrivingsprosessen, men alle såg likevel fram til å komme heim. Dette fell saman med funna i mi undersøking. Det kom tydeleg fram at alle gleda seg til å komme heim, sjølv om dei ikkje nødvendigvis var veldig deltakande i prosessen. Perry et.al. (2011) fant også at pasientane som vart utskrivne frå sjukehuset ikkje var klar over at det var ein formell plan for utskrivning eller at det var eit pasientforløp, og dei visste då heller ikkje innhaldet i denne planen. Til tross for at kunn ein var aktiv i utskrivingsprosessen, sa dei fleste deltakarane at dei stolte på systemet (Perry et al., 2011). Sett i samanlikning med mi studie, kan ein derfor tenke at pasientane hadde tillit til systemet fordi dei stolte på helsepersonellet som var nærmast dei, og som gav dei informasjon. I Rydeman & Törnkvist (2010) si undersøking fant dei at viktige faktorar for at pasientane skulle bli forberedt på heimreise var mellom anna planlegging. Dyrstad, Testad et.al (2015) fant at helsepersonell burde legge til rette for at pasienten vart sett i sentrum i overgangar, dette ved å lytte til og støtte pasienten. Det vart også understreka at helsepersonell må ha opplæring for å kunne gjennomføre denne involveringa av pasienten (Dyrstad, Testad, et al., 2015). I mi studie fant eg at tidleg informasjon om heimereisetidspunkt etter at tidspunktet vart bestemt gjorde at informantane fekk forberedt seg betre, noko som var viktig. Mangel på kunnskap og kjennskap til korleis ting vart gjort etter heimreise vart ei bekymring. På bakgrunn av dette kan ein sei at ein viktig del av medverknad

for dei eldre er å få informasjon som førebur dei på heimreise, og at dette gjev ein tillit til systemet.

Gjennom målsetting kan brukaren oppnå ei større grad av medverknad i overgangen heim. Cameron & Kurrle (2002) skriv at spesifikke mål er viktig når det kjem til rehabilitering og eldre, og det er viktig at brukar sjølv er inkludert i desse. Vidare skriv dei at det er nødvendig at brukaren skrivast ut frå rehabilitering når måla deira er nådd. Dette kan sjåast i samanheng med det som blir drege fram i mi studie, at brukarane sjølv ikkje følte dei kom lenger med rehabiliteringa inne på avdelinga og derfor søkte nye utfordringar i eigen heim. Det var ikkje alle informantane i mi studie som hadde sett seg mål for rehabiliteringa på korttidsavdelinga. Målsetting er viktig for å styre prosessen, måla skal vere knytt opp mot brukarens kvardag og livsorientering (Solvang, 2019, kap.2). I mi studie kom det fram at nokon av brukarane sjølv sette seg ulike mål, uavhengig av vegleing frå helsepersonell. Helsepersonell støtta oppunder målsetting og arbeid mot desse på ein positiv måte. Hammell (2006, kap.8) trekk fram at kommunikasjon er sentralt for at brukaren sine mål samsvarar med intervensjonen frå terapeutar. Det som gjekk igjen som målsetting i mi studie, var fysisk betring med mål om mest mogleg sjølvstende i kvardagen. Ønskje om sjølvstende kan knytast opp mot det Cameron & Kurrle (2002) skriv at målet med rehabilitering og eldre er mest mogleg i ADL-aktivitetar. Samtidig kan det knytast mot det Hammell (2006, kap.8) skriv om at det ofte frå helsepersonell si side blir prioritert å trene på sjølvstende innan personleg pleie, men at ønskje frå brukarane er å heller nytte energi på aktivitetar som har verdi for dei sjølve. I mi studie er dei informantane som snakkar om målsetting tydelege på at ønskje om sjølvstendigheit i kvardagen er høgt. Kva dei vidare ønskjer å nytte til dømes auka sjølvstende eller auka gangfunksjon til er individuelt. På bakgrunn av dette kan ein seie at målsetting er viktig i rehabilitering hos eldre og at det kan påverke kor klare dei føler dei er til å reise heim. Det er viktig at det er fokus på målsetting og at dei eldre sjølv er med på å bestemme desse målsettingane.

Eit ønskje om å reise heim treng ikkje bety at brukaren nødvendigvis er klare for det. Wiles et al. (2012) skriv at eldre menneskjer ønskjer val om kvar og korleis dei skal bli eldre i eigen heim. Ønskje om å vere i eigen heim kan relaterast til ei kjensle av sjølvstende og autonomi (Wiles et al., 2012). Med dette meinast det at dei ønskjer å vere deltakande i egne val. På den andre sia fant Dyrstad et.al (2015), i likskap med mine funn, at eldre ofte ikkje er inkludert

eller deltakande i diskusjonar rundt utskrivning. I motsetning til Dyrstad et.al (2015) si studie der det vart konkludert med at dei eldre følte dei ikkje vart høyrte, følte informantane i mi studie derimot at dei vart det. Ein ser her at dei som vart intervjuet i både mi og andre sine studie i liten grad er involvert i sjølve prosessen. Det er mogleg informantane i mi forskning hadde ønska å vere meir deltakande i prosessen dersom dei var meir informert om kva som vart fastsett utan dei. Andreassen (2008) understrekar at det er nødvendig for resultatet til rehabiliteringa at den skadde deltek aktivt. Wade (2016) seier også noko om at det må erkjennast, også av pasienten sjølv, at det er dei sjølve som må ta den største delen av rehabiliteringa. Forskinga seier at det er viktig at eldre blir inkludera, men at det er usikkert om dei er klar over kor lite eller mykje inkluderte dei er. Oppsummert ser ein at dei eldre i liten grad blir involvert i overgangen, men at det likevel er ein tillit til prosessen. Det er viktig for dei eldre å bli høyrte og informert om prosessen rundt heimreise og korleis ting blir når dei skal heim. Dette er sentrale faktorar med tanke på medverknad.

5.3 Støtte frå omgjevnadane

Nærvær og oppfølging av pårørande og andre omsorgspersonar sto fram som ein viktigare faktor enn ein kanskje hadde forventa i starten av prosessen med studiet. Dette gjaldt ikkje berre familie, men også naboar, vener og andre omsorgspersonar. Krohne & Bergland (2012) understøttar at pårørande er ein viktig faktor for god aldring. Alle informantane i min studie hadde hjelp frå omsorgspersonar som dei omtalar som nødvendig, men det varierte i kva grad dei ulike fekk hjelp. Fleire beskriv og at dei hadde hatt auka behov for omsorgstenester om det ikkje var for omsorgspersonane i nærleiken. Pårørande og andre omsorgspersonar vart også sett på som førebyggjande med blick på kjensla av einsemd. Dette kan knytast opp mot det Krohn & Bergland (2012, p.236) skriv om at familie og vener er ein viktig sosial omgjevnad for god alderdom, betring etter sjukdom/skade og betra ADL-funksjon. Bøckmann et.al (2015) framstill pårørande som deltakarar med ulike roller, og at rolla vil påverke samhandling med helse og omsorgspersonell. I mi studie hadde pårørande roller som blant anna ektefeller og nærmaste naboar. Dei hjelpte til med fleire ulike gjeremål i kvardagen. Det varierte kor mykje kontakt dei pårørande hadde med helsetenesta. Nokon av informantane hadde også i tillegg til sin eigen situasjon, ei pårøranderolle ovanfor sine ektefellar. Dette ansvaret kan bli beskrive som tyngande, spesielt i den situasjonen dei var i. Oppsummert ser ein at støtte frå dei sosiale omgjevnadane, både praktisk og psykisk, er viktig for dei eldre i

overgangen. Dei fleste fekk denne støtta av næraste familie, men også naboar og vener vart nemnt som viktige omsorgspersonar.

Pårørande kan trekkast fram som både ein ressurs og ei avgrensing. Fleire av informantane i min studie fortalte at dei fekk meir hjelp av pårørande enn dei trengde, og at dette påverka sjølvstende deira. Pårørande har ei viktig rolle med å gje hjelp, men det er også ei utfordring med å gjere seg avhengig av denne hjelpa. Dette gjeld kanskje spesielt dei som fortsett har potensiale for rehabilitering, der det enda er tenkt at funksjonen og sjølvstenda skal auke. Ein kan sette dette i samband med teori om kvardagsrehabilitering, der fokuset er på tilrettelegging og trening for å styrke meistringsevne, i staden for kompenserande tiltak (Hartviksen, 2017). Dersom pårørande hjelp til meir enn nødvendig, vil det kunne vere vanskeleg å sette i gang til dømes slike tiltak med kvardagsrehabilitering. Her vil kommunikasjon og avklaring saman med pårørande vere viktig for eit ønska resultat (Hartviksen, 2017). Gitlin & Piersol (2016) presenterer involvering av pårørande som både positivt og som ei utfordring. Utfordringane kan vere konflikhtar og dårlege familieforhold som kan forstyrre deltakinga i aktiv helsehjelp i heimen (Gitlin & Piersol, 2016). Den sistnemnde problemstillinga kom ikkje fram som ei utfordring i mi studie. Det som var tydeleg i min studie var at det var viktig for dei aller fleste informantane å bli mest mogleg sjølvstendige, samtidig som dei var klar over at dei fekk meir hjelp av pårørande enn dei trengte. Ein får her ei anna type konflikt med tanke på betringprosessen. Oppsummert ser ein at pårørande og andre omsorgspersonar er viktige med tanke på førebygning av einsemd. Det synast også at nærvær av pårørande kan vere positivt med tanke på betring etter sjukdom og skade, men at dette kjem ann på mange ulike faktorar. I tillegg til å vere ein ressurs kan dårlege familieforhold eller for hjelpsame pårørande påverke forbetringprosessen negativt.

Involvering av pårørande er sentralt i overgangen. Fleire av informantane i min studie var usikre på om pårørande hadde vore involvert i dialogen rundt heimreise. Det vart også nemnt at heimreisa ville vore tidlegare dersom pårørande ikkje hadde protestert på dette. Det kan derfor tenkast at det er fleire av dei intervjua sine pårørande som har vore involvert i heimreise, og har hatt moglegheit til å påverke utreisedato utan at dette kom fram som tema i intervjua. Dyrstad, Laugaland et.al (2015) sine funn seier også noko om at pårørande var viktige talspersonar for pasientane og hjelpte til med praktisk støtte. Det kom også fram i Perry et.al (2011) si undersøking at pårørande hadde ei viktig rolle for at dei kunne reise heim og føle seg trygge, og at enkelte av pårørande var der heile døgnet. Dei intervjua i denne undersøkinga uttrykte og at dei ikkje kunne reist heim utan denne hjelpa og at det kravde

mykje både tid og økonomisk av pårørande med jobb og andre gjeremål i tillegg. Det var interessant at sjølv om deltakarane ikkje vart involverte eller fekk informasjon om kor lenge dei måtte vente på å gå tilbake til vanleg aktivitet, var positive til heimreisa (Perry et al., 2011). I likskap med Perry et.al. (2011) sin studie sa informantane i mi studie at dei var positive til heimreise, samt at fleire også uttrykte at dei var avhengig av hjelp frå dei nærmaste. Dette seier noko om ønskje om tilknytninga til og viktigheita av eigen heim, men også noko om kva pårørande faktisk bidrar med av tryggleik i desse situasjonane.

Trygging av pårørande var og eit element som kom fram i intervju, men som informantane i min studie fortel at ikkje alltid vart ivareteke av helsepersonell. Ifølge Bøckmann & Kjellevold (2015, kap.1) blir pårørande i betre stand til å gje støtte dersom helsepersonell deler kunnskap og gjev omsorg til dei. Det at pårørande blir høyrte og tatt på alvor er viktig. Som nemnd var informantane i mi studie usikre på om pårørande hadde vore i kontakt med helsepersonell med tanke på overgangen heim, men dei uttrykte at dei trudde det var liten grad av involvering av pårørande. Dei seier også at meir informasjon potensielt hadde gjort denne overgangen tryggare, mest for pårørande sin eigen del. Der pårørande vart inkludert, var det av brukarane nettopp beskrive som ein tryggleik for dei alle. Tryggleik som mål trer tydeleg fram. Informantane i min studie som hadde pårørande heime beskrev dette som ein viktig føresetnad for tryggleik, i tillegg til at det gjorde einsemda mindre. Pårørande i nærleiken geografisk var og ein viktig faktor. Ein ser her at pårørande i tillegg til å vere bidragsytarar, også sjølv treng støtte og informasjon. Dette er også viktig for dei eldre, då det er ein føresetnad for at dei pårørande skal kunne støtte dei eldre.

5.4 Samarbeidande praksis

I teoridelen er det beskrive korleis ein dei siste tiåra har jobba for å gje pasienten ei meir aktiv rolle i rehabilitering og i eige pasientforløp (Hagland & Solvang, 2017). Vidare at skiftet frå tverrprofesjonell praksis til samarbeidande praksis gjer at ein ikkje berre involvera ulike profesjonar, men også varetek medverknad frå medarbeidarar utan autorisasjon, brukarar, pårørande og lokalsamfunnet (Barr et al., 2016). Dialogen mellom ulike helsepersonell, informantane og pårørande var eit gjennomgåande tema i mi studie. På denne måten kan ein trekke både tryggleik, medverknad og støtte frå omgjevnadane inn i omgrepet samarbeidande praksis.

Samhandling mellom helsepersonell og brukar er ein viktig del av overgangen heim. Gitlin & Piersol (2016) skriv at den terapeutiske alliansen er viktig for å fremme motivasjon. Bordin (1979) skriv og at det kjenslemessige bandet mellom pasient og terapeut er viktig for å oppnå ein god allianse. Brukarane i mi undersøking gjev inntrykk av å ha tillit og godt samarbeid med spesielt pleiarane på korttidsavdelinga. Dei opplevde også samhandlinga med fysioterapeut under opphaldet og etter heimreise som positiv. I enkelte av intervjuja fekk vart det gjeve inntrykk av at sidan personalet på avdelinga meinte dei kunne reise heim, so var dette truleg det rette å gjere. Dette viser ei tillit til autoritetar og fagleg kompetanse. Fagleg kompetanse hos helsepersonell var noko som informantane trakk fram som viktig i min studie. I tillegg kan denne tryggheta om at dei er klare for å reise heim sjåast på som ein viktig ting å kommunisere, for å gjere brukarane trygge på at dei er friske nok til å reise heim. Det stiller krav til helsepersonell på avdelinga om å gjere gode vurderingar før dei sender brukarane heim til ein annan situasjon, eller anbefaler dei dette. Det stiller og krav til at ein har god kjennskap til korleis heimen er og korleis føresetningane for at brukaren skal klare seg heime. Dette samsvarar med Gitlin & Piersol (2016) si beskriving av korleis omsorg i heimen gjev informasjon om barrierar i miljøet. Her kjem heimetenesta inn som ei viktig brikke fordi dei gjev omsorgstenester i heimen, og på denne måten kjem i posisjon til å kunne kartlegge og observere behov der. Samhandlinga med helsepersonell er viktig for dei eldre, det gjev tryggleik før heimkomst, i overgangen heim og etter dei har kome heim.

Kommunikasjon mellom ulike helseprofesjonar, samt kollegiale relasjonar er også sentralt i samarbeidande praksis (Barr et al., 2016). Toscan et.al. (2012) fant at forvirring med kommunikasjon om omsorg var ein negativ faktor i overgangsomsorg for eldre. Det same gjaldt uklare roller og ansvar, noko som er ei sentral utfordring for informasjonsflyten. Barr et.al (2016) skriv at samarbeidande praksis inkludera brukarmedverknad. Fleire av informantane i mi studie sa at dei ikkje visste om det var kommunikasjon mellom korttidsavdelinga og heimetenesta. Det var kunn ein av dei intervjuja som opplevde å ha kjennskap til kommunikasjonen mellom avdelinga og heimetenesta. Dette var same person som hadde møte med avdelingsleiar. Han opplevde denne kommunikasjonen som ein tryggleik for seg sjølv. Dei fleste hadde ikkje kjennskap til om det var kommunikasjon mellom heimetenesta og korttidsavdelinga, men det vart uttrykt at det måtte vere det sidan alt var i orden. Det at ting var på plass og vart som planlagt og førespegla var viktig. Det var sentralt for brukarane at det var kommunikasjon både mellom korttidsavdelinga og heimetenesta, samt innan heimetenesta. Ein ser her at det er viktig for brukarane at ting er på

plass, men at kommunikasjonen som skjer mellom helsepersonell ikkje nødvendigvis er tydeleg for brukarane. På bakgrunn av dette er det logisk å tenke at fungerande kommunikasjon mellom korttidsavdelinga, heimetenesta og andre profesjonar er viktig for dei eldre, fordi det er sentralt for at alt skal vere på plass som avtalt når dei kjem heim. Med tanke på samarbeidande praksis er det ein svakheit at brukaren ikkje er informert eller deltakande i dialogen som føregår mellom dei ulike tenestene i kommunen, då brukarmedverknaden her er låg.

For å få til ei velfungerande samhandling er fagkunnskap og kommunikasjonskompetanse viktig. Denne kunnskapen hos helsepersonell påverkar dei eldre i overgangen heim. I Rydeman & Törnkvist (2010) si undersøking fant dei at ein viktig faktor for at pasientane skulle bli forberedt på heimreise var blant anna kvalitet i pleie og medisinerer. Det var og sentralt at helseprofesjonelle hadde gode forberedingsferdigheitar. Med dette meinte ein at ein gjennom vegleiing tilfredsstilte dei individuelle behova i utskrivingsprosessen (Rydeman & Törnkvist, 2010). Mi studie viser at fagleg dyktigheit og det å følgje plan, mellom anna sårplan, vart trekt fram som viktig. Fleire informantar i min studie såg det også som viktig at dersom noko gjekk gale, so kjente dei til korttidsavdelinga og visste at dei kunne komme tilbake dit. Det vart sett på som ein kjent stad med kjent personell, som dei etter opphaldet hadde fått erfaring med at dei der fekk den hjelpa dei trengde. Fleire hadde også endra inntrykk av korttidsavdelingane. Tidlegare vart det sett på som ein sjukeheim der dei eldre reiste for å dø, men etter dei hadde vore innlagt og opplevd å få hjelp der, endra fleire meining om dette. Omsorga til helsepersonell både på korttidsavdelinga og i heimetenesta vart teke fram som viktig. I denne samanheng kan ein reflektere omkring kva dei intervjuar legg i omgrepet omsorg, då det i ein slik utsett situasjon kan vere fleire element som fell innunder omgrepet. Mellom anna er det nærliggande å tru at den kompetanse og erfaring eit helsepersonell innehar er vesentleg i den tryggleikskjensla som brukaren opplev. Oppsummert ser ein at fagkunnskap og omsorg er sentralt. Det er også viktig for eldre å vite at ein er sikker på å få hjelp om ein kontaktar nokon, og at dei veit korleis slik kontakt blir oppretta. Dei eldre har tillit til helsepersonell og deira kunnskap, informasjon og anbefalingar, noko som påverkar overgangen for dei. Det er logisk å tenke at det er viktig for ein fungerande samarbeidande praksis at dei helseprofesjonelle bidrar inn i samarbeidet med fagleg kunnskap.

Oppfølging etter heimkomst påverka overgangen for dei eldre. I mi studie hadde dei aller fleste oppfølging av heimetenesta etter heimreise. Fleire av dei tidlegare undersøkingane har

sett på nettopp dette med oppfølging etter heimkomst. Rydeman & Törnkvist (2010) fant at dei intervjuva var bekymra for kven dei skulle kontakte dersom dei trengte hjelp når dei kom heim. Perry et.al (2011) la fram at fleire var usikre på kor mykje dei skulle presse kroppen etter operasjon og at oppfølginga var mangelfull. Coleman (2004) sine funn viser at sikkerheita til pasienten blir trua i overgangar og at fleire ikkje skjønner viktige vidare steg i deira helsetilstand og klarer ikkje å kontakte riktig helsepersonell for vegleing. Nettopp oppfølging vart sett på som viktig hos informantane i min studie, både oppfølging frå fysioterapeut og frå heimetenesta. Dei som allereie hadde oppfølging hadde nokon å spørje når dei kom heim igjen. Det var likevel nokon som ikkje hadde dagleg kontakt med helsepersonell etter heimkomst, og det vart nemnt at det skulle vore ein kontaktperson å forhalde seg til og å rette spørsmål til. Dette er også noko fleire av dei tidlegare forskingsartiklane har sett på. Coleman et.al (2004) fant at der ein sjukepleiar leiar overgangen frå sjukehus til heim, vart det færre reinnleggingar. Seinare fant dei at når det var ein enkelt ressurs som leia overgangen, var det sikra at behova til pasienten vart møtt i ein sårbar periode (Coleman et al., 2006). McKeown (2007) såg at det var nyttig for pasientane å få hjelp til å identifisere behov, men at det å ha ein person som leia overgangen ikkje dekkja alle behov som pasienten hadde. Ein ser her at oppfølging etter heimkomst er viktig. Behovet variera i grad, men det er viktig å tenke på dette spesielt for dei som ikkje skal ha oppfølging av heimetenesta. Med tanke på samarbeidande praksis vil pårørande i mange situasjonar ha ein meir sentral plass når brukarane kjem heim, dette stiller krav til fortsett samhandling under og etter heimkomst mellom dei ulike relasjonane som inngår i samarbeidande praksis.

Diskusjonen oppsummert ser ein at det er viktig for dei eldre å bli førebudd og få informasjon om heimreise. Det er og viktig for dei å ha hatt ei betring i fysisk funksjon, samt vissheita om at heimen er tilrettelagt for deira funksjonsevne. Eigne målsettingar gjer at fleire føler seg klare til vidare rehabilitering i heimen. Dette til saman skapar tryggleik i overgangen for dei eldre. Det variera i kor stor grad dei eldre er bevisste på medverknad, men det er tydeleg viktig for dei eldre at dei blir høyrte av helsepersonell, samt igjen at informasjon blir gjeve både når dei ikkje spør om det og når dei lurar på noko. Støtte frå pårørande og andre omsorgspersonar trer fram som viktig for dei eldre. Støtta gjeld både praktiske gjeremål, men og sosial støtte som førebygg einsemd. Dei opplev at dei er avhengig av hjelpa og støtta frå omgjevnadane, men opplev samtidig at det kan påverke forbetningsprosessen i form av at dei får hjelp til ting dei kunne klart sjølve. I tillegg til å vere ei støtte for sine eldre, er det tydeleg at pårørande også treng informasjon og støtte for å kunne vere bidragsytarar. På denne måten

blir støtte av pårørende gjennom samhandling også viktig for dei eldre. Samhandling gjennom samarbeidande praksis er tatt opp som siste tema. Også her er pårørende sentrale medverkerar. Brukarmedverknad er ein sentral del av samarbeidande praksis. For dei eldre er god kommunikasjonen med helsepersonell viktig, då dette gjev dei ein tryggleik i overgangen heim. Vidare er kommunikasjon mellom helsepersonell ein føresetnad for at alt er som det skal når brukarane kjem heim, på denne måten er slik kommunikasjon viktig for dei eldre. I samarbeidande praksis er det viktig at profesjonar, like og ulike, samarbeida. Ein ser at dei eldre i liten grad er deltakande i overgangen heim og ikkje er klar over informasjonsflyten som skjer mellom tenestene. Dette seier noko om at samarbeidande praksis ikkje fungera tilfredsstillande. Kontakt med helsepersonell, eventuelt ein kontaktperson trer og fram som viktig i overgangen. Vissheit om at ein kan få kontakt med helsepersonell når ein har kome heim er viktig og det handlar både om direkte kontakt med heimetenesta, men også om akutt tilkalling gjennom tryggleiksalarm. Det er dette som gjennom funn, teori og tidlegare forskning har stått fram og blitt diskutert.

6.0 KONKLUSJON

I denne masteroppgåva har eg undersøkt kva som er viktig for eldre rehabiliteringsbrukarar i overgangen frå rehabilitering på kommunal korttidavdeling til eigen heim. For å utforske dette har eg brukt to ulike forskingsspørsmål. Desse er kva som gjer overgangen vanskeleg og kva som understøttar overgangen på ein god måte. I arbeidet med å studere dette har eg intervjuat ti eldre brukarar som har vore igjennom ein overgang frå korttidsavdeling til heim, samt at funna har blitt diskutert opp mot teori og tidlegare forskning.

Sentralt og gjennomgåande er ordet *tryggleik*, og forutsigbarheit er eit nøkkelord for å oppnå nettopp denne tryggleiken. Viktige element i overgangen for oppnå tryggleik er god informasjon på førehand av heimreise. Uvissheta om korleis ting blir når ein kjem heim gjer overgangen vanskeleg, mens visse om at oppfylging heime og tilrettelegging av bustad er i orden gjer overgangen lettare. *Medverknad* som følgje av god og tidleg informasjon gjev ein forutsigbarheit som er viktig for dei eldre i overgangen. Samtidig ser ein at betra funksjonsnivå ved til dømes rehabilitering etter sjukdom er viktig for at den eldre skal føle seg klar til å reise heim. Ein ser også at denne tryggleiken ikkje kunn gjeld tenestebukaren sjølv, men også dei pårørande. Tryggleik skapast ved at brukarane kan kontakte fagfolk når det trengs, og at dei veit korleis ein oppnår denne kontakta. Usikkerheita rundt kven ein skal kontakte skapar forvirring. Særleg for dei som ikkje har tenester i heimen, kan det vere nyttig med ein kontaktperson å førehalde seg til. *Pårørande* og deira ulike roller er ein annan nøkkelfaktor i overgangen. Det er viktig med omsorgspersonar i nærleiken både for oppfølging, tryggleik og førebygging av einsemd. Det er fleire som uttrykker at dei ikkje kunne reist heim eller budd heime utan pårørande, noko som indikera viktigheita av involvering av pårørande i denne overgangen. Sentralt er også omgrepet *samarbeidande praksis*. Under dette omgrepet inkludera ein både brukar, pårørande og andre omsorgspersonar i tillegg til ulike helseprofesjonar. For å tilfredsstille behovet for involvering av alle aktørar, er samarbeidande praksis og herunder samspelet mellom dei ulike rollane som tilsette på institusjon, heimetenesta, terapeutar, pårørande og brukaren sentralt. Dette samspelet er igjen viktig for kvaliteten på og opplevinga av overgangen heim frå institusjon. Oppsummert kan ein trekke fram *tryggleik*, *medverknad*, *pårørande* og *samarbeidande praksis* som viktig for eldre rehabiliteringsbrukarar i overgangen frå kommunal korttidsavdeling til heim. Sjølv om dette er dei fire mest framtrede faktorane i mi

undersøking betyr ikkje det at det i særskilde tilfelle ikkje er andre faktorar som trer fram som like viktige for oppleving og resultat av overgangen og rehabiliteringa.

Med tanke på vidare forskning seier arbeidet mitt noko om kva som er viktig for dei eldre i sjølve overgangen, men det ville vore interessant å undersøkje korleis ulik oppfølging i ettertid vil påverke rehabiliteringsløpet. Det er nyttig å forstå dei eldre sin situasjon, og pårørande har ei sentral rolle for dei eldre då dei er viktige kontaktpersonar i overgangen heim. I denne studien ser ein dette kunn frå brukarane si side. I lys av samarbeidande praksis ville det vore interessant og nyttig å intervjuje både dei eldre og deira pårørande om opplevinga av overgangen. Ein kunne til dømes intervjuja dei saman for å få fram ulike meiningar. I tillegg ville det vore nyttig å designe eit studie der ein også inkludera helseprofesjonelle og eventuelt andre viktige omsorgspersonar rundt brukaren. Ein moglegheit ville vore at fleire studentar i master i rehabilitering og habilitering samarbeida om å intervjuje dei ulike aktørane. På denne måten ville ein kunne samla inn meir data rundt same overgang og fått ei meir utfyllande empirisk undersøking.

7.0 LITTERATURLISTE

- Andreassen, T. A. (2008). Når pasienter blir brukere : en utfordring for ekspertisens posisjon i helsetjenesten. I K. Asdal & I. Moser (Red.), *Ekspertise og brukermakt* (s. 93-116). Oslo: Unipub AS.
- Andreassen, T. A. (2012). Brukerperspektiv. En annen kunnskap om rehabilitering. I P. K. Solvang & Å. Slettebø (Red.), *Rehabilitering: Individuelle prosesser, fagutvikling og samordning av tjenester* (1. utg., s. 179-192). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Barr, H., Helme, M. & D'Avray, L. (2016). Tverrprofesjonell utdanning innen helse- og sosialfag i Storbritannia. I E. Willumsen & A. Ødegård (Red.), *Tverrprofesjonelt samarbeid* (2. utg., s. 180-197). Oslo: Universitetsforlaget.
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 16(3), 252-260.
<https://doi.org/10.1037/h0085885>
- Breimo, J. P., Sandvin, J. T. & Lunde, B. V. (2014). Rehabilitering som felt. *Tidsskrift for velferdsforskning*, 17(3), 14-26.
- Breimo, J. P. & Thommesen, H. (2012). Koordinerende enhet som uttrykk for reformprosesser i offentlig forvaltning. I P. K. Solvang & Å. Slettebø (Red.), *Rehabilitering: Individuelle prosesser, fagutvikling og samordning av tjenester* (1. utg., s. 282-297). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Bøckmann, K. & Kjellevoid, A. (2015). *Pårørende i helse- og omsorgstjenesten : en klinisk og juridisk innføring* (2. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Cameron, I. D. & Kurrle, S. E. (2002). 1: Rehabilitation and older people. *Medical Journal of Australia*, 177(7), 387-391. <https://doi.org/10.5694/j.1326-5377.2002.tb04847.x>
- Cartier, C. (2003). From home to hospital and back again: economic restructuring, end of life, and the gendered problems of place-switching health services. *Social Science & Medicine*, 56(11), 2289-2301. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(02\)00228-9](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(02)00228-9)
- Coleman, E. A. & Berenson, R. A. (2004). Lost in transition: challenges and opportunities for improving the quality of transitional care. *Annals of internal medicine*, 141(7), 533-536. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-141-7-200410050-00009>
- Coleman, E. A. & Boulton, C. (2003). Improving the Quality of Transitional Care for Persons with Complex Care Needs. *Journal of the American Geriatrics Society*, 51(4), 556-557. <https://doi.org/10.1046/j.1532-5415.2003.511186.x>

- Coleman, E. A., Parry, C., Chalmers, S. & Min, S.-J. (2006). The Care Transitions Intervention: Results of a Randomized Controlled Trial. *Archives of Internal Medicine*, 166(17), 1822-1828. <https://doi.org/10.1001/archinte.166.17.1822>
- Dyrstad, D., Laugaland, K. & Storm, M. (2015). An observational study of older patients' participation in hospital admission and discharge – exploring patient and next of kin perspectives. *Journal of Clinical Nursing*, 24(11-12), 1693-1706. <https://doi.org/10.1111/jocn.12773>
- Dyrstad, D., Testad, I., Aase, K. & Storm, M. (2015). A review of the literature on patient participation in transitions of the elderly. *Cognition, Technology & Work*, 17(1), 15-34. <https://doi.org/10.1007/s10111-014-0300-4>
- Foster, L. & Walker, A. (2015). Active and Successful Aging: A European Policy Perspective. *The Gerontologist*, 55(1), 83-90. <https://doi.org/10.1093/geront/gnu028>
- Gitlin, L. N. & Piersol, C. V. (2016). Home: An evolving context for health care. I L. N. Gitlin & C. V. Piersol (Red.), *Occupational Therapy with Aging Adults* (s. 423-427). England: Elsevier Inc.
- Hagland, H. & Solvang, P. K. (2017). Kvalifisering til tverrprofesjonell praksis. I S. Mausethagen & J.-C. Smeby (Red.), *Kvalifisering til profesjonell yrkesutdøvelse*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Hammell, K. W. (2006). *Perspectives on disability & rehabilitation : contesting assumptions, challenging practice*. Edinburgh: Churchill Livingstone/Elsevier.
- Hartviksen, T. (2017). Hverdagsrehabilitering. I T. A. Hartviksen & B. M. Sjølie (Red.), *Hverdagsrehabilitering - kvalitetsforbedring i norske kommuner* (bd. 1, s. 17-43). Oslo: Cappelen damm akademiske
- Helse- og omsorgsdepartementet. (1998). *Ansvar og meistring - mot ein heilskapleg rehabiliteringspolitikk* (Meld. St. 21 (1998-1999)). Henta frå <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-21-1998-99-/id431037/?ch=1>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2009). *Samhandlingsreformen: rett behandling - på rett sted - til rett tid* (Meld. St. 47 (2008-2009)). Henta frå <https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm200820090047000dddpdfs.pdf>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2017). *Opptappingsplan for habilitering og rehabilitering*. Henta frå <https://www.regjeringen.no/contentassets/d64fc8298e1e400fb7d33511b34cb382/no/sved/opptappingsplanrehabilitering.pdf>

- Helse- og omsorgsdepartementet. (2018a). *Leve hele livet: En kvalitetsreform for eldre* (Meld.St.15(2017-2018)). Henta frå <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-15-20172018/id2599850/>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2018b). *Veileder om rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator*. Henta frå <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/rehabilitering-habilitering-individuell-plan-og-koordinator>
- Jakobsen, F. A. & Vik, K. (2019). Health professionals' perspectives of next of kin in the context of reablement. *Disability and Rehabilitation*, 41(16), 1882-1889. <https://doi.org/10.1080/09638288.2018.1450452>
- Johannessen, L. E. F., Rafoss, T. W. & Rasmussen, E. B. (2018). *Hvordan bruke teori? : nyttige verktøy i kvalitativ analyse*. Oslo: Universitetsforl.
- Krohne, K. & Bergland, A. (2012). Rehabilitering for en god alderdom. I P. K. Solvang & Å. Slettebø (Red.), *Rehabilitering - individuelle prosesser, fagutvikling og samordning av tjenester* (s. 232-244). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg., 2. oppl. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Leseth, A. B. & Tellmann, S. M. (2018). *Hvordan lese kvalitativ forskning?* (2. utg. utg.). Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- McKeown, F. (2007). The experiences of older people on discharge from hospital following assessment by the public health nurse. *Journal of Clinical Nursing*, 16(3), 469-476. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2006.01556.x>
- Morville, A.-L. (2012). Boligen som ramme om hverdagslivet. I I. Schrøder & K. S. Petersen (Red.), *sociologi og rehabilitering* (bd. 1, s. 71-92). København: Munksgaard.
- Oswald, F. & Wahl, H.-W. (2005). Dimensions of the Meaning og Home in Later Life. I G. D. Rowles & H. Chaudhury (Red.), *Home and Identity in Late Life, International Perspectives* (s. 21-45). New York: Springer Publishing company.
- Perry, M. A. C., Hudson, S. & Ardis, K. (2011). "If I didn't have anybody, what would I have done?": Experiences of older adults and their discharge home after lower limb orthopaedic surgery. *"If I didn't have anybody, what would I have done?": Experiences of older adults and their discharge home after lower limb orthopaedic surgery*, 43(10).

- Rydeman, I. & Törnkvist, L. (2010). Getting prepared for life at home in the discharge process – from the perspective of the older persons and their relatives. *International Journal of Older People Nursing*, 5(4), 254-264.
- Røsstad, T., Garåsen, H., Steinsbekk, A., Håland, E., Kristoffersen, L. & Grimsmo, A. (2015). Implementing a care pathway for elderly patients, a comparative qualitative process evaluation in primary care, 15(1). <https://doi.org/10.1186/s12913-015-0751-1>
- Røsstad, T., Garåsen, H., Steinsbekk, A., Sletvold, O. & Grimsmo, A. (2013). Development of a patient centred care pathway across health care providers: a qualitative study, 13(1). <https://doi.org/10.1186/1472-6963-13-121>
- Skau, G. M. (2013). *Mellom makt og hjelp - om det flertydige forholdet mellom klient og hjelper 4.utg.* Oslo: universitetsforlaget.
- Solvang, P. K. (2019). *(Re)habilitering : terapi, tilrettelegging, verdsetting* (1. utgave. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Solvang, P. K. & Slettebø, Å. (2012). Forståelse av rehabilitering. I P. K. Solvang & Å. Slettebø (Red.), *Rehabilitering: Individuelle prosesser, fagutvikling og samordning av tjenester* (1. utg., s. 15-32). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Toscan, J., Mairs, K., Hinton, S. & Stolee, P. (2012). Integrated transitional care: patient, informal caregiver and health care provider perspectives on care transitions for older persons with hip fracture. *International Journal of Integrated Care*, 12.
- Wade, D. (2016). Rehabilitation – a new approach. Part four: a new paradigm, and its implications. *Clinical Rehabilitation*, 30(2), 109-118.
<https://doi.org/10.1177/0269215515601177>
- Wiles, J. L., Leibing, A., Guberman, N., Reeve, J. & Allen, R. E. S. (2012). The Meaning of “Aging in Place” to Older People. *The Gerontologist*, 52(3), 357-366.
<https://doi.org/10.1093/geront/gnr098>
- Willumsen, E., Sirnes, T. & Ødegård, A. (2016). Nye samarbeidsformer - et samfunnsoppdrag. I E. Willumsen & A. Ødegård (Red.), *Tverrprofesjonelt samarbeid - et samfunnsoppdrag* (2. utg., s. 17-32). Oslo: Universitetsforlaget.
- Ørstavik, S. (2002). Det tvetydige brukerperspektivet - en teoretisk analyse. I R. Norvoll (Red.), *Samfunn og psykiske lidelser. Samfunnsvitenskapelige perspektiver - en introduksjon* (bd. 1, s. 145-161). Oslo: Gyldendal akademisk.