

**Balansen mellom kontekstuelle krav og pasientenes  
behov:**

**Ergoterapeuters erfaringer knyttet til eldre pasienters  
overgangsfase fra sykehus til eget hjem.**

**Helene Hald**

**Veileder:**

**Førsteamanuensis Bjørg Dale**

*Masteroppgaven er gjennomført som ledd i utdanningen ved  
Universitetet i Agder og er godkjent som del av denne utdanningen.  
Denne godkjenningen innebærer ikke at universitetet inntår for de  
metoder som er anvendt og de konklusjoner som er trukket.*

Universitetet i Agder, 2014

Fakultet for Helse-og Idrettsvitenskap

Institutt for helse- og sykepleievitenskap.

Antall ord: 9272.

## **Abstrakt.**

**Bakgrunn og hensikt:** Å mestre daglige aktiviteter ved utskrivelse fra sykehus til eget hjem kan være utfordrende for eldre mennesker. Internasjonalt er det gjort en del studier på dette, men det ser ut til å være sparsomt med tilsvarende studier i Norge og Norden. Hensikten med denne studien var derfor å belyse ergoterapeuters erfaringer med å fremme mestring av daglige aktiviteter hos eldre pasienter som utskrives fra sykehus til hjem.

**Metode:** Et kvalitativt design med individuelle intervjuer ble anvendt. Et strategisk utvalg av åtte ergoterapeuter ble inkludert, hvor henholdsvis fire arbeidet på sykehus og fire i kommunehelsetjeneste. I utgangspunktet hadde intervjuene en åpen form, men en semistrukturert intervjuguide ble også anvendt. Data ble analysert med kvalitativ innholdsanalyse.

**Funn:** Tre hovedkategorier ble identifisert: «å legge til rette for aktivitet på individnivå», «muligheter i pasientens omgivelser» og «samhandling mellom tjenestenivåer». Hovedtemaet var «å finne balansen mellom pasientenes behov og kontekstuelle krav i sårbare og komplekse overgangsfaser». Undertemaer var «viktigheten av aktivitet for et meningsfullt liv» og "å se den eldre både individuelt og i en større sammenheng».

**Konklusjon:** Studien viser at ergoterapeuter mener de kan bidra til å fremme mestring av daglige aktiviteter hos eldre pasienter som utskrives fra sykehus til hjem på ulike nivå. Samtidig påvirkes prosessen og utfallet i slike overgangsfaser av organisatoriske faktorer, samhandling mellom tjenestenivåer, og individrettede tilnærminger sammen med pasientens omgivelser. Ergoterapeutene i denne studien opplevde også at det er en utfordring å balansere ivaretagelse av pasientens individuelle behov og økte krav til effektivitet.

**Nøkkelord:** daglige aktiviteter; ergoterapi; mestring; utskrivelse; kvalitativ metode.

## **Abstract.**

**Background and aim:** Coping in daily activities when discharged from hospital to own home can be challenging for older people. Internationally, there is a number of studies on this topic, but similar studies in Norway and Nordic countries seem to be scarce. The aim of this study was to illuminate occupational therapists' experiences of how to promote coping of daily activities in older patients who are discharged from hospital to home.

**Methods:** A qualitative design with individual interviews was used. A purposive sample of eight occupational therapists were included, four worked in hospitals and four in community health services, respectively. Initially the interviews had an open form, but a semi-structured interview guide was also used. Data were analyzed using qualitative content analysis.

**Findings:** Three main categories emerged from the interviews: "to facilitate for activities on an individual level", "potentials in the patient's environments" and "interaction between service levels". A main theme was "to find a balance between patients' needs and contextual requirements in vulnerable and complex transitions". The subthemes were: "the importance of activity for a meaningful life" and "to see the older person both individually and in a larger context."

**Conclusion:** The study showed that occupational therapists may promote coping of daily activities in elderly patients discharged from hospital to home. However, organizational factors, interaction between service levels, and individual-oriented approaches with patient surroundings affect the process and outcome. The study also showed that to balance the patient's individual needs and the increasing demands for efficiency represents a challenge.

**Keywords:** activities of daily living; occupational therapy; coping; hospital discharge; qualitative method.

## Forord

Ved å skrive denne oppgaven har jeg kunnet lete etter svar på spørsmål som opptar meg og som inngår i mitt daglige arbeid som ergoterapeut. Dette har skapt motivasjon og engasjement gjennom hele prosessen. Jeg har gjennom årene lyttet til utallige historier og har erfaringer fra mange flotte og tapre pasienter. Å få dypere innsikt fra ergoterapeuters ståsted har gitt ytterligere mening og forståelse av hvordan vi som yrkesgruppe kan bidra til å fremme gode overgangsfaser og mestring av hverdagslivets aktiviteter. Håpet mitt er at denne studien kan gi litt innsikt i hvor skjør balansen kan være mellom tro, mestring og bekymring i overgangsfaser fra sykehus til hjem for eldre mennesker, og hvordan vi kan støtte dem i dette.

Jeg vil gjerne få takke min veileder, Bjørg Dale. Med sine kunnskaper og dyktighet har hun veiledet meg på en fin måte gjennom hele prosessen. Jeg ville ikke hatt mot til å begynne dette arbeidet uten støtte og oppmuntring fra familie, venner og kollegaer. Deres tro på meg gjorde det også lettere å gå videre når prosessen til tider ble vanskelig og krevende. Ikke minst er jeg takknemlig overfor ergoterapeutene som har stilt opp i studien. De har gitt av sin tid, sine erfaringer og opplevelser, og det har bare vært positivt å samhandle med dem.

Tusen takk!

Helene

# Innhold

1.0. INNLEDNING .....	1
1.1. Retten til gode og helhetlige helsetjenester .....	1
1.2. Problemstilling og forskningsspørsmål .....	2
2.0. TIDLIGERE FORSKNING .....	3
2.1. Planlegging av utskrivelse.....	3
2.2. Hjemmebesøk.....	5
2.3. Eldre pasienters opplevelse av mestring i overgangsfasen.....	6
3.0. TEORETISK REFERANSERAMME .....	7
3.1. Meleis` teori om overganger (transitions). .....	7
3.2. Antonovskys` teori om mestring .....	10
3.3. Ergoterapi og betydningen av daglige aktiviteter for eldre mennesker. ....	12
4.0. METODE .....	14
4.1. Vitenskapsteoretisk bakgrunn for denne studien.....	14
4.2. Planlegging og gjennomføring av studien .....	15
4.2.1. Utvalg og rekruttering .....	16
4.2.2. Datainnsamling.....	16
4.2.3. Dataanalyse .....	17
4.2.4. Forskningsetiske betraktninger.....	18
4.2.5. Forforståelse. ....	19
4.3. Metoderefleksjoner.....	20
4.3.1. Utvalget. ....	20
4.3.2. Intervjuene.....	20
4.3.3. Analysen. ....	21
4.3.4. Forforståelsen. ....	22
4.3.5. Andre refleksjoner.....	22
4.4. Troverdighet og overførbarhet .....	23
5.0. AVSLUTNING. ....	25
REFERANSER: .....	26

## VEDLEGG:

Vedlegg 1: Informasjonsskriv med samtykkeerklæring.

Vedlegg 2: Intervjuguide.

[Skriv inn tekst]

Vedlegg 3: Godkjenning NSD.

Vedlegg 4: Godkjenning fakultetets etiske komité.

Vedlegg 5: Eksempel på søkehistorikk.

Vedlegg 6: Forfatterveiledning, Nordisk tidsskrift for helseforskning.

Antall ord i sammenbindingen: 9272.

## **1.0. INNLEDNING**

Mine erfaringer som ergoterapeut på sykehus er at eldre mennesker som utskrives fra sykehus til eget hjem kan være i en sårbar situasjon. Pasientene som blir innlagt er sykere enn før, liggetiden er kortere og kartlegging og behandling går i hurtig tempo (St. meld nr. 47, 2008-2009). I årene som kommer vil det bli en økende andel eldre mennesker i befolkningen, og mange vil ha behov for helsetjenester (St. meld nr. 25, 2005-2006). Daglige aktiviteter utgjør en stor del av menneskers hverdagsliv, men utførelsen av disse kan utfordres når helsen svikter. Å fremme helse gjennom aktivitet er sentralt for ergoterapeuters arbeid. Det er viktig å vite noe om ergoterapeuters erfaringer omkring dette tema da det kan ha betydning for kvalitet i det arbeidet som gjøres både på sykehus og i kommunen. Hensikten med dette prosjektet er å belyse hvilke erfaringer ergoterapeuter har med å fremme mestring av daglige aktiviteter hos eldre mennesker som utskrives fra sykehus til eget hjem.

Verdens Helseorganisasjon (2014) definerer eldre til å være personer over den kronologiske alderen 65 år. Dette er også utgangspunktet for begrepet «eldre pasienter» i denne oppgaven.

### **1.1. Retten til gode og helhetlige helsetjenester**

Helsetjenesten har ansvar for og pasienter har rettigheter til tilstrekkelig og god behandling i overgangsfase fra sykehus til hjem. Her følger en kort presentasjon av lovgrunnlaget for dette.

Lov om spesialisthelsetjenesten beskriver de regionale helseforetakenes ansvar for spesialisthelsetjenester til befolkningen (Spesialisthelsetjenesteloven, 1999). Tjenestene skal være ansvarlige, helhetlige og koordinerte. Utskrivelse fra sykehus skal planlegges og forberedes i samarbeid mellom berørte parter. Personer som oppholder seg i kommunen skal tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011).

Kommuner har plikt til å inngå samarbeidsavtaler med regionale helseforetak for å sikre helhetlige og sammenhengende tjenester til pasienter med behov for koordinerte tjenester.

Lov om pasient- og brukerrettigheter gir pasienter rettigheter til nødvendig helsehjelp, medvirkning og informasjon (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). Helsepersonelloven (1999) pålegger helsepersonell å gi forsvarlig behandling. Pasienter har rett til å få informasjon for å få innsikt i sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen. Pårørende skal også informeres så lenge pasienten samtykker eller forholdene tilsier det. Helsepersonell har dokumentasjonsplikt, og nødvendige opplysninger skal i hovedregel etter samtykke fra

pasienten gis videre til den kommunale helse- og omsorgstjenesten som skal yte helsehjelp (Helsepersonelloven, 2001).

Samhandlingsreformen (St. meld nr. 47, 2008-2009) trådte i kraft fra nyttår 2012 som svar på fremtidens omsorgs- og samhandlingsutfordringer. Den har som mål å bedre samarbeid mellom de to tjenestenivåene, det vil si sykehus og kommunehelsetjeneste, for at pasienter og brukere skal sikres best mulig helsehjelp og behandling på lavest mulig omsorgsnivå. Denne reformen gir kommunene økt ansvar for helsetjenester. Sykehusene skal fortsatt yte spesialisthjelp, men pasientene skal raskt tilbake til hjemkommune når han eller hun er ferdigbehandlet på sykehus. Målet er at pasienter skal få rett behandling, til rett tid og på rett sted (St. meld nr. 47, 2008-2009).

## **1.2. Problemstilling og forskningsspørsmål**

Problemstillingen for studien er:

Hvordan kan ergoterapeuter fremme mestring av daglige aktiviteter hos eldre mennesker som utskrives fra sykehus til eget hjem?

Forskningsspørsmål:

- Hvordan oppfatter ergoterapeutene at overgangen for eldre pasienter fra sykehus til hjemmet vanligvis skjer?
- På hvilken måte mener ergoterapeutene de kan legge til rette for at eldre skal mestre aktiviteter i dagliglivet etter utskrivelse?
- Hvilke fremmende og hemmende faktorer mener de påvirker hvordan overgangene blir?
- Har ergoterapeutene noen tanker og oppfatninger om områder som har forbedringspotensiale?

Jeg valgte å avgrense studien til å dreie seg om erfaringer hos ergoterapeuter som arbeider på somatiske sykehus og hos dem som jobber i en ordinær ergoterapeutstilling i kommunehelsetjenesten. Fokus er ikke på diagnosespesifikk behandling eller på detaljnivå i kartleggingsinstrumenter. Avgrensning ble gjort for å snevre inn oppgaven, og det er ingen tvil om at temaet er langt mer omfattende og komplekst enn dette. Det var ønskelig å få frem opplevelser og erfaringer hos informantene for å belyse området.



## **2.0. TIDLIGERE FORSKNING**

Det ble gjort litteratursøk i Ovid: Medline, Embase og Amed. Søk ble også gjort i databasene the Cochrane Collaboration, SweMed+, PubMed og Cinahl.

Søkeord: Hospital discharge, occupational therapy, ergotherapy, daily life activity, psychological adaptation. Søket ble avgrenset til å gjelde mennesker over 65 år. Eksempel på en søkehistorikk, se vedlegg 5. Artikler ble også hentet via referanselisten til andre artikler.

Det ble funnet en rekke internasjonale studier, både kvalitative og kvantitative. Det lyktes ikke å finne noen norske studier. Det ser ut til å være få studier fra Norden, bortsett fra noen svenske studier. Her følger en presentasjon over studiene som ble valgt ut etter kriterier for avgrensning av studien. Bortsett fra to oversiktsartikler har alle studiene et ergoterapiperspektiv.

### **2.1. Planlegging av utskrivelse**

Internasjonalt er det evidens for at utskrivelse av eldre pasienter fra sykehus til hjem er en kompleks og utfordrende prosess som er avhengig av tverrfaglig samarbeid (Atwal, McIntyre & Wiggett, 2012; Wressle et al., 2006; Moats & Doble, 2006; Shepperd et al., 2013; Parker et al., 2002). Welch og Lowes (2005) hevder at ergoterapeuten har en nøkkelrolle i å fremme en smidig utskrivelse og god overgang til hjemmet for pasienten, og i følge Wales et al. (2012) kan dette føre til mindre behov for tjenester fra kommunehelsetjenesten og utsette flytting til sykehjem.

Å planlegge utskrivelsen viser seg å være svært sentralt og blir fremhevet i en rekke artikler (Wales et al., 2012; Moats, 2006; Durocher & Gibson, 2010; Wressle et al., 2006; Crennan & MacRae, 2010; Robertson & Blaga, 2013). To systematiske oversiktsartikler gjort av Shepperd et al. (2013) og Parker et al. (2002) viste begge at planlegging av utskrivelse på tvers av sykehus og kommune ga positive resultater. Shepperd et al. (2013) fant at strukturert utskrivelsesplanlegging med individuelt fokus sannsynligvis reduserte både lengden på sykehusoppholdet, antall reinnleggelser og økte pasienttilfredshet. Parker et al. (2002) fant at utskrivelsesplanlegging med bred geriatrisk vurdering, støtte i utskrivelsen og opplæringstiltak var viktig for vellykkede overganger fra sykehus til hjem.

Å muliggjøre meningsfull aktivitet og å vende tilbake til tidligere roller er sentrale områder å planlegge, og et bredt perspektiv er av betydning (Robertson & Blaga, 2013; Crennan & MacRae, 2010). Begge disse studiene undersøkte hvordan ergoterapeuter på sykehus utførte kartlegginger. Uformelle vurderinger gjennom intervjuer og observasjon av de eldre pasientene i aktivitet var mest utbredt (Robertson & Blaga, 2013; Crennan & MacRae, 2010). Ved mer komplekse situasjoner som for eksempel ved mistanke om kognitiv svikt ble ofte mer formelle undersøkelser og tester gjort. Både sikkerhet og pasient og pårørendes perspektiv må tas i betraktning (Robertson & Blaga, 2013). En studie av Hendriksen og Harrison (2001) viste at eldre pasienter som fikk ergoterapi i form av trening, råd, informasjon, bestilling av tekniske hjelpemidler og henvisning videre til kommunehelsetjenesten, hadde økt mestring av de primære daglige aktivitetene den første tiden etter utskrivelse fra sykehus. Wales et al. (2012) fant at vurdering av pasientens hjemmeforhold og deres muligheter til å fungere i disse omgivelsene var viktig å gjøre før utskrivelsen, men at det kunne være problematisk å få til på en realistisk måte på sykehus. En studie av Moats (2007) viste hvordan aktivitetsperspektivet på sykehus i blant kom i bakgrunnen, og de medisinske forholdene og press mot hurtige beslutninger ble avgjørende. Å undersøke hva de eldre pasientene selv mente var viktige aktiviteter å mestre ble imidlertid ofte utelatt.

Ergoterapeuter har som mål å bidra til en klientsentrert praksis (Robertson & Blaga, 2013; Moats & Doble, 2006; Moats, 2007; Crennan & MacRae, 2010). Individuelt fokus, kommunikasjon og tverrfaglig samarbeid er essensielt (Crossen-Sills, Bilton, Bickford, Rosebach & Simms, 2007). Ergoterapeuter kan imidlertid oppleve etiske dilemma dersom enkelte pasienter ønsker å ta risiko de mener kan være utrygt for dem (Atwal et al., 2012). Utfordringen blir da å balansere pasientens rett til autonomi mot tilstrekkelig trygghet og sikkerhet. Moats og Doble (2006) fant at pasienter og pårørende noen ganger ble utelatt fra beslutninger, eller ble utsatt for overtalelse eller tvang. Dette var særlig til stede der pasienten hadde en kognitiv svikt. De så behovet for en ny balansert tilnærming basert på samarbeid, delt makt og forhandlinger mellom ergoterapeut, pasient og pårørende (Moats & Doble, 2006; Moats, 2007). I følge studien til Wressle et al. (2006) ønsket eldre pasienter enkelte ganger at leger og helsepersonell skulle ta en del avgjørelser for dem. De stolte på deres fagkunnskap og hadde ikke overskudd til å forholde seg til alt. Moats (2007) peker på faren i å ta store avgjørelser sammen med pasient og pårørende på sykehus med både tidspress og et

profesjonelt dominerende hierarki. I studien påpekes at avgjørelser heller burde tas etter utskrivelsen for å ivareta en klient-sentrert praksis.

Dokumentasjon av pasientens mestring av aktivitet er sentralt for å sikre kontinuitet, nødvendig assistanse og oppfølging etter utskrivelse (Cederfeldt, Lundgren & Sadlo, 2003). Det kan imidlertid forekomme mangelfull kommunikasjon og dokumentasjon mellom de ulike helsetjenestenivåene (Crennan & MacRae, 2010; Crossen-Sills et al., 2007; Lilja, Nygård & Borell, 2000).

## **2.2. Hjemmebesøk**

Oppfølging etter utskrivelse er nødvendig da en del eldre pasienter trenger tid i sitt hjem for å oppdage behov og gjøre erfaringer der (Nygård, Grahn, Rudenhammar & Hydling, 2004). Ikke sjelden kan skrøpelige eldre de første ukene etter utskrivelsen være i en stressituasjon, og mange har behov for hjelp, trening eller tilrettelegging for å mestre daglige aktiviteter (Söderback, 2008). Flere forskningsartikler viser til fordeler med hjemmebesøk sammen med ergoterapeut før eller etter utskrivelse, eller begge deler (Avlund, Jepsen, Vass & Lundemark, 2002; Harris, James & Snow, 2008). Hjemmebesøk kan fremme forståelse av pasientens identitet, roller og gjøremål og medføre trygghet (Nygård et al., 2004; Crennan & MacRae, 2010). En studie av Atwal, McIntyre, Craik og Hunt (2008) nyanserte dette noe da en del pårørende og pasienter kunne oppleve hjemmebesøk før utskrivelse skremmende og demoraliserende. Noen følte det som en testsituasjon på om de mestret aktivitetene i hjemmet sitt. En del ønsket ikke endringer eller innblanding, følte seg overkjørt av pårørende eller opplevde mangelfull informasjon om ergoterapeutens vurderinger (Atwal et al., 2008). En rekke studier hevder imidlertid at det er mangelfull forskning og evidens om hjemmebesøk, og at det er behov for mer forskning omkring dette (Avlund et al., 2002; Harris et al., 2008; Lannin et al., 2007; Nygård et al., 2004; Taylor, Kurytnik & Pain, 2007).

Cook et al. (2013) fant at hjemmebasert rehabilitering for eldre pasienter med ulike diagnoser var nyttig. Det førte til bedret ADL-funksjon og mindre bruk av helsetjenester. Tidlig utskrivelse av eldre mennesker som har hatt hjerneslag, tett fulgt opp med hjemmebasert tverrfaglig rehabilitering, har vist seg å kunne gi økt mestring av daglige aktiviteter, bedre fysisk helse og reintegrasjon i samfunnet rundt (Mayo, Wood-Dauphinee & Côte, 2000; Thorsén, Widén Holmqvist, de Pedro-Cuesta & von Koch, 2005).

Tekniske hjelpemidler kan være medvirkende for en vellykket overgang fra sykehus til hjem ved å gi mulighet for mer selvstendig og trygg utførelse av ønskede aktiviteter (Wielandt, McKenna, Tooth & Strong, 2006). Det viser seg at helsepersonell og pasienter kan ha ulik oppfatning av behov for hjelpemiddel, slik at noe kan være overflødig eller mangle. Tid før hjelpemidler kommer på plass i hjemmet kan også være et problem (Neville-Jan, Piersol, Kielhofner & Davis, 1993; Wielandt et al., 2006). Tilstrekkelig kartlegging og trening i bruk av hjelpemiddelet er nødvendig for at det skal være til hjelp i hverdagens aktiviteter (Wielandt et al., 2006).

### **2.3. Eldre pasienters opplevelse av mestring i overgangsfasen**

I følge Gage, Cook og Fryday-Field (1996) er det sentralt at ergoterapeuter har en forståelse av pasienters opplevelser og erfaringer i overganger fra sykehus til eget hjem. De fant i sin studie at pasientenes overgang hadde sammenheng med opplevd tro på egen mestringsevne og at deres aktivitetsbehov ble tatt hensyn til. Faktorer som å bli trodd på, føle seg klar for overgangen, og bevissthet om egne ressurser og motivasjon var viktig. Resurser i form av støtte fra familie og nettverk, tilstrekkelig hjelp fra helsepersonell, tilrettelegging med nødvendige hjelpemidler, og muligheter for å være engasjert i for dem meningsfulle aktiviteter var også av betydning. Egenomsorg i betydning av personlig hygiene, påkledning og forflytning var det mest basale behovet for aktivitet. Deretter å utføre gjøremål i hjemmet. Fritidsaktiviteter og til slutt selvrealiserende aktiviteter kom øverst i behovshierarkiet (Gage et al., 1996).

Wressle et al. (2006) undersøkte eldre pasienters opplevde nytte av ergoterapi i overgangsfasen fra sykehus til hjem. Ergoterapeutenes bidrag ved å legge til rette for mestring av aktivitet, informasjon, planlegging av utskrivelse, bestilling av tekniske hjelpemidler og kommunikasjon med primærhelsetjenesten førte til mindre engstelse, bedre mental helse og mindre behov for kontakt med helsepersonell i etterkant sammenlignet med en kontrollgruppe (Wressle et al., 2006). En studie av å vende tilbake til meningsfulle aktiviteter i overgangsfase fra sykehus til eget hjem for mennesker med hjerneskade (Turner, Ownsworth, Cornwell & Fleming, 2009), viste hvordan pasientene kjempet for å oppnå selvstendighet i disse aktivitetene. Å ha en individuell tilnærming, å legge til rette omgivelser samt informasjon mente de var av betydning for å støtte dem i dette.

Bontje, Asaba, Tamura og Josephsson (2012) fant at eldre pasienter opplevde overgangen fra sykehus til hjem mer kompleks enn å mestre funksjonelle begrensninger og praktisk egenomsorg. De gjorde så godt de kunne for å gjøre det rette og følge råd. De jobbet også med å forsones seg med at de ble mer avhengige av andre mennesker. De prøvde å styrke seg ved å fokusere på og ha mål om å utføre mulige aktiviteter som ga dem glede og mening (Bontje et al., 2012). En annen studie av eldre som fikk en livstruende sykdom, viste på samme måte hvordan de i denne perioden med personlig krise vendte seg mot aktiviteter som var meningsfulle for dem (Vrkljan & Miller-Polgar, 2001). De opplevde da å få tilbake en opplevelse av kontroll og normalitet i livene sine. Aktivitetene gjorde at de lettere klarte å leve seg gjennom den vanskelige overgangsperioden. Å leve ble å gjøre.

### **3.0. TEORETISK REFERANSERAMME**

Meleis' teori om overganger (transitions) synes passende som referanseramme da tema for oppgaven handler om overgangsfase fra sykehus til hjem. Utfallet i teorien om overganger er at de ender i en form for mestring av ny situasjon (Meleis, 2010). Dette mener jeg samsvarer med problemstillingen til denne oppgaven som dreier seg om å tilrettelegge for mestring av aktivitet i en overgangsfase. Meleis' teori er først og fremst utviklet med tanke på sykepleie, men den ser ut til å ha god overføringsverdi også for ergoterapi. Antonovskys teori om mestring (2012) ble også valgt som utgangspunkt til denne studien. Denne oppleves relevant ut fra studiens problemstilling som blant annet går på mestring. Teori om ergoterapi og betydningen av daglige aktiviteter for eldre vurderes også som relevant referanseramme for å belyse problemstilling og forskningsspørsmål. I det følgende kommer presentasjon av teori som danner teoretisk referanseramme for studien.

#### **3.1. Meleis' teori om overganger (transitions).**

Afaf I. Meleis, amerikansk professor i sykepleie og sosiologi, har bidratt sterkt til utvikling av teori om transitions, altså overganger (Meleis, 2010). Begrepet «transition» kommer fra det latinske ordet «transire». Det kan oversettes på engelsk som «go across», og på norsk som «overgang» (Chick & Meleis, 2010). Overganger oppstår på bakgrunn av kritiske begivenheter og endringer hos individer eller omgivelser. Det er vanlig å definere det som en passasje fra en ganske stabil tilstand til en annen stabil tilstand, og prosessen blir utløst av en endring. Overgangen er karakterisert av ulike dynamiske trinn, milepæler og vendepunkter og

kan ses på både som en prosess og på det endelige utfallet (Meleis, 2010). De har innvirkning på roller og liv til de individene som opplever dem, og deres nærmeste, og har stor betydning for velvære og helse (Kralik, Visentin & Van Loon, 2010).

Forskning viser at selv om overganger ikke oppleves likt, er det enkelte kjennetegn som er vanlige. Det kan være en sårbar fase (Meleis, 2010). Desorientering, usikkerhet, følelsesmessig stress, irritabilitet og bekymring underveis i prosessen er ikke uvanlig (Meleis, Sawyer, Im, Hilfinger Messias & Schumacher, 2010). Ofte er det tap eller fremmedgjøring fra hva som har vært kjent og verdsett, og nye ferdigheter, relasjoner og mestringsstrategier må utvikles (Schumacher, Jones & Meleis, 2004). Hvordan utfallet av en overgang blir avhenger av komplekse omgivelses- og personinteraksjoner (Meleis, 2010).

Meleis (2010) hevder at overganger kan føre til personlig vekst og utvikling, men også til fornektelse eller fordømmelse av en selv og verden. Det er derfor en svært viktig periode å være oppmerksom på (Meleis, 2010). Schumacher og Meleis (2010) mener helsepersonell har en oppgave i å støtte og tilrettelegge for smidige og vellykkede overganger. Det er da av betydning å forsøke å forstå perspektivet til den som opplever det. Kralik et al. (2010) så viktigheten av å modifisere tidligere aktiviteter og roller samtidig som de prøvde å opprettholde kontinuitet fra det tidligere liv i det som var ønskelig og mulig å få til. Følelse av stress kunne slik erstattes av forståelse, velvære og mestring.

Det er identifisert fire hovedtyper overganger (Schumacher & Meleis, 2010).

«Utviklingsmessige overganger» kan dreie seg om dem som oppstår i løpet av et livsløp. Det å bli eldre kan være en slik overgang (Schumacher et al., 2010). «Situasjonsmessige overganger» kan være endring i familiesituasjon, flytting til sykehjem eller utskrivelse fra sykehus. «Helse- og sykdomsoverganger» refererer til den betydning helserelaterte overganger kan ha på det enkelte menneske og familien rundt. «Organisatoriske overganger» foregår på et strukturelt nivå. Dette kan være endringer i organisasjoner, ny politikk eller programmer som igjen påvirker mennesker på individnivå. Disse hovedgruppene av overganger er ikke gjensidig utelukkende. Ikke sjelden er et menneske i flere overganger samtidig (Schumacher & Meleis, 2010).

I eldre år kan det oppstå flere overganger som har betydning for helsen, knyttet til for eksempel pensjonering, tap av ektefelle og venner, flytting til ny bolig, kronisk sykdom eller

funksjonssvikt (Schumacher et al., 2010). Noen er uønskede mens andre er positive og velkomne. Overgang til å ta i mot bistand fra helsepersonell i forbindelse med daglige aktiviteter kan i begynnelsen oppleves som en sorg for enkelte. En studie av Hvalvik og Reiersen (2011) viste at de eldre i en slik overgang til å motta hjelp i hjemmet likevel etter hvert inntok en holdning av aksept. De godtok gradvis situasjonen og ble positive til mestringen det ga. Hvalvik og Dale (2013) fant at det i denne sammenheng var vesentlig å ha en individuell personsentrert tilnærming, men at dette ble utfordret blant annet i samarbeidet mellom de ulike organisatoriske nivåene, det vil si fra sykehus til hjemkommune. En studie av slagpasienters opplevelser av overgangsfase fra sykehus til hjem (Rittman, Boylstein, Hinojosa, Hinojosa & Haun, 2010) viste at de psykososiale opplevelsene var mest krevende å bearbeide. Helsepersonell burde legge til rette for at både pasienten og pårørende kunne snakke om endringene og fremme aktivitet som ga et positivt selvbilde. Å delta i samfunnsliv og oppleve tilhørighet med andre hjalp dem med å finne tilbake til en følelse av mestring og livskvalitet.

Schumacher et al. (2010) sier det kan tyde på at eldre og deres pårørende ikke alltid får den profesjonelle støtten de trenger i overganger fra sykehus til hjem. En del kan være uforberedt på overgangen, har fått lite informasjon og opplæring, blir utelatt fra planlegging og avgjørelser og opplever problemer i koordineringen av ulike tjenester (Schumacher et al., 2004). Meleis (2010) ser en generell utvikling over store deler av verden med at pasienter blir skrevet ut tidligere fra sykehus, noe hun mener gjør støtte i slike overganger ekstra viktig for å unngå reinnleggelser. Hun ser behov for mer forskning omkring dette (Meleis, 2010).

Tema i denne oppgaven handler om situasjoner der eldre mennesker skal skrives ut fra sykehus til eget hjem. Knyttet opp til teori om overgangsfaser kan det tenkes at den eldre pasienten kan befinne seg i flere overganger samtidig. For det første en overgangsfase der tilpasning til alderdommen skjer, videre en overgang der sykdom påvirker helsen, og selve overgangen fra situasjonen å befinne seg på sykehus til å skrives ut til eget hjem. I tillegg er det organisatoriske overganger på omgivelsesnivå, for eksempel kan innføring av samhandlingsreformen være en slik overgang. Ergoterapeuter både på sykehus og i kommunehelsetjeneste møter mange mennesker i overgangsfaser. I vanskelige perioder kan det være viktig å formidle at slike overganger er dynamiske prosesser som har en begynnelse og en ende, med milepæler underveis, og at de har helsebringende muligheter i seg. Det komplekse samspillet mellom person, omgivelser og velvære som presenteres i Meleis` teori

kan også relateres til ergoterapeuters arbeidsmodell (Kielhofner, 2009), der interaksjon mellom menneske, omgivelser og aktivitet er det sentrale. Det vesentlige blir vel å bruke denne kunnskapen til å fremme gode overganger for hver enkelt slik at helse, velvære og mestring av betydningsfulle aktiviteter blir resultatet. Kralik et al. (2010) mener det fremdeles er mange ubesvarte spørsmål knyttet til overganger, og at temaet er svært aktuelt.

### **3.2. Antonovskys` teori om mestring**

Aaron Antonovsky (1923-94) var en israelsk-amerikansk professor i medisinsk sosiologi. I sin forskning traff han mennesker som hadde opplevd konsentrasjonsleirens grusomheter og som likevel så ut til å ha det godt i etterkant, både fysisk og psykisk. Undring om hvordan dette var mulig fikk ham til å forfølge det salutogene spørsmålet: Hva er helsens opprinnelse? Med dette som bakgrunn utviklet han begrepet salutogenese og en teori om mestring (Antonovsky, 2012).

Salutogenese kommer fra det latinske ordet for helse, *salus*, og det greske ordet for opphav, *genesis* (Antonovsky, 1996). Salutogenese kan sies å være en motsats til patogenese. Et patogenetisk utgangspunkt setter fokus på sykdom og sykdomsfremkallende årsaker. Salutogenese er mer opptatt av de helsebevarende krefter. Antonovsky (1996) så ikke et skarpt skille mellom frisk og syk, men heller at vi befinner oss på et kontinuum mellom uhelse og optimalt velvære. Salutogenese handler om å finne ut hvor på kontinuumet hver enkelt person til enhver tid befinner seg, og fremme bevegelse i retningen av helseenden av kontinuumet. Antonovsky (1996) mente ikke at patogenese ikke var viktig, men valgte å gå en annen vei og søke etter svar på hva som fremmer god helse. Hans svar på det salutogene spørsmål ble en teori om mestring. Kjernen i vår mestringsevne var å ha en opplevelse av sammenheng (OAS). Opplevelse av sammenheng er en innstilling og grunnholdning i personligheten som uttrykker i hvilken grad man har en gjennomgående, varig, men også dynamisk følelse av tillit til tre hovedkomponenter:

- **Begripelighet.** Dette handler om i hvilken grad man opplever at stimuli man utsettes for i det indre eller ytre miljø er kognitivt forståelige, strukturerte og forutsigbare, i motsetning til kaotisk, uorganisert og uforståelig. En forventer også at framtidige stimuli skal oppleves forutsigbare og forståelige.
- **Håndterbarhet.** Dette er i hvilken grad man opplever å ha tilstrekkelige ressurser til rådighet til å kunne takle kravene som disse stimuliene stiller. Dette kan være egne



ressurser eller andre man stoler på. Høy grad av håndterbarhet gjør at man ikke føler seg som offer for ulike omstendigheter, men heller tar tak i livet sitt.

- Meningsfullhet. Det må være utfordringer det er verdt å engasjere seg i og bruke krefter på. De innebærer et motivasjonselement, og ofte et følelsesmessig engasjement (Antonovsky, 2012, s.39-40).

Mestring avhenger av OAS samlet sett. Mestring blir sett på som vesentlig i forhold til å oppnå helse, det vil si å nærme seg helseenden av kontinuumet (Antonovsky, 2012). Antonovsky (1996) så stressfaktorer og spenning som en uunngåelig og naturlig del av menneskets tilværelse. En person med høy OAS mestrer utfordringer i livet bedre enn en med lav OAS. Det betyr ikke at de med høy OAS opplever stressfaktoren mindre smertefull, men de klarer å sette den inn i en forståelig sammenheng. En del av tilværelsens problemer er gjenstridige og lar seg ikke løse fullt og helt, uansett hvor sterk en persons OAS er. Likevel har personer med høy OAS et fortrinn da de er bedre i stand til å leve med problemer som ikke lar seg løse (Antonovsky, 1996).

En studie av Thygesen, Sævareid, Lindstrøm og Engedal (2009) viste at høy OAS gjør eldre mennesker mindre utsatt for psykisk stress ved helseplager. Eriksson og Lindström (2006) fant at OAS er sterkt relatert til opplevd helse, spesielt mental helse. Høie (2004) understreket at det er store forskjeller blant eldre mennesker, men at det er potensiale for personlig utvikling og god mestring i høy alder. Hun sier videre at grad av OAS kan øke med alder, og dette kan være gunstig for å håndtere eventuelle helseplager. Söderhamn, Bachrach-Lindström og Ek (2008) fikk i sin studie frem at høyere grad av OAS var assosiert med bedre egenomsorgsevne, ernæringsstatus og opplevd helse hos eldre pasienter.

I forhold til pasienter innlagt på sykehus hevdet Antonovsky (2012) at grad av OAS da ville kunne endres midlertidig, men at det etter en stund ville vende tilbake til sin egen middelverdi og normale nivå. Han beskriver videre at spørsmålet som må stilles i møte mellom helsepersonell og pasient er om det skaper en opplevelse av indre sammenheng, belastningsbalanse og medbestemmelse for klienten. Dette medvirker til å fremme opplevelse av sammenheng og mestring, sier Antonovsky (2012), og han hevder at det er mulig å bedre OAS noe i eldre år. Selv om endringen ikke ble stor mente han den likevel kunne være viktig.

Salutogenesebegrepet og teorien om mestring passer etter mitt skjønn godt til utgangspunktet for ergoterapi, der målet er å styrke mennesker til å mestre et liv med aktivitet og deltakelse så lenge som mulig. Betydningen av meningsfull aktivitet, vektlegging av pasientens ressurser, motivasjon, mestring av aktivitet, i tillegg til synet på at det er en sammenheng mellom aktivitet og helse har, slik jeg ser det, flere likhetstrekk med Antonovskys teori. Antonovsky var også oppmerksom på likheter mellom OAS-begrepet og andre perspektiver på helse, og han sier at han håper at teorien kan være til nytte også for andre yrkesgrupper (Antonovsky, 2012). Slik jeg forstår dette, må et patogent og salutogent perspektiv utfylle hverandre for å få en mer helhetlig forståelse av helse. En må prøve å se mennesket bak sykdommen, gå utover den tradisjonelle dualismen og trekke inn teorier om god mestring.

Ergoterapeutene i denne studien hadde ulike erfaringer med eldre pasienter som mer eller mindre er påvirket av stressfaktorer. Sykdom eller skade med redusert funksjonsevne som oppstod slik at pasienten ble lagt inn på sykehus, og videre usikkerhet om hvordan de skal mestre hverdagsaktiviteter etter utskrivelse kan være noen av dem. Det er nok imidlertid individuelt hva som oppleves som motstandsressurser og stressfaktorer. For enkelte kan for eksempel pårørende eller sosialt nettverk være en motstandsressurs, mens for andre som ikke har noe sosialt nettverk kan det være en stressfaktor. For helsepersonell kan det være aktuelt å støtte den eldre ved å bevisstgjøre og prøve å gjøre situasjonen begripelig, håndterbar og meningsfull. Ved å identifisere og mobilisere deres motstandsressurser vil de kanskje takle eventuelle stressfaktorer og mestre aktivitet i en slik overgangsfase. Det handler antakelig om å støtte opp under de motstandsressursene de eldre allerede besitter og utbedre problemområder som det er realistisk å kunne gjøre noe med. I denne studien ble det fokusert nettopp på hvordan ergoterapeuter kan tilrettelegge for at eldre mennesker skal mestre aktivitet. På denne måten kan kanskje ergoterapeuter, og helsepersonell generelt, fungere som en motstandsressurs for eldre pasienter i overgangsfasen fra sykehus til hjem.

### **3.3. Ergoterapi og betydningen av daglige aktiviteter for eldre mennesker.**

I følge Tuntland (2007) kan aktiviteter i dagliglivet (ADL) defineres som «en samlebetegnelse for en rekke ulike hverdagslige, praktiske aktiviteter. Det dreier seg om oppgaver som egenomsorg, mobilitet, husholdning, bruk av transportmidler, ivaretagelse av egen økonomi m.m. Mestring av disse aktivitetene innebærer personlig uavhengighet. Mennesker med nedsatt funksjonsevne kan ha behov for profesjonell hjelp for å mestre disse utfordringene.

Dette er et arbeidsområde for en rekke profesjoner» (s. 18). Daglige aktiviteter innebærer både fysiske, mentale og sosiale aktiviteter (Brandt, Madsen & Peoples, 2013). Å mestre aktiviteter i dagliglivet kan være viktig for å forbedre, opprettholde eller gjenvinne helse og velvære (Kielhofner, 2010). I tillegg kan aktivitet og deltakelse være rolleskapende og bidra til identitet og følelse av egenverdi (Brandt et al., 2013).

Grunnsynet i ergoterapi er at mennesket av natur er aktivt, har behov for å være i aktivitet, og at det er en sammenheng mellom aktivitet og helse (Brandt et al., 2013). Både biologisk og psykologisk funksjon og trivsel avhenger av deltagelse i aktiviteter. Anvendelse av aktivitet og deltagelse i hverdagslivet for å fremme helse uansett alder, funksjonsevne, livssituasjon eller sykdom er den basale drivkraften i ergoterapi (Horghagen, Sveen, Holm, Hagby, Hammervold, Reinsberg & Thyness, 2007).

Kielhofners (2009) modell for menneskelig aktivitet fremhever at aktivitetsutførelse er et resultat av det dynamiske samspillet mellom mennesket, omgivelser og aktivitet.

Virksomhetsteorien har fokus på at meningsfulle aktiviteter bidrar til menneskelig utvikling (Brandt et al., 2013). Hva som er meningsfullt for eldre mennesker er varierende slik som i andre aldre (Brandt et al., 2013), og eldre mennesker kan være like forskjellige som yngre ut fra ferdigheter, ressurser, interesser og aktiviteter utviklet gjennom et livsløp (Lund, Svendsen & Lillebø, 2007). Begrensninger hos eldre i forhold til aktivitet kan være aldersforandringer, sykdom, tap av roller, mangel på meningsfull aktivitet eller utelatte forventninger og krav fra omgivelser (Brandt et al., 2013). På den annen side er det ofte i eldre år man har tid og muligheter til å fylle dagen med ønskede aktiviteter, noe som kan gi opplevelse av frihet, god helse og velvære (Lund et al., 2007).

I en studie av Söderhamn, Dale og Söderhamn (2013) vises det til at helsepersonell må være oppmerksom på og støtte eldre menneskers ressurser knyttet til egenomsorg slik at de får tro på seg selv og fremtiden. Hammel (2004) viser videre til at helsepersonell ikke bare bør ha fokus på å fremme mestring av hensiktsmessig aktivitet for eldre i form av egenomsorg, produktivitets- og fritidsaktiviteter, men at aktiviteter også består av dimensjoner av mening; meningen i å gjøre, å være, å tilhøre og å utvikle seg. Ved i tillegg å vektlegge meningsfull aktivitet kan en muliggjøre opplevd livskvalitet (Hammel, 2004). Christiansen, Backman, Little og Nguyen (1999) fant i sin forskning ut at å utføre meningsfulle aktiviteter er relatert

til menneskers opplevde identitet, velvære og er med på å holde oss friske. Häggblom-Kronlöf, Hultberg, Eriksson og Sonn (2007) oppsummerte i sin studie at eldre mennesker kan oppleve at meningsfull aktivitet bidrar til å bevare identitet, kontinuitet, engasjement og kreativitet i livene sine.

## **4.0. METODE**

Hensikten med denne studien var å belyse hvilke erfaringer ergoterapeuter har med å fremme mestring av daglige aktiviteter hos eldre mennesker som skrives ut fra sykehus til hjem. Det var derfor naturlig å anvende en kvalitativ tilnærming. Kvalitative metoder frembringer innsikt i karaktertrekk, egenskaper eller kvaliteter ved fenomenene som skal studeres. Man får kunnskap om menneskers tanker, opplevelser, erfaringer og holdninger (Malterud, 2011). Dette synes passende for å få svar på problemstillingen og forskningsspørsmålene. Polit og Beck (2010) hevder at kvalitativ forskning ofte har et induktivt preg, det vil si at observasjon av enkelttilfeller i empiri leder til teori om fenomenet. Dette er passende der studien har en utforskende hensikt, og en ønsker variasjon- og dybdekunnskap (Polit & Beck, 2010). Dette var ønskelig i denne studien.

### **4.1. Vitenskapsteoretisk bakgrunn for denne studien**

Vitenskapsteori er viktig å kjenne til i forskningsprosessen for å få erkjennelse av vår væren og verden; ontologi, og på hvilken måte kunnskap om denne kan frembringes; epistemologi (Gilje & Grimen, 1993). Vi opererer ikke lenger med forestilling om evige sannheter, men trenger ståsteder for å forstå verden (Nordenstam, 2000).

Fenomenologi har sine røtter i den humanistiske disiplinen filosofi (Nordenstam, 2000). Den fokuserer på erfaringer mennesker har innen deres livsverden. Menneskesynet som ligger til grunn er i motsetning til dualismen at bevissthet og kropp er uatskillelig knyttet sammen. Fenomenologi søker etter *essensen* i det enkelte menneskes erfaringer i forhold til et fenomen, og tenker at elementer av sannhet om virkeligheten ligger i menneskets levde erfaringer, såkalte «lived experiences» (Polit & Beck, 2010). Dette synes som en nødvendig forutsetning i denne studien, der ønsket var å belyse ergoterapeutenes erfaringer i fenomenet eldres mestring av aktivitet i overgangsfase fra sykehus til hjem.

En retning innen fenomenologi er hermeneutikk (Polit & Beck, 2010). Ordet hermeneutikk kommer fra gresk og betyr «utlegningskunst» eller «forklaringskunst», og kan defineres som «læren om fortolkning av meningsfulle fenomener» (Gilje & Grimen, 1993, s.22).

Hermeneutikk er altså en «forståelsesbasert» kvalitativ tilnæringsmåte som ikke forholder seg til lover, men til *mening*. Hvordan mennesker fortolker sine levde erfaringer er sentralt (Polit & Beck, 2010). Jeg anser tolkning, hermeneutikk, som naturlig, nødvendig og relevant i denne studien for å få en forståelse av ergoterapeuters erfaringer og opplevelser knyttet til tema.

Et sentralt begrep er dobbel hermeneutikk. I dette ligger at forskere må fortolke og forstå noe som allerede er fortolket av de sosiale aktørene selv (Gilje & Grimen, 1993). Dette kan være komplisert da vi konstruerer og konstrueres av den verden vi lever i (Nerheim, 1996). Her ser en hvordan den kvalitative forskningstradisjon støtter seg til teorier om postmodernisme og sosial konstruksjonisme (Malterud, 2011). Å ha kjennskap til konteksten, den kulturelle, historiske og sosiale sammenhengen vi lever i, er en forutsetning for å kunne fortolke meningen i et fenomen (Gilje & Grimen, 1993). Den tyske filosofen Hans-Georg Gadamer (Gilje & Grimen, 1993) (1900-2002) innførte begrepet forforståelse. Med dette mente han at vi aldri møter verden forutsetningsløst. Vi bringer med oss vårt språk og begreper, trosoppfatninger og personlige erfaringer i samhandling med andre i forsøk på å fortolke meningsfulle fenomener (Gilje & Grimen, 1993). Malterud (2011) beskriver forforståelse som den «ryggsekken» vi bringer med oss inn i forskningsprosjektet bestående av erfaringer, hypoteser, faglig perspektiv og den teoretiske referanserammen. Den hermeneutiske sirkel symboliserer konteksten vi fortolker ut fra. Man går fra deler til helhet i en sirkulær dialogisk prosess. Den enkelte del må forstås i lys av helheten, og omvendt. Utviklingen kan ses på som en spiral der man vekselvis går fra forforståelse og forståelse til tolkning, fra teori til empiri og så videre. Slik oppnår vi stadig større innsikt og forståelse (Kvale & Brinkmann, 2009).

## **4.2. Planlegging og gjennomføring av studien**

Her følger beskrivelse av valg som ble tatt i forskningsprosessen og selve gjennomføringen av den. Funn og diskusjon av funnene i studien er presentert i vedlagte artikkel.

#### **4.2.1. Utvalg og rekruttering**

Det var ønskelig å få et utvalg der en får mest mulig rikholdig informasjon og variasjonsbredde om det aktuelle fenomenet, og et strategisk utvalg var da godt egnet (Polit & Beck, 2010). Strategisk utvalg ble også valgt fordi det innebærer inklusjonskriterier som øker sjansen for å inkludere informanter som har relevante og varierte erfaringer om studiens tema (Malterud, 2011). Kriteriene i denne studien var erfaring fra arbeid med eldre pasienter, ulik alder og års arbeidsansiennitet, minst to års arbeidserfaring og minimum 50 prosent stillingsstørrelse.

Fire ergoterapeuter fra to ulike sykehus og fire fra fire ulike kommuner i Sør-Norge deltok i studien. Ønsket om å inkludere informanter fra både kommune og sykehus ble gjort for å om mulig få en større forståelse av hele overgangsfasen, og for å prøve å unngå ensidighet ved å bare få erfaringer fra ergoterapeuter på et av tjenestenivåene. For å unngå mulige spesielle forhold forbundet med et sykehus ble det valgt ut informanter fra to ulike sykehus.

Ergoterapeutene fra sykehus var representert fra både medisinske og kirurgiske avdelinger. De fire kommunene hvor de deltagende ergoterapeutene var ansatt i var av ulik størrelse, både by- og landkommuner, og med og uten tjenestekontor. Dette ble bevisst gjort da det ut fra erfaring og forforståelse kan være forskjeller mellom sykehusavdelinger, og også kommuner kan være ganske ulike. Alderen på deltakerne varierte fra rundt 30 til nærmere 60 år. Alle var kvinner, og de hadde fra 10 til ca. 30 års arbeidserfaring. Stillingsstørrelsen varierte fra 50 til 100 prosent.

Sykehusets forskningsavdeling fikk en formell søknad om prosjektet. Informasjonsskriv med samtykkeerklæring (vedlegg 1) ble sendt til aktuelle ledere i kommunehelsetjenesten og på sykehus for informasjon og for å få tillatelse. Deretter ble ergoterapeuter som oppfylte inklusjonskriteriene forespurt av sin leder om å delta i individuelle intervju.

Det var en leder fra kommune som ikke svarte på henvendelsen. Da vedkommende etter purring fremdeles ikke svarte, ble det sendt forespørsel til en annen kommune med lignende størrelse og organisering. Bortsett fra dette gikk rekrutteringen av informanter raskt og responsen var positiv.

#### **4.2.2. Datainnsamling**

Dybdeintervjuer av individer som har erfart fenomenet er interessant i er en aktuell metode i fenomenologiske og hermeneutiske studier (Polit & Beck, 2010). Kvalitativt

forskningsintervju ble brukt som metode da dette synes passende for å forsøke å få fram hva den enkelte ergoterapeut erfarer og opplever i sin livsverden.

I følge Kvale og Brinkmann (2009) er det i forskningsintervjuet avgjørende å hente inn beskrivelser av den intervjuedes livsverden for å kunne fortolke betydningen. Dette kan ses på som å utøve et håndverk. Kunnskapen konstrueres i dialog mellom den intervjuede og den som intervjuer (Kvale & Brinkmann, 2009). I samsvar med Nerheims (1996) hermeneutiske ideal er det «toveiskommuniserende blikket» her overordnet, gjensidig dialog og kommunikasjon skaper sammen forståelse av et fenomen.

Fire av intervjuene foregikk etter informantens ønske på intervjuers arbeidsplass, mens de andre fire på deres arbeidsplass. Informert samtykke var sikret og deres rettigheter understreket nok en gang før intervjuene startet. En semistrukturert intervjuguide med planlagte tema ble benyttet (vedlegg 2). Intervjuene ble etter informantens samtykke tatt opp på bånd, og transkribert ordrett i etterkant der dialekt ble omskrevet til bokmål. Jeg valgte å ha to båndopptakere for sikkerhets skyld. Ingen av informantene så ut til å bli hemmet av båndopptakerne. Det ble dessverre forstyrrelser under to av intervjuene ved at noen kom inn i rommet. I tillegg måtte avspillingskassetten byttes enkelte ganger. Det virket imidlertid ikke som informantene ble spesielt distraheret av dette, og jeg tror ikke det hadde noe å si for kvaliteten på intervjuene. Hvert intervju varte fra 30 til 45 minutter.

#### **4.2.3. Dataanalyse**

I kvalitative studier er hensikten med analysen å organisere, gi struktur til og trekke ut mening fra data (Polit & Beck, 2010). Intervjutekstene ble analysert induktivt ved hjelp av innholdsanalyse, som er en analyseteknikk hvor intervjutekstens meningsinnhold kategoriseres og kodes i spesielle temaer og mønstre som går igjen (Polit & Beck, 2010). Dette opplevde jeg hensiktsmessig i forhold til problemstillingen og forskningsspørsmålene mine som gikk på ergoterapeutenes erfaringer og meninger. Analysemetoden som ble brukt er inspirert av Graneheim og Lundmans (2004) anbefalinger for kvalitativ innholdsanalyse. Dette fordi jeg opplevde den relevant for å få frem både hva ergoterapeutene erfarte, men også for å forsøke å få en dypere tolkning av dette. Lundman og Graneheim (2012) mener deres prinsipper for kvalitativ innholdsanalyse kan være anvendelig for nye utøvere av forskningshåndverket. Innholdsanalyse kan gjøres med ulike abstraksjonsnivåer. Graneheim og Lundman (2004) mener det alltid blir en form for tolkning av en tekst, men at den kan

være mer eller mindre dyp. De hevder det manifeste innholdet i teksten er det som uttrykkes direkte i teksten. Det latente innholdet innebærer at forskeren gjør en tolkning av tekstens innhold. Analysen foregikk i samsvar med Graneheim og Lundman (2004) noe forenklet gjennom disse trinnene:

- Hele teksten ble lyttet til og lest gjennom flere ganger for å få en følelse av helheten.
- Meningsbærende enheter relevant for problemstillingen ble plukket ut.
- Meningsbærende enheter ble kondensert (forkortet) og kodet. Kodene ble sammenlignet i likheter og ulikheter og samlet i kategorier som gjenspeilet det sentrale budskapet i intervjuene. Disse kategoriene med underkategorier utgjør det manifeste innholdet.
- Til slutt ble det overordnede tema, den underliggende meningen, forsøkt formulert, der det latente innholdet i intervjuene inngår.

Min begrensning er lite erfaring med forskning, derfor ble nok det manifeste innholdet mest omfattende i analysen. Jeg ville likevel prøve meg på en dypere tolkning av meningsinnholdet i teksten, ved å lete etter røde tråder i intervjuene som utgjorde tema (presentert i vedlagt artikkelmanuskript).

Det er sjelden man går lineært gjennom prosessen fra begynnelse til slutt, det er snarere en frem og tilbakegang mellom stegene, lik den hermeneutiske sirkel (Graneheim & Lundman, 2004; Polit & Beck, 2010). Analysen var en svært tidkrevende og utfordrende prosess, der en gjentatte ganger måtte veksle mellom transkribert tekst og beskrivelser og tolkning av funn.

#### **4.2.4. Forskningsetiske betraktninger**

Forskere har et stort etisk ansvar, og i følge Kvale og Brinkmann (2009) er et kvalitativt dybdeintervju også en moralsk undersøkelse. Helsinkideklarasjonen (2013) gir en del føringer for forskning på mennesker, blant annet skal den fremme respekt og beskytte deres helse og rettigheter. Ethiske forholdsregler var styrende og ble reflektert over i hele prosessen.

- **Informert samtykke**

Både i informasjonsskrivet (vedlegg 1) og før intervjuene startet ble det gitt opplysninger om hva studien dreide seg om. Det ble understreket at det var frivillig å delta, og at de kunne trekke seg når som helst før prosessen var avsluttet uten å måtte begrunne dette nærmere. Alle informantene ga både skriftlig og muntlig samtykke.



- **Konsekvenser**

Det ble tenkt igjennom og formidlet mulige konsekvenser som deltakelse i studien kunne ha for informantene. Det anses å være liten risiko eller ulempe forbundet med å delta i prosjektet, bortsett fra eventuelt den tiden de måtte avsette til intervjuet. Målet med studien var å finne frem til ny og viktig kunnskap som kan rettferdiggjøre bruk av andres tid og tillit. Selv om informanten kan bli minnet på leie opplevelser, kan det like gjerne være at informanten kan føle seg oppløftet etter intervjuet fordi de har fått snakke om noe som opptar dem (Kvale & Brinkmann, 2009). En forsøkte uansett under intervjuene å være oppmerksom på eventuelle reaksjoner preget av ubehag.

- **Konfidensialitet**

Konfidensialitet skal beskytte forskningsdeltakerne som kilder (Nilssen, 2012). Det ble understreket at anonymisering og intervjuers taushetsplikt skulle overholdes, og at datamaterialet ikke skulle brukes til noe annet enn det som var beskrevet og lovet. Av hensyn til anonymisering ble ikke navnene til informantene og deres nåværende eller tidligere arbeidssted tatt med i transkripsjonene da dette lett kunne ha identifisert dem. Heller ikke helt eksakt alder eller antall års arbeidserfaring ble nevnt. Dette fordi ergoterapeutmiljøet er forholdsvis lite og gjennomskiktig.

Datamaskinen som ble brukt er passordbeskyttet. Datamaskin, båndopptaker, minnepenn og det transkriberte materialet blir oppbevart forsvarlig. Materialet skal bli slettet innen avtalt dato. Prosjektet er godkjent av Fakultetets Etiske Komite ved Universitetet i Agder (vedlegg 4) og Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste (Ref.nr: 35273. Vedlegg 3).

#### **4.2.5. Forforståelse.**

Vi kan ikke sette all forforståelse i parentes, men bør klargjøre under hvilke forutsetninger forståelse fremkommer. Det er ikke alltid lett å se seg selv utenfra, men jeg har prøvd å ha en bevisst holdning til egen forforståelse i hele prosessen. Som ergoterapeut og forsker på samme tid inntar man en slags dobbeltrolle (Somby & Segadal, 2014). Det ble gjort tydelig for informantene at jeg i denne sammenheng hadde rollen som forsker. Det har også vært nøye bevissthet om å skille mellom kunnskapen jeg har i kraft av min stilling som ergoterapeut, og de dataene jeg har innhentet som forsker. Erfaringen som ergoterapeut kan utgjøre en trussel om å bli blindet, noe som kan hindre en i å se nye uventede funn (Malterud, 2011). På den annen side er forforståelsen med på å muliggjøre forståelse og dypere innsikt i

tema, og er naturlig til stede i en hermeneutisk fortolkning av datamaterialets mening (Polit & Beck, 2010).

### **4.3. Metoderefleksjoner.**

Kvalitativ metode opplevde jeg som interessant og nyttig for finne veien til utvidet kunnskap om oppgavens tema. Den systematiske, ryddige fremgangsmåten kombinert med et fleksibelt design gjorde at prosessen opplevdes meningsfylt og håndterlig i møte med et stort datamateriale. Likevel har prosessen vært utfordrende, særlig med tanke på den kreative delen av analyseprosessen.

#### **4.3.1. Utvalget.**

Utvalget var ikke stort. Det er mulig at å inkludere flere informanter kunne belyst tema ytterligere. Samtidig hadde jeg en opplevelse av at mye av det som kom frem i intervjuene etter hvert var sammenfallende. I følge Malterud (2011) bør man være forsiktig med å snakke om metningspunkt, men heller være mer nøktern og tenke at en belyser tema og kanskje åpner noen nye dører. Det hevdes likeledes at det ikke er antallet deltakere som er avgjørende i kvalitative studier, men kunnskapen en sitter igjen med (Polit & Beck, 2010; Kvale & Brinkmann, 2009). Datamaterialet viste seg å bli stort, omfattende og innholdsrikt. Det lyktes kun å få kvinner med i utvalget. Det er mulig menn ville kommet med annen informasjon, men selv om det ikke kan utelukkes ser jeg egentlig ingen grunn til å tro at erfaringene skulle være så ulike mellom kjønnene. Det er også færre mannlige ergoterapeuter, noe som kunne gjøre informantene lettere å gjenkjenne. Det kan ikke utelukkes at de som sa ja til å bli med i studien var ekstra engasjert i tema, men dette behøver nødvendigvis ikke å være noen ulempe. De fleste informantene hadde en del erfaring, ingen var nyutdannede. Det kan være at noen ergoterapeuter som var mer nyutdannede kunne hatt andre erfaringer, eller sett ting med nye øyne. Jeg ønsket imidlertid å få fram erfaringer de senere årene også i lys av samhandlingsreformen, og vurderte da at to års arbeidserfaring var minimum for å ha dette. Det ble spredning i antall års arbeidserfaring. I tillegg har jeg inkludert informanter fra både kommune og sykehus for å få mulighet til å se overgangsprosessen fra ulike ståsteder.

#### **4.3.2. Intervjuene.**

Det at jeg er uerfaren i forskningsprosessen kan ha satt sitt preg på resultatet. Det var utfordrende under intervjuene å ha intervjuguiden til hjelp, men samtidig ikke være helt styrt

av den. Jeg opplevde imidlertid at atmosfæren var såpass avslappet under intervjuene at samtalen foregikk naturlig og åpent, samtidig som vi holdt oss innen tema. En god planlegging av prosessen sammen med veileder i forkant tror jeg var avgjørende. Forforståelse gjennom erfaring fra samhandling med mennesker fra arbeidet mitt har nok også hjulpet meg til å skape en dialog og samtale med ulike forskningsdeltakere. Jeg opplevde det vanskeligere å få frem intervjupersonenes fortellinger og historier fra praksis. Mange hadde lettere for å fortelle om sine generelle meninger. I følge både Malterud (2011) og Kvale og Brinkmann (2009) kan ofte fortellinger fra praksis gi gode muligheter for å oppnå ny innsikt. Likevel, informantene var ulike, noen husket historier bedre enn andre.

Kun et intervju av hver person ble utført. Noen informanter måtte tenke seg om flere ganger før de svarte. En av dem ville stoppe båndopptakeren en stund og ha betenkningstid. Hadde jeg intervjuet flere ganger ville de hatt muligheten til å reflektere mer over tema sammen med arbeidet sitt. På den annen side ville jeg kanskje da ikke fått spontane svar, eller mulighet til å konstruere kunnskap i en dialogisk prosess. Intervju som metode har videre sine begrensninger med at vi er prisgitt og må stole på det informantene sier. Det kan være menneskelig bevisst eller ubevisst å presentere seg i et godt lys, med fare for å gå glipp av negative egenskaper eller erfaringer (Polit & Beck, 2010). I kvalitativ forskning kan det være en fare for at deltakerne svarer og diskuterer det de tror at forskerne ønsker (Kvale & Brinkmann, 2009). Dette kan muligens forsterkes når intervjuer også er ergoterapeut, og dette kan være en svakhet med studien. Jeg tror likevel problemstillingen blir besvart relativt tilfredsstillende da det tross alt er informantenes forståelse og erfaringer som skal frem. Da blir det naturlig å spørre dem det gjelder.

#### **4.3.3. Analysen.**

Analysen av datamaterialet ble for meg det mest utfordrende med hele forskningsprosessen. Virkeligheten og menneskelige erfaringer kan være sammensatt og komplekse (Malterud, 2011), noe som gjør det ytterligere komplisert. Inndeling i kategorier og underkategorier var krevende da mye kunne oppleves å gå over i hverandre. Det er ikke lett å være helt kategorisk. Et eksempel er kategori 1 og 2 (se vedlagte artikkelmanuskript). Tilrettelegging av aktivitet på individnivå (kategori 1) har sammenheng med pasientens omgivelsesnivå (kategori 2). Å skille dem i to kategorier ble imidlertid valgt da det er med på å tydeliggjøre funnene. Det viste seg underveis at en av kategoriene jeg hadde funnet var litt på siden av hva problemstillingen spurte etter, jeg måtte da tilbake i teksten igjen og analysere noen av

funnene på ny. Det ble flere runder mellom deler og helhet i teksten før jeg til slutt måtte si meg fornøyd. Dette viser hvordan den hermeneutiske spiralen er sentral i analyse og tolkning av tekstmaterialet. Å prøve å tolke den latente meningen og finne tema i det som ble sagt var spesielt utfordrende. Datamaterialet kan antakelig tolkes ulikt. Dette trenger i følge Polit og Beck (2010) og Kvale og Brinkmann (2009) ikke være en begrensning, men tvert i mot en berikelse da ulike nyanser av virkeligheten kan tre fram.

#### **4.3.4. Forforståelsen.**

Min forforståelse har skapt engasjement og vært et viktig motivasjonselement for å gjennomføre studien. I forskerrollen opplevde jeg det utfordrende å balansere nærhet og avstand. Lundman og Graneheim (2012) fremhever betydningen av refleksjoner knyttet til nettopp forforståelsens preg på forskningsprosessen. For å oppfatte hva det empiriske materialet forteller meg har jeg i analysen innledningsvis prøvd å legge fra meg de «skylappene» den teoretiske referanserammen innebærer, og la datamaterialet tale for seg (Malterud, 2011). Samtidig vet jeg paradoksalt nok at jeg aldri fullt ut kan frigjøre meg fra de brillene jeg er vant til å lese virkeligheten gjennom. Graneheim og Lundman (2004) mener også at en viss tolkning alltid er til stede ved analysen av en tekst.

#### **4.3.5. Andre refleksjoner.**

Metodetriangulering kunne muligens ha styrket studiens troverdighet (Polit & Beck, 2010), og gitt økt belysning og forståelse av tema. Jeg kunne hatt fokusgruppeintervju i tillegg til individuelle intervju. Da det av praktiske årsaker som geografiske avstander, få ergoterapeuter og begrenset med tid var mer komplisert å få dette til, ble det valgt kun å bruke individuelle forskningsintervju som metode.

Teoritriangulering vil si å gjennomgå materialet med ulike teoretiske briller, noe som kan styrke gyldighet og troverdighet (Polit & Beck, 2010). Det er valgt ut teorier som referanseramme for oppgaven. Jeg er klar over at det finnes flere teorier som omhandler for eksempel mestring. Det er bevisst valgt å ikke ta med flere teorier da det kunne blitt mer omfattende enn rammen for denne oppgaven er, og medføre fare for at resultatet ble mer overfladisk presentert. Jeg gjorde derfor noen avgrensninger knyttet til referanseramme, og valgte det jeg mente var mest relevant for å belyse problemstillingen.

Datamaterialet viste seg å ha et slikt omfang at det ble utfordrende å velge ut det mest relevante som skulle komme med i artikkelen. Avgrensning ble uunngåelig og noe frustrerende, men nødvendig for å redusere tekstmengden til tidsskriftets krav (vedlegg 6). Jeg opplever at problemstillingen og forskningsspørsmålene ble besvart ganske grundig i intervjuene, men at en del kunnskap «forsvinner» og ikke kommer med i artikkelen. Jeg valgte å avgrense til det jeg oppfattet som mest relevant. Andre ville kanskje valgt andre avgrensninger enn jeg gjorde.

#### **4.4. Troverdighet og overførbarhet**

I forskning må en alltid ta noen forbehold om funnene (Malterud, 2011). Virkeligheten kan være kompleks og sammensatt (Kvale & Brinkmann, 2009). «Kartet» kan aldri yte «terrenget» rettferdighet, - vi kan si vi har funnet et bilde av virkelighet, men ikke *virkeligheten* (Malterud, 2011). I kvalitative studier er hvilke begreper en bruker for å vurdere kvalitet omdiskutert, men begreper som troverdighet og overførbarhet ser det ut til at flere slutter seg til (Graneheim & Lundman, 2004; Polit & Beck, 2010).

I følge Kvale og Brinkmann (2009) og Polit og Beck (2010) er studiens troverdighet noe som bør prege alle fasene av forskningsprosessen. I denne studien ble det gjennom hele prosessen fokusert på problemstillingen og forskningsspørsmålene som skulle besvares. Jeg vil ta utgangspunkt i Kvale og Brinkmanns (2009) validering i syv stadier for å vise hvordan jeg gjennom hele forskningsprosessen prøvde å få troverdig og overførbar kunnskap:

1. *Tematisering*: Forforståelse i form av egen erfaringsbakgrunn, grundig litteratursøk og kritisk lesing av teoretisk referanseramme endte i et kunnskapshull. Problemstilling og forskningsspørsmål ble formulert for å belyse dette kunnskapshullet. Jeg vurderer temaet for studien som svært relevant, og opplever at problemstilling og forskningsspørsmålene ble besvart.
2. *Planlegging*. En nøye planlagt forskningsprosess med prosjektbeskrivelse ble utarbeidet. Relevante og anerkjent metoder ble benyttet. Etske aspekter ble reflektert over, og kunnskapen anses å være fordelaktig fordi den kan bidra til god pasientbehandling. Studien ble godkjent av aktuelle instanser.
3. *Intervjuing*. Under intervjuet ble kontroll- og oppfølgingsspørsmål stilt for å øke sannsynligheten for at kunnskapen vi sammen konstruerte ble oppfattet og tolket riktig. Spørsmålene i intervjuguiden viste seg å være relevante for å få svar på problemstilling

og forskningsspørsmål. Det ble rikholdige og nyanserte beskrivelser i intervjuene.

Intervjuet ble tatt opp på bånd for å sikre at ikke data gikk tapt.

4. *Transkribering.* Ordrette transkripsjoner ble utført.
5. *Analysering.* En mye brukt analysemetode ble anvendt. Jeg prøvde å stille motspørsmål til tolkningene jeg gjorde i analyseprosessen. Helhet og deler ble sett opp mot hverandre for å forsøke å tolke meningen i fenomenet som ble undersøkt. Forforståelsens nytte og begrensning ble forsøkt bevisstgjort.
6. *Validering.* Jeg har tatt refleksive og kritiske notater i egen bok i hele prosessen, og har stadig kommet tilbake til disse. Jeg har videre prøvd å kontrollere feilkildene til studien med en «falsifikasjonsholdning». Overlever påstandene dette er de mer gyldige og troverdige. Det ble tilstrebet transparens i prosessen.
7. *Rapportering.* Sitater ble brukt i presentasjon av funn for å sikre troverdighet ved at informantens stemme ble synlig. Artikkelen ble skrevet etter kriterier for et internasjonalt tidsskrift, og målet er å gjøre kunnskapen tilgjengelig for allmennheten ved å publisere studien.

Jeg opplever selv å ha fått svar på problemstillingen og forskningsspørsmålene, og at metoden var egnet til dette. Ergoterapeutene ga utdypende beskrivelser av sine opplevelser og erfaringer i deres livsverden slik hensikten med studien var. Det ble tilstrebet transparens eller gjennomsiktighet slik at andre lettere kan kikke meg i kortene, samt systematisk kritisk refleksjon gjennom hele prosessen for å gjøre den så gyldig og troverdig som mulig. Intern konsistens mellom epistemologi, metodologi og metode er etterstrebet, noe som i følge Carter og Little (2007) er av betydning for kvaliteten på kvalitative studier. Intervjuren er i følge Kvale og Brinkmann (2009) selve forskningsinstrumentet, og verdien av kunnskapen er avhengig av den håndtverksmessige dyktigheten som blir utøvd. Min begrensning er som sagt lite erfaring med forskning, men hele prosessen er godt gjennomtenkt og planlagt. Veileder til denne studien er en erfaren forsker. Hun har vært aktivt med gjennom hele forskningsprosessen, og blant annet sett på om det er intern konsistens i oppgaven. Validering ved hjelp av eksperter er i følge Graneheim og Lundman (2004) og Polit og Beck (2010) med på å øke studiens gyldighet og troverdighet, og kan ses på som en kvalitetssikring av studien. Artikkelen ble også sendt til en medstudent for kommentar.

Overførbarhet handler om i hvilken utstrekning resultatet kan overføres til andre lignende grupper eller situasjoner (Lundman & Graneheim, 2012). Funnene anses å ha relevans

(Malterud, 2011) da lite forskning ser ut til å være gjort i Norge og Norden i et ergoterapiperspektiv. Funnene gir også innblikk i nye erfaringer etter samhandlingsreformen ble innført, og det er ikke funnet forskning fra tidligere som undersøker erfaringene fra både ergoterapeuter i kommunehelsetjenesten og på sykehus på samme tid. Kunnskapen kan være et relevant bidrag for å møte utfordringer og fremme helse hos et økende antall eldre mennesker i befolkningen. Fortolkningen i denne studien kan være en av flere, men styrken er at funnene samsvarer med en del lignende studier som er gjort internasjonalt. Det antas at funnene kan ha overføringsverdi til ergoterapeuter og annet helsepersonell som arbeider på sykehus og i kommunehelsetjeneste i Norge. Det kan også tenkes at funnene kan være overførbare til en del andre land der helsetjenesten er organisert på lignende måte.

## **5.0. AVSLUTNING.**

Denne masteroppgaven har vært en lærerik og spennende prosess. Inntrykket jeg sitter igjen med er at dette tema er svært aktuelt og viktig, og kan berøre oss alle i større eller mindre grad. Det er ønskelig at kunnskapen kan inspirere ergoterapeuter og annet helsepersonell til å ha fokus på og gjøre det beste ut av denne helt spesielle balansekunsten i å fremme gode overganger i møte med eldre mennesker. Både forskning og erfaringer i arbeidshverdagen kan gi oss verdifull forståelse av å fremme mestring av aktivitet i overgangsfaser. Behovet for slik kunnskap blir sannsynligvis ikke mindre i tiden fremover.

## **REFERANSER:**

- Antonovsky, A. (1996). The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health Promotion International, 11*(1), 11-18.
- Antonovsky, A. (2012). *Helsens mysterium. Den salutogene modellen*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Atwal, A., McIntyre, A., Craik, & Hunt, J. (2008). Older adults and carers` perceptions of pre-discharge occupational therapy home visits in acute care. *Age and Ageing, 37*, 72-76.
- Atwal, A., McIntyre, A., & Wiggett, C. (2012). Risks with older adults in acute care settings: UK occupational therapist`s and physiotherapist`s perceptions of risks associated with discharge and professional practice. *Scandinavian Journal of Caring Sciences, 26*, 381-393.
- Avlund, K., Jepsen, E., Vass, M., & Lundemark, H. (2002). Effects og comprehensive follow-up home visits after hospitalization and functional ability and readmissions among old patients. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy, 9*(1), 17-22.
- Bontje, P., Asaba, E., Tamura, Y., & Josephsson, S. (2012). Japanese older adults perspectives on resuming daily life during hospitalization and after returning home. *Occupational Therapy International, 19*, 98-107.
- Brandt, Å., Madsen, J. M., & Peoples, H. (2013). *Basisbog i ergoterapi. Aktivitet og deltagelse i hverdagslivet*. København: Munksgaard Danmark.
- Carter, S. M., & Little, M. (2007). Justifying Knowledge, Justifying Method, Taking Action: Epistemologies, Methodologies, and Methods in Qualitative Research. *Qualitative Health Research, 17*, 1316-1328.
- Cederfeldt, M., Lundgren, P. B., & Sadlo, G. (2003). Occupational Status as Documented in Records for Stroke Inpatients in Sweden. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy, 10*, 81-87.



- Chick, N., & Meleis, A. I. (2010). Transitions: A nursing concern. I A. I. Meleis (Red.), *Transitions Theory. Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research* (s. 24-38). New York: Springer Publishing Company.
- Christiansen, C. H., Backman, C., Little, B. R., & Nguyen, A. (1999). Occupations and well-being: A study of personal projects. *The American Journal of Occupational Therapy*, 53, 91-100.
- Cook, R.J., Berg, K. Mmath, K-A.L., Poss, J.W., Hirdes, J.P., & Stolee, P. (2013). Rehabilitation in Home Care is associated with functional improvement and preferred discharge. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 94, 1038-47.
- Crennan, M., & MacRae, A. (2010). Occupational therapy discharge assessment of elderly patients from acute care hospitals. *Physical & Occupational Therapy in Geriatrics*, 28(1), 33-43.
- Crossen-Sills, J., Bilton, W., Bickford, M., Rosebach, J., & Simms, L. (2007). Home Care Today. Showcasing interdisciplinary management in home care. *Home Healthcare Nurse*, 25(4), 245-252.
- Declaration of Helsinki. Ethical principles for medical research involving human subjects. 2013. 64<sup>th</sup> WMA General Assembly. Fortaleza, Brazil. Hentet 24.10 2014 fra: <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3>.
- Durocher E., & Gibson, B.E. (2010). Navigating ethical discharge planning: A case study in older adult rehabilitation. *Australian Occupational Therapy Journal*, 57, 2-7.
- Eriksson, M., & Lindström, B. (2006). Antonovsky`s sense of coherence scale and the relation with health: A systematic review. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 60, 376-381.
- Gage, M., Cook, J.V., & Fryday-Field, K. (1996). Understanding the transition to community living after discharge from an acute care hospital: An exploratory study. *The American Journal of Occupational Therapy*, 51(2), 96-103.
- Gilje, N., & Grimen, H. (1993). *Samfunnsvitenskapenes forutsetninger. Innføring i samfunnsvitenskapenes vitenskapsfilosofi*. Oslo: Universitetsforlaget.

- Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, (24), 105-112.
- Hammel, K. W. (2004). Dimensions of meaning in the occupations of daily life. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 71(5), 296-305.
- Harris, S., James, E., & Snow, P. (2008). Predischarge occupational therapy home assessment visits: towards an evidence base. *Australian Occupational Therapy Journal*, 55(2), 85-95.
- Helse- og omsorgstjenesteloven (2011, sist endret 2012). Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. Hentet fra <http://www.lovdatab.no/cgi-wift/wiftldles?doc=/app/gratis/www/docroot/all/nl-201106>.
- Helsepersonelloven (2001, sist endret 2012). Lov om helsepersonell mv. Hentet fra <http://www.lovdatab.no/cgi-wift/wiftldrens?/app/gratis/www/docroot/all/nl-199907020>.
- Hendriksen, H., & Harrison, R. A., (2001). Occupational therapy in accident and emergency departments: a randomized controlled trial. *Journal of Advanced Nursing*, 36(6), 727-732.
- Horghagen, S., Sveen, U., Holm, J., Hagby, C., Hammervold, B., Reinsberg, S., & Thyness, E. M. (2007). Hvorfor beste praksis? I S. Horghagen, U. Sveen, J. Holm, C. Hagby, B. Hammervold, S. Reinsberg, & E. M. Thyness (Red.), *Beste praksis i ergoterapi* (s. 11-18). Trondheim: Tapir Akademisk Forlag.
- Hvalvik, S., & Reiersen, I. Å. (2011). Transitions from self-supported to supported living: Older people`s experiences. *International Journal of Studies of Health and Well-being*, 6, <http://dx.doi.org/10.3402/qhw.v6i4.7914>
- Hvalvik, S., & Dale, B. (2013). Nurses` Experiences of Caring for Older Persons in Transition to Receive Homecare: Being Somewhere in between Competing Values. *Nursing Research and Practice*, <http://dx.doi.org/10.1155/2013/181670>

- Hägglom-Kronlöf, G., Hultberg, J., Eriksson, B. G., & Sonn, U. (2007). Experiences of daily occupations at 99 years of age. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 14, 192-200.
- Høie, M. (2004). Sence og coherence, health distress and life satisfaction: an investigation among elderly people who live in their own homes. *Vård i Norden*, 24(3), 38-43.
- Kielhofner, G. (2009). *MOHO-modellen. Modellen for menneskelig aktivitet. Ergoterapi til uddannelse og praksis*. København: Munksgaard Danmark.
- Kielhofner, G. (2010). *Ergoterapi i praksis. Det begrepsmæssige grundlag*. København: Munksgaard Danmark.
- Kralik, D., Visentin, K., & Van Loon, A. (2010). Transition: A literature review. I A. I. Meleis (Red.), *Transitions Theory. Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice* (s. 72-83). New York: Springer Publishing Company.
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2009). *Det kvalitative forskningsinterview*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Lannin, N. A., Clemson, L., McCluskey, A., Chung-Wei, L. C., Cameron, I. D., & Barras, S. (2007). Feasibility and results of a randomised pilot-study of pre-discharge occupational therapy home visits. *BMC Health Services Research*, 7(42), 1-8.
- Lilja, M., Nygård, L., & Borell, L. (2000). The transfer of information about geriatric clients in the occupational therapy chain of care: an intervention study. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 7(2), 51-59.
- Lund, A., Svendsen, L. K., & Lillebø, M. O. (2007). Aktiv aldring- rett til aktivitet og deltakelse? I S. Horghagen, U. Sveen, J. Holm, C. Hagby, B. Hammervold, S. Reinsberg, & E. M. Thyness (Red.), *Beste praksis i ergoterapi* (s.201-216). Trondheim: Tapir Akademisk Forlag.
- Lundman, B. & Graneheim, U. (2012). Kvalitativ innehållsanalys. I M. Grankär, & B. Höglund-Nielsen (Red.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. (s.187-201). Lund: Studentlitteratur.
- Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning*. Oslo: Universitetsforlaget.

- Mayo, N. E., Wood-Dauphinee, S., & Côte, R. (2000). Prompt hospital discharge with home care improved physical health and community reintegration and reduced initial length of hospital stay after acute stroke. *Evidence Based Nursing*, 3(4), 1016-1023.
- Meleis. A. I. (Red.). (2010). *Transitions Theory. Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice*. New York: Springer Publishing Company.
- Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E., Hilfinger Messias, D. K., & Schumacher, K. (2010). Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. I A. I. Meleis (Red.), *Transitions Theory. Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice* (s. 52-65). New York: Springer Publishing Company.
- Moats, G. (2006). Discharge decision-making with older people: the influence of the institutional environment. *Australian Occupational Therapy Journal*, 53(2), 107-116.
- Moats, G., & Doble, S. (2006). Discharge planning with older adults: toward a negotiated model of decision making. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 73(5), 303-311.
- Moats, G. (2007). Discharge decision- making, enabling occupations, and client-centred practice. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 74(2), 91-101.
- Nerheim, H. (1996). *Vitenskap og kommunikasjon. Paradigmer, modeller og kommunikative strategier i helsefagenes vitenskapsteori*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Neville-Jan, A., Piersol, C. V., Kielhofner, G., & Davis, K. (1993). Adaptive equipment: a study of utilization after hospital discharge. *Occupational Therapy in Health Care*, 8(4), 3-18.
- Nilssen, V. (2012). *Analyse i kvalitative studier. Den skrivende forskeren*. Oslo: Universitetsforlaget AS.
- Nordenstam, T. (2006). *Fra kunst til vitenskap*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Nygård, L., Grahn, U., Rudenhammar, A., & Hydling, S. (2004). Reflecting on practice: are home visits prior to discharge worthwhile in geriatric inpatient care? *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, (18), 193-203.

- Parker, S. G., Peet, S. M., McPherson, A., Cannaby, A. M., Abrams, K., Baker, R., m.fl. (2002). A systematic review of discharge arrangements for older people. *Health Technology Assessment*, 6(4), 1-147.
- Pasient- og brukerrettighetsloven (1999, sist endret 2012). Lov om pasient- og brukerrettigheter. Hentet fra <http://www.lovdata.no/cgi-wift/wiftdles?doc=/app/gratis/www/docroot/all/nl-199907>.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2010). *Nursing Research. Appraising Evidence for Nursing Practice*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Rittman, M., Boylstein, C., Hinojosa, R., Hinojosa, M. S., & Haun, J. (2010). Transition experiences of stroke survivors following discharge home. I A. I. Meleis (Red.), *Transitions Theory. Middle-Range and Situation-specific Theories in Nursing Research and Practice* (s. 170-181). New York: Springer Publishing Company.
- Robertson, L., & Blaga, L. (2013). Occupational therapy assessments used in acute physical care settings. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 20(2), 127-135.
- Schumacher, K. L., Jones, P. S., & Meleis, A. I. (2010). Helping elderly persons in transition: A framework for research and practice. I A. I. Meleis (Red.), *Transitions Theory. Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice* (s. 129-144). New York: Springer Publishing Company.
- Schumacher, K. L., & Meleis, A. I. (2010). Transitions: A central concept in nursing. I: A. I. Meleis (Red.), *Transitions Theory. Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice* (s. 38-51). New York: Springer Publishing Company.
- Shepperd, S., Lannin, N. A., Clemson, L. M., McCluskey, A., Cameron, I. D., & Barras, S. L. (2013). Discharge planning from hospital to home (Review). *The Cochrane Collaboration*, 1-44.
- Somby, A.-M., & Segadal, K. U. (2014). Personvern hensyn og etiske problemstillinger ved publisering av fagartikler i Ergoterapeuten. *Ergoterapeuten*, 4, 44-49.
- Spesialisthelsetjenesteloven (1999, sist endret 2012). Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. Hentet fra <http://www.lovdata.no/all/tl-19990702-061-002.html>.

- St.meld nr. 47 2008-2009 (2009). *Samhandlingsreformen: rett behandling på rett sted til rett tid*. Helse- og omsorgsdepartementet. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- St.meld nr. 25 2005-2006 (2006). *Mestring, mulighet og mening. Framtidas omsorgsutfordringer*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Söderback, I. (2008). Hospital discharge among frail elderly patients: A pilot study in Sweden. *Occupational Therapy International*, 15 (1), 18-31.
- Söderhamn, U., Bachrach-Lindstrøm, M., & Ek, A-C. (2008). Self-care ability and sense of coherence in older nutritional at-risk patients. *European Journal of Clinical Nutrition*, 62, 96-103.
- Söderhamn, U., Dale, B., & Söderhamn, O. (2013). The meaning of actualization of self-care resources among a group of older home-dwelling people- A hermeneutic study. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 8, <http://dx.doi.org/10.3402/qhw.v8i0.20592>
- Taylor, R., Kurytnik, L., & Pain, K. (2007). Watch your practice. Discharge planning for older adults: the added value of occupational therapy home visits. *Occupational Therapy Now*, 9(5), 18-20.
- Thorsén, A., Widén Holmqvist, L., de Pedro-Cuesta, J., & von Koch, L. (2005). A randomized controlled trial of early supported discharge and continued rehabilitation at home after stroke: five-year follow-up of patient outcome. *Stroke*, 36(2), 297-302.
- Thygesen, E., Sævareid, H. I., Lindstrøm, T. C., & Engedal, K. (2009). Psychological distress and its correlates in older care-dependent persons living at home. *Aging & Mental Health*, 13(3), 319-327.
- Tuntland, H. (2011). *En innføring i ADL. Teori og intervensjon*. Kristiansand: Høyskoleforlaget.
- Turner, B., Ownsworth, T., Cornwell, P., & Fleming, J. (2009). Reengagement in meaningful occupations during the transition from hospital to home for people with acquired brain injury and their family caregivers. *American Journal of Occupational Therapy*, 63(5), 609-620.

- Vrkljan, B. H., & Miller-Polgar, J. (2001). Meaning of occupational engagement in life threatening illness: a qualitative pilot project. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 68(4), 237-246.
- Wales, K., Clemson, L., Lannin, N. A., Cameron, I. D., Salked, G., Gitlin, L., m.fl. (2012). Occupational therapy discharge planning for older adults: A protocol for randomised trial and economic evaluation. *BMC Geriatrics*, 12(34), 1-7.
- Welch, A., & Lowes, S. (2005). Home assessment visits within the acute setting: a discussion and literature review. *The British Journal of Occupational Therapy*, 68(4), 158-164.
- Wielandt, T., McKenna, K., Tooth, L., & Strong, J. (2006). Factors that predict the post-discharge use of recommended assistive technology (AT). *Disability & Rehabilitation: Assistive Technology*, 1(1-2), 29-40.
- World Health Organization (2014). Health statistics and health information system: Definition of an older or elderly person. Hentet fra <http://www.who.int/whosis/whostat/en/index.html>.
- Wressle, E., Filipsson, V., Andersson, L., Jacobsson, B., Martinsson, K., & Engel, K. (2006). Evaluation of occupational therapy interventions for elderly patients in Swedish acute care: a pilot study. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 13(4), 203-210.

**Artikkelmanuskript: 6976 ord.**

Balansen mellom pasientenes behov og kontekstuelle krav:

Ergoterapeuters erfaringer knyttet til eldre pasienters overgangsfase fra sykehus til eget hjem.

Helene Hald og Bjørg Dale

*Helene Hald, Sørlandet sykehus helseforetak.*

*Lonaåsen 30, 4849 Arendal. Tlf. 993 22211. helhald@online.no*

*Bjørg Dale, Universitetet i Agder, Institutt for helse- og sykepleievitenskap.*

The balance between patients' needs and contextual requirements:

Occupational therapists' experiences related to older patients' in transition from hospital to own home.

## **Abstract**

**Background and aim:** To cope with daily activities after discharge from hospital may represent several challenges for older people. The aim of this study was to illuminate occupational therapists' experiences of promoting activities for older patients who are in transition from hospital to own home.

**Method:** A qualitative design was used. Eight occupational therapists, four working in hospitals and four working in community home services, were interviewed. Qualitative content analysis was used in the analysis of the interviews.

**Findings:** Three main categories emerged from the interviews: "to facilitate for activities on an individual level", "potentials in the patient's environments" and "interaction between service levels". A main theme was "to find a balance between patients' needs and contextual requirements in vulnerable and complex transitions".

**Conclusion:** Occupational therapists are aware of challenges, and potentials, to promote coping in daily activities for older people discharged from hospital to own home.

**Nøkkelord:** daglige aktiviteter; ergoterapi; mestring; utskrivelse; kvalitativ metode.

**Key words:** activities of daily living; occupational therapy; coping; hospital discharge; qualitative method.

Nordisk tidsskrift for helseforskning: <http://septentrio.uit.no/index.php/helseforsk/information/authors>



## Introduksjon

Utviklingen i Norge og en rekke andre land går i retning av flere eldre mennesker i befolkningen, og dermed også en økning av mennesker med kroniske og komplekse sykdommer som har behov for helsetjenester (Helse- og omsorgsdepartementet 2006). St. meld. nr 47 (2008-2009) medfører kortere liggetid på sykehus og mer ansvar for oppfølging og behandling overført til kommunehelsetjenesten. Eldre mennesker kan dermed være sykere eller dårligere når de skrives ut fra sykehus enn tidligere.

Overgangsfasen fra sykehus til eget hjem kan være vanskelig og utfordrende for eldre mennesker med tanke på mestring av daglige aktiviteter etter hjemkomst (Parker, Peet, McPherson, Cannaby, Abrams, Baker, Wilson, Lindsay, Parker og Jones 2002, Shepperd, Lannin, Clemson, McCluskey, Cameron og Barras 2013, Schumacher, Jones og Meleis 2010). Endringer i helsetilstanden, funksjonssvikt samt omgivelsenes krav kan påvirke aktivitetsutførelsen og medføre sårbarhet og stress i overgangsfaser (Crennan og MacRae 2010). Eldre mennesker som ikke mestrer de daglige aktivitetene etter utskrivelse kan være utsatt for å falle, bli utrygge, få dårligere helse og kan bli reinnlagt på sykehus (Avlund, Jepsen, Vass og Lundemark 2002, Johnston, Barras og Grimmer-Somers 2010, Shepperd et al. 2013).

Aktiviteter i dagliglivet er en samlebetegnelse på en rekke ulike hverdagslige, praktiske aktiviteter (Tuntland 2011:146). Disse aktivitetene kan klassifiseres i kategoriene egenomsorg, hjem, arbeid og fritid, og innebærer både fysiske, mentale og sosiale aktiviteter (Brandt, Madsen og Peoples 2013). Tidligere forskning viser at å mestre daglige aktiviteter er viktig for den enkeltes helse og livskvalitet (Bonder og Martin 2000), egenidentitet (Hägglom-Kronlöf, Hultberg, Eriksson og Sonn 2007) og det kan gi opplevelse av mening og håp i tilværelsen (Borell, Lilja, Andersson-Sviden og Sadlo 2001).

Hvilke muligheter eldre pasienter har for å mestre daglige aktiviteter ved overgang til hjemmet er sentralt å undersøke (Wressle, Filipsson, Andersson, Jacobsson, Martinsson og Engel 2006), og en god planlegging av utskrivelse er helt avgjørende (Parker et al. 2002, Moats og Doble 2006). En klientsentrert praksis er sentralt (Moats 2007, Robertson og Blaga 2013), men Crennan og MacRae (2010) fant at helsepersonell ofte vektlegger pasientens sikkerhet fremfor autonomi ved avgjørelser relatert til utskrivelse. Ergoterapeuter har en viktig rolle i å tilrettelegge og tilpasse aktivitet til pasientens ønsker og kognitive og fysiske funksjonsnivå, og dette i tett samarbeid med annet helsepersonell og pårørende (Crennan og MacRae 2010, Durocher og Gibson 2010). Gage, Cook og Fryday-Field (1996) fant at pasientenes oppfatning av en vellykket overgang hang sammen med at de fikk tro på og klarhet i egen mestringsevne og at deres aktivitetsbehov ble tatt hensyn til.

Hjemmebesøk sammen med ergoterapeut før eller etter utskrivelse, eller begge deler, er funnet å være nyttig (Avlund, Jepsen, Vass, og Lundemark 2002, Harris, James og Snow 2008). Videre kan tilrettelegging med tekniske hjelpemidler i hjemmet være avgjørende for en vellykket overgang fra sykehus til hjem (Neville-Jan, Piersol, Kielhofner og Davis 1993, Wielandt, McKenna, Tooth og Strong 2006). Ergoterapi både på sykehus og i kommunehelsetjenesten har vist å ha en positiv effekt på eldre pasienters mestring av daglige aktiviteter og trygghet etter utskrivelse (Wressle et al. 2006). Denne studien viste også at det ble mindre behov for helsetjenester i etterkant. Andre studier viser imidlertid at det kan være utfordringer med å planlegge utskrivelse, at pasienter og pårørende noen ganger blir utelatt fra beslutninger, eller at aktivitetsperspektivet kommer i bakgrunnen (Moats og Doble 2006, Moats 2006). I tillegg kan informasjon og dokumentasjon i overflytningsfasen mellom de ulike behandlingsnivåene svikte (Lilja, Nygård og Borell 2000, Helse- og omsorgsdepartementet 2009).

Ergoterapeuter møter pasienter både på sykehus og etter utskrivelse i kommunehelsetjenesten og er sentrale nøkkelpersoner til å fremme mestring og deltakelse i daglige aktiviteter (Durocher og Gibson 2010). De arbeider ut fra oppfatningen om at aktivitet fremmer helse (Brandt et al. 2013). Innsikt i hvordan ergoterapeuter erfarer de kan tilrettelegge for aktivitet for denne pasientgruppen er derfor av stor betydning.

Internasjonalt er det gjort endel studier som fokuserer på eldre menneskers overgangsfaser fra sykehusopphold til eget hjem fra ergoterapeuters ståsted. Noen få av dem er svenske. Det har imidlertid ikke lyktes å finne norske studier, og ingen der ergoterapeuters erfaringer blir undersøkt både fra et sykehus- og kommunehelsetjenesteperspektiv. Hensikten med denne studien var derfor å belyse hvilke erfaringer ergoterapeuter har med å fremme mestring av daglige aktiviteter hos eldre mennesker som utskrives fra sykehus til hjem.

## **Metode**

Et kvalitativt utforskende design ble brukt for å få en forståelse av ergoterapeutenes erfaringer knyttet til hensikten med studien.

### **Utvalg**

Et strategisk utvalg (Polit og Beck 2010) av ergoterapeuter fra kommunehelsetjenesten og sykehus ble rekruttert. Informasjonsskriv ble sendt til aktuelle ledere med informasjon om studien og for å få tillatelse til å gjennomføre den på deres avdeling. Deretter ble ergoterapeuter som oppfylte inklusjonskriteriene forespurt om å delta i individuelle intervju. Kriteriene var at de skulle ha erfaring fra arbeid med eldre pasienter, ulik alder, minst to års arbeidserfaring og minimum 50 prosent stillingsstørrelse. Fire ergoterapeuter fra to ulike sykehus og fire fra fire ulike kommuner i Sør-Norge deltok i studien. Ergoterapeuter fra sykehus var representert fra både medisinske og kirurgiske avdelinger. De fire kommunene var av ulik størrelse, både by- og landkommuner med og uten tjenestekontor. Dette var ønskelig for om mulig få frem utfyllende, varierte erfaringer. Ved at både ergoterapeuter på sykehus og fra kommune ble inkludert, har en fått innsikt i erfaringer fra begge steder i forhold til den aktuelle overgangsfasen. Alderen på deltakerne varierte fra ca 30 til ca 60 år. Alle var kvinner, og de hadde fra ca 10 til ca 30 års arbeidserfaring. Stillingsstørrelsen varierte fra 50 til 100 prosent.

### **Datainnsamling**

Data ble samlet inn ved hjelp av individuelle intervju. En semistrukturert intervjuguide med planlagte tema ble benyttet (Polit og Beck 2010). Spørsmålene hadde en åpen form slik at informantene kunne fortelle mest mulig fritt, men var samtidig noe strukturert for å sikre at en holdt seg innenfor studiens tema. Etter at skriftlig informert samtykke var innhentet hos aktuelle informanter, ble de kontaktet på telefon eller e-post for å avtale tidspunkt og sted for intervju. Intervjuene foregikk uforstyrret på informantens eller intervjuers arbeidsplass, alt etter hva informanten ønsket. Hvert intervju varte fra 30 til 45 minutter og ble gjennomført av førsteforfatter. Intervjuene ble etter tillatelse fra forskningsdeltakerne tatt opp på bånd og transkribert ordrett i etterkant.

### **Dataanalyse**

Kvalitative innholdsanalyse inspirert av Graneheim og Lundman (2004) ble anvendt i analyse av intervjuene. Kvalitativ innholdsanalyse fokuserer på tolkning av teksters meningsinnhold (Polit og Beck 2010), noe som syntes relevant i denne studien hvor hensikten var å få innsikt ergoterapeutenes tanker og erfaringer. Lydopptakene ble lyttet til og tekstene lest flere ganger for å få et helhetsinntrykk. Deretter ble meningsenheter, tekst som var relevant ut fra hensikten med studien, markert. Etter dette ble innholdet i de meningsbærende enhetene forkortet, kondensert og gitt koder ut fra innhold. Det ble lett etter likheter og forskjeller i materialet. Kodene ble delt inn i underkategorier som igjen ble ordnet i større kategorier. Dette utgjorde de tekstnære, manifeste, beskrivelsene av erfaringene. Til slutt ble det reflektert over teksten for å finne meningsinnholdet i form av tema. Dette er et såkalt latent fortolkningsnivå der man reflekterer over underliggende meninger, røde tråder, som gjennomsyrrer materialet. Analysen var en stadig frem og tilbakegang mellom helhet og deler i teksten for å forsøke å avdekke meningen i fenomenet som ble undersøkt (Graneheim og Lundman 2004, Polit og Beck 2010).

## Etikk

Undersøkelsen ble gjennomført i samsvar med retningslinjer beskrevet i Helsinkideklarasjonen (2013). Skriftlig informert samtykke ble innhentet før intervjuene startet. I informasjonsskrivet som ble vedlagt samtykkeerklæringen fikk informanten informasjon om at det var frivillig å delta og retten til å trekke seg når som helst i prosessen. Videre ble de opplyst om at anonymisering og intervjuers taushetsplikt, og at datamaterialet ikke skal brukes til noe annet enn det som var beskrevet. Lydopptakene ble slettet etter transkribering og data oppbevart forsvarlig. Det ble også gitt muntlig informasjon i forkant av intervjuene hvor informantenes rettigheter ble understreket. Studien ble meldt til Norsk Samfunnsvitenskapelige Datatjeneste (NSD) (Ref.nr 35273).

## Funn

De transkriberte intervjuene ble analysert som en helhet. Analysen av det manifeste meningsinnholdet resulterte i tre kategorier og seks underkategorier, mens den latente delen av innholdsanalysen resulterte i et hovedtema og to undertema. I det følgende vil først funn fra den manifeste innholdsanalysen (kategorier og underkategorier) presenteres, deretter funn fra den latente analysefasen (tema og undertema).

Tabell 1. Oversikt over funn fra den manifeste innholdsanalysen

Kategori 1. Å legge til rette for aktivitet på individnivå.	Kategori 2. Muligheter i pasientens omgivelser.	Kategori 3. Samhandling mellom tjenestenivåer
Underkategorier:  Å fremme mestring i egenaktivitet.  Å skape trygghet og forutsigbarhet.	Underkategorier:  Tilrettelegging av fysiske omgivelser.  Samarbeid og ivaretagelse av pårørende og sosialt nettverk.	Underkategorier:  Gjensidig informasjonsutveksling og samarbeid.  Betydningen av tverrfaglig samarbeid og tilstrekkelig kompetanse.

### Å legge til rette for aktivitet på individnivå

Funn fra analysen av det manifeste meningsinnholdet viser hvor viktig ergoterapeutene mente det var å ha en individrettet tilnærming til den enkelte pasient.

### Å fremme egenaktivitet og mestring

Informantene kom stadig tilbake til betydningen av å motivere til egenaktivitet for å fremme mestring hos de eldre. Mange kunne få en nedgang av funksjonsnivå i overgangen fra intensiv trening på sykehus til å motta mye hjelp hjemme etter utskriving. Andre mente at pasientene ofte ikke fikk prøvd seg nok i aktivitet mens de var på sykehus. De mente ergoterapeuter bør inn mer og at helsepersonell burde stille mer krav til at pasientene fikk forsøke seg i aktivitet før de anså dem som ferdig behandlet. De var imidlertid enige i at egenaktivitet er noe en må ha et kontinuerlig fokus på.

Det ble påpekt at Eldres ressurser kan være marginale, men at egenaktivitet kunne vedlikeholde og kanskje også bedre funksjon, skape motivasjon og føre til mindre behov for tjenester i kommunen. En informant fra kommunen sa det slik:

*«La de gjøre selv, det er på en måte det som går igjen. For med en gang du tar fra de litt så mister de mye».*

Noen mente at en del helsepersonell hjelper de eldre for mye og unødig fordi de har det travelt, eller fordi helsepersonell eller pasienten selv har en oppfatning og holdning om at alderen i seg selv er til hinder for mestring. Ergoterapeutene mente de hadde en viktig jobb i å formidle verdien av mestring og aktivitet.

### **Å skape trygghet og forutsigbarhet**

Alle erfarte endringer etter samhandlingsreformen trådte i kraft med kortere liggetid på sykehus. Ergoterapeutene på sykehus hadde en opplevelse av at det var blitt mer reinnleggelser blant eldre, og så dette som en mulig konsekvens av for kort liggetid. Ergoterapeutene både i kommunen og på sykehus erfarte at tid og ressurser var mangelfullt.

Selv om de eldre pasientene var ulike, ble de generelt opplevd som sårbare i overgangsfasen fra sykehus til hjem. Uforutsigbarhet om hvor og når de skulle skrives ut, usikkerhet om de ville mestre aktivitet i ny situasjon, og redsel for å falle eller få for lite hjelp kunne gi utrygghet. En beskrev dette på følgende måte:

*«Jeg opplever mange av de eldre føler de mister nesten grepet, de har ikke noen kontroll på dette selv. De er på sykehuset; trygt, godt, leger og alt rundt seg og så skal de plutselig hjem og er redde fordi de ikke vet hvordan det vil gå».*

Kommunikasjon mellom helsepersonell, pasient og pårørende preget av respekt, medvirkning, individuelt fokus og gjensidig informasjon erfarte ergoterapeutene at skapte trygghet. Flere mente at dette kunne bli bedre både i kommunehelsetjenesten og på sykehus.

Det var av stor betydning å planlegge overgangsprosessen og mestring av aktivitet ved hjemkomst. Mangelfull kartlegging kunne for eksempel resultere i fall og skader. De erfarte at pasienter som hadde fått klarhet i aktivitetsutførelsen sin var mer klar for overgangen og tryggere i tiden etter utskrivelsen:

*«Det handler om kartlegging av ADL på detaljnivå. For det er det jeg føler mange ganger, de står og vipper på hvor de skal i kommunen og om de er trygge nok på å gå hjem».*

Behov for oppfølging fra ergoterapeut etter utskrivelse varierte etter funksjon og pasientens ønsker. Hjemmebesøk etter utskrivelse ble foretatt i de fleste tilfellene. Å formidle tilstedeværelse ved at helsepersonell skulle følge opp til de følte de mestret hverdagen på sin måte ga trygghet. Tilbudet om hverdagsrehabilitering som var innført i en rekke kommuner hadde de fleste informantene gode erfaringer eller positive tanker om.

### **Muligheter i pasientens omgivelser**

Funnene viste også at ergoterapeuter må fokusere på ressurser og begrensninger for aktivitet i pasientens omgivelser.

#### **Tilrettelegging av fysiske omgivelser**

Ergoterapeutene i kommunen opplevde tidspress og økt behov for tilrettelegging i hjemmet nå når pasientene kom tidligere ut fra sykehus enn før. Noen ganger oppstod dilemma om pasienten kunne fortsette å bo i hjemmet sitt. Boligendringer og hjelpemidler kunne bidra til mestring og åpne for et mer aktivt og sosialt liv. Å være oppmerksom på fall- og brannforebyggende tiltak i hjemmet så de som betydningsfullt. Det var spesielt viktig å legge til rette omgivelsene for nyopererte eldre og personer

med kognitiv svikt. Ergoterapeutene på sykehuset måtte starte undersøkelse av behov for hjelpemidler, og de mest prekære hjelpemidlene som gang- og hygienehjelpemidler burde være på plass når pasienten kom hjem. Ellers var det mer realistisk å vurdere videre hjelpemiddelbehov i pasientens hjem. Enkelte synes dette fungerte bra, mens andre synes det var utfordrende å få på plass hjelpemidler i tide. Ergoterapeutene på sykehuset synes det kunne være krevende å planlegge hjelpemiddeltiltak dersom det var søkt om korttidsopphold i kommunen, fordi svar på om de fikk korttidsplass ofte ikke forelå før helt opp til utskrivelsestidspunktet. Å prøve ut og trene med hjelpemidlene var sentralt, og noen av ergoterapeutene fra kommunen opplevde at det ble for lite tid til dette.

### **Samarbeid med pårørende og sosialt nettverk**

Pasientens pårørende eller annet sosialt nettverk var i tillegg til en viktig samarbeidspartner for ergoterapeutene også en støtte og ressurs for den eldre. De kunne bidra med nyttig informasjon til ergoterapeutene, ordne med praktiske ting i boligen, hente hjelpemidler eller ved behov hjelpe pasienten med aktivitet i hjemmet. Pasientens pårørende kunne være en oppmuntring og trygghet i overgangene, men også påvirke pasienten med sin bekymring. Informantene erfarte at det stort sett manglet systemer både i kommunehelsetjenesten og på sykehus for samarbeid med pårørende. En av ergoterapeutene fra kommunehelsetjenesten fortalte om en erfaring hun synes var nyttig:

*«Vi hadde et samhandlingsmøte mellom de to nivåer der bruker og pårørende var veldig aktivt med. Jeg tror samtalen, eller kommunikasjonen, gjorde at vi fikk medvirkning og at det var en veldig stor ressurs..».*

Eldre mennesker som bodde alene og hadde et lite sosialt nettverk kunne ha behov for mer støtte og hjelp fra helsepersonell. Enkelte ganger kunne anbefaling om ulike aktivitetstilbud etter utskrivelse motvirke ensomhet eller inaktivitet, og gi nødvendig avlastning for eventuelle pårørende. Ergoterapeutene hadde en oppfatning av at eldre mennesker med depresjon og kognitiv svikt var en særskilt sårbar gruppe som de ofte hadde vansker med å finne et passende tilbud til.

### **Samhandling mellom tjenestenivåer**

Et sentralt funn var samarbeid mellom helsepersonell både innad i og på tvers av 1. og 2. linjetjenesten.

#### **Gjensidig informasjonsutveksling og samarbeid**

Informantene synes i hovedsak samhandlingen mellom sykehus og kommunehelsetjeneste fungerte greit, men så også utfordringer og forbedringspotensialer.

På sykehuset fortalte samtlige om hvor oversiktlig, effektivt og enkelt det var å overføre pasienter til mindre kommuner uten tjenestekontor. Ergoterapeuter som arbeidet i små kommuner med mindre pasientgrunnlag hadde god oversikt, men ulempen var opplevelse av for lite kompetanse eller apparat til å ta i mot enkelte pasienter så tidlig fra sykehus. Hos distriktskommuner med sjeldnere levering av hjelpemidler kunne det oppstå vansker dersom det plutselig ble ekstra behov for hjelpemidler.

I større kommuner organisert med tjenestekontor kunne det oppstå uenighet mellom sykehus og tjenestekontor om både omsorgsnivå og videre tiltak for pasienten. Et annet problem var at de ofte ikke ga svar på hva kommunen kunne tilby av tjenester før rett før utskrivelse, noe samtlige så som svært utfordrende både for helsepersonell på begge nivåer og pasienter.

Ergoterapeuter på sykehus savnet tilbakemeldinger fra kommuneergoterapeuter og erfarte at informasjonen stort sett går en vei - fra sykehus til kommune. Ergoterapeutene i kommunehelsetjenesten hadde på sin side ikke system for å få vite om pasientene ble innlagt på sykehus. Ergoterapeutene på sykehus mente de kunne bli flinkere til å ta kontakt med relevant personell i kommunene.

Ergoterapeutene både i kommunen og på sykehus understreket at tidlig henvisning før utskrivelse var gunstig, men opplevde ofte å få sen beskjed. Uforutsigbar utskrivelsesdato og avventende svar fra kommunen angående tjenestetilbud og utskrivelsessted så de på som krevende.

De elektroniske meldingsutvekslingene mellom sykehus og kommuner var ofte mangelfulle nettopp på beskrivelse av den eldres mestring av aktivitet. Samtlige informanter uttrykte ønske om elektroniske meldinger gjeldende for fysio- og ergoterapeuter også for å sikre at informasjon kom ut raskt. Dette sammen med likt datasystem på sykehus og i kommuner mente flere ville lette informasjon og samhandling mellom tjenestenivåene.

Flere fortalte pasienthistorier der kommunikasjonen hadde sviktet mellom sykehus og kommunehelsetjeneste og hvilken risiko dette kunne medføre for pasientene. Eksempler på dette var manglende hjelp eller tilrettelegging i hjemmet. Ansvarsklargjøring og rutiner for samarbeid og kommunikasjon i overgangsfasen ble sett på som avgjørende for en god prosess. En måtte også være fleksibel og omstillingsdyktig.

### **Betydningen av tverrfaglig samarbeid og tilstrekkelig kompetanse**

Tverrfaglig samarbeid ble av alle ergoterapeutene beskrevet som fremmede for mestring av daglige aktiviteter hos pasientene. Både pasienter, pårørende og annet helsepersonell hadde gitt uttrykk for overfor ergoterapeutene hvor nyttig det var med tverrfaglighet.

Sykehusavdelinger ble av ergoterapeutene både på sykehus og i kommunehelsetjenesten opplevd som svært ulike. Enkelte avdelinger var gode på tverrfaglig planlegging av utskrivelse, informerte og involverte pasientene, mens andre kunne bli bedre på dette. De mente også at noen avdelinger hadde for snevert fokus, blant annet kunne vurdering av pasientens kognitive funksjonsnivå og hjemmeforhold bli utelatt. Geriatrike avdelinger ble av flere sett på som fordelaktig for eldre mennesker da de hadde et bredere og mer helhetlig fokus og en mer tverrfaglig tilnæringsmåte. En av ergoterapeutene fra kommunen formulerte fordelene med ergoterapi slik:

*«..Og så opplever jeg jo også at hvis det har vært ergo/fysio inne i bildet på sykehuset så er pasienten mye tryggere når han kommer hjem».*

Flere mente dyktig helsepersonell kanskje var det viktigste for å sikre gode overganger for eldre. Kurs, utdanning og kontakt med hverandre på de ulike nivåene mente de bidro til god kvalitet i arbeidet med de eldre.

Kunnskap om hverandres arbeidssted kunne bli bedre. Behov for møteplasser og kompetanseformidling mellom sykehus- og kommuneergoterapeuter ble sett på som et forbedringspotensiale.

## **Å finne balansen mellom kontekstuelle krav og pasientenes behov i en sårbar og kompleks overgangsfase**

Tabell 2. Oversikt over funn fra den latente innholdsanalysen:

Hovedtema: Å finne balansen mellom kontekstuelle krav og pasientens behov i en sårbar og kompleks overgangsfase.	
Undertema: Viktigheten av aktivitet for et meningsfullt liv.	Undertema: Å se eldre mennesker individuelt og i en større sammenheng

Overordnet tema som gikk igjen som en rød tråd gjennom intervjuene, var balansegangen mellom kontekstuelle krav og pasientenes behov i en sårbar og kompleks overgangsfase. Ergoterapeutene måtte tilpasse seg organisatoriske forhold som begrensede ressurser og tid, samarbeid innad i og mellom ulike tjenestenivå, og på samme tid søke å ivareta individuelt fokus og forståelse for den enkelte pasients situasjon og behov. På denne måten ser det ut til at de senere årenes strukturelle endringer i helsetjenesten setter sitt preg på ergoterapeutenes arbeidshverdag slik at de kan bli presset mellom krav til effektivitet og faglig kvalitet i det arbeidet de gjør. Nettopp overganger kan være sårbare faser for de det gjelder da de innebærer endring, en grad av uvisshet og har betydning for helsen. Det ujevne maktforhold som kan eksistere mellom systemer i helsetjenesten og den enkelte pasient er sannsynligvis med på å gjøre pasientene ekstra sårbare. En personsentrert tilnærming er avgjørende, men kan være utfordrende å få til dersom konteksten preges av begrensede ressurser og et ensidig biomedisinsk, instrumentelt fokus. Et godt samspill både på sykehusnivå, kommunalt nivå og mellom sykehus og kommunehelsetjeneste er viktig, men komplekst da det innebærer ulike organisatoriske nivå, ulike kommuner, forskjeller mellom sykehusavdelinger samt ulike faggrupper og fagpersoner. Det syntes avgjørende å være villig til å strekke seg langt for å skape gode tilnærminger, være fleksibel og løsningsorientert.

Undertemaet «å se viktigheten av aktivitet for et meningsfullt liv» anses som et betydningsfullt budskap i intervjuene. En sentral del av tilværelsen består av aktiviteter som kan gi den eldre muligheter for innhold i hverdagen og en opplevelse av mening. Meningsfull aktivitet har igjen sammenheng med vår helse, velvære og identitet. Mange har ulike roller og rutiner der aktivitet inngår, dette kan ha stor verdi for den enkelte. Mange eldre pasienter har en usikkerhet knyttet til aktivitetsutførelse i en slik overgang, og det er viktig ikke å overse dette. Hva som er meningsfull aktivitet og den enkeltes behov for aktivitet er varierende, noe som gjør et individuelt fokus viktig, men som igjen kan utfordres av konteksten.

Et annet undertema ser ut til å være betydningen av å se eldre pasienter både individuelt og i en større sammenheng. En bred og mer helhetlig tilnærming overfor eldre kan være sentralt for fremme mestring av aktivitet. Både pasientens fysiske, kognitive og sosiale funksjonsnivå, grad av mestringsevne og behov, samt hans eller hennes sosiale og fysiske omgivelsene må reflekteres over. Ulik praksis og rutiner i kommuner og mellom sykehusavdelinger gir forskjellige muligheter og begrensninger. Ergoterapeutene hadde mange tanker om hvordan de kunne skape god kontakt med og forståelse av de enkelte pasientene, men opplevde blant annet at tidsfaktoren og at de var få ergoterapeuter gjorde det vanskelig å få dette til slik de ønsket. Det kan se ut til at ergoterapeutene står i et spenningsforhold mellom profesjonelle verdier om bred, helhetlig tilnærming, og krav til et komplekst, effektivt helsesystem med knappe ressurser. Hvordan de balanserer dette kan handle vel så mye om kunnskap, behov, holdninger og verdier som krav knyttet til økonomi og effektivitet.

## **Diskusjon**

Hensikten med denne studien var å belyse hvilke erfaringer ergoterapeuter har med å fremme mestring av daglige aktiviteter hos eldre mennesker som utskrives fra sykehus til hjem.

Hovedtema som syntes å gå igjen i alle intervjuene var dette med å finne balansen mellom kontekstuelle krav og pasientens behov i sårbare og komplekse overgangsfaser. Svensson (2010) mener profesjonsverdier og økonomisk tankegang ikke alltid går helt i hop, da profesjoner ofte er mer opptatt av fag og nærhetsetikk, mens økonomisk tankegang i større grad vektlegger innsparing og effektivitet. Berg (2005) advarer likeledes mot den retningen utviklingen ser ut til å gå som resultat av helsepolitikkenes effektivisering ved hjelp av New Public Management reformer. Han mener helsetjenesten blir mer instrumentell og objektiviserende, og at helsepersonell får mindre muligheter for klinisk, etisk og faglig skjønn. Profesjoner kan i en slik kontekst være under et sterkt moralsk press.

Kortere liggetid på sykehus har vært en tendens de senere årene (Berg 2005). St. meld. nr 47 (2008-2009) er med på å forsterke dette. Studien vår gir noen signaler om at de eldre ofte er sårbare for høyt tempo, og at nettopp riktig bruk av tid, samt å skape trygghet og forutsigbarhet, er avgjørende for gode overganger. Meleis` (2010) teori om overganger presiserer også at nødvendig tid og støtte i slike overgangsfaser er ekstra viktig da pasienten ofte befinner seg i en sårbar prosess med så vel ytre som interne endringer.

I denne studien mente samtlige ergoterapeuter at det var enkelt og oversiktlig å overføre pasienter til små kommuner. Ergoterapeutene i de mindre kommunene savnet imidlertid større fagmiljø med spesialiseringsmuligheter. Større kommuner med tjenstekontor ble av ergoterapeutene på sykehus opplevd som en barriere dersom det oppstod uenighet om pasienters omsorgsnivå eller tjenestebehov. En studie av Dale og Hvalvik (2013) viste hvordan en slik organisering kunne være hemmende for eldre mennesker i overgangsfasen fra sykehus til hjem, fordi tjenstekontoret ble sett på som et unødvendig og byråkratisk mellomledd. Også andre har hatt kritiske innvendinger mot å bruke en slik bestiller-utførermodell i helsetjenesten (Vabø 2009, Joten Skog og Andersen 2011).

Ergoterapeutene både fra sykehus og kommuner kunne i blant oppleve det krevende å få på plass hjelpemidler i tide. Tidligere forskning viser hvor viktig dette er for mestring av hverdagen etter utskrivelse (Wielandt et al. 2006, Robertson og Blaga 2013). I følge St. meld. nr 47 (2008-2009) skal kommunene få utvidet rolle og ansvar for helsetjenester. Noen av ergoterapeutene i kommunen erfarte at de hadde fått mindre tid og ressurser. Funnene her gir signaler om at kvalitet ikke må blir skadelidende for økte krav om kvantitet i et presset helsevesen i tiden fremover.

Et undertema i denne studien er viktigheten av aktiviteter for et meningsfullt liv. Informantene så betydningen av å vektlegge egenmestring, ressurser og meningsfull aktivitet enda mer. Dette er i tråd med en rekke andre studier (Moats 2007, Meleis, Sawyer, Im, Hilfinger Messias og Schumacher 2010, Gage et al. 1996). Häggblom-Kronlöf et al. (2007) fant at eldre opplevde at meningsfull aktivitet bidro til å bevare livskvalitet, identitet, kontinuitet, engasjement og kreativitet i livene sine og at dette var med på å holde dem friske. Dette er også i samsvar med Antonovskys` (2012) teori om mestring og dens betydning for helse. En person med sterk opplevelse av sammenheng (OAS) i livet ser tilværelsen som begripelig, håndterbar og meningsfull, og har større muligheter for å mestre utfordringer (Antonovsky 2012). Dette kan ha overføringsverdi til å mestre utfordringer som et sykehusopphold og overgang til hverdagen i eget hjem har for pasientene. Ergoterapeutene kan sammen med pasienten prøve å gjøre situasjonen forståelig, mobilisere pasientens ressurser for å gjøre situasjonen håndterbar, se etter motivasjonselement og finne ut hvilke aktiviteter som er meningsfulle for den enkelte. Oppnår pasienten gjennom dette en opplevelse av sammenheng, er det større sannsynlighet for å mestre aktivitet i en slik overgangsfase. En person med lav OAS trenger muligens ekstra støtte.

Betydningen av aktivitet blir videre vektlagt i St. meld. nr 25 (2005-2006) med begrepet «aktiv omsorg», der fokus på mestring og muligheter er sentralt for å møte fremtidens helseutfordringer. Et av målene i St. meld. nr 34 (2012-2013) er likeledes å legge til rette for en aktiv og trygg alderdom, selv når helsen svikter. Også St. meld. nr 47 (2008-2009) vektlegger det å tilrettelegge for mestring av dagliglivet. Hjort (2010) presiserer at inaktivitet er en av de største risikofaktorene i alderdommen. Å mobilisere pasientenes ressurser for å mestre hverdagsaktivitetene er på samme vis en viktig del av ergoterapeuters arbeidsområde (Brandt et al. 2013). Til tross for offentlige føringer, forskningslitteratur og kunnskap på området kan det ut fra vår studie se ut som at det fremdeles er behov for økt bevissthet omkring dette.

Ergoterapeutene hadde erfaringer med at en del helsepersonell hjelper de eldre unødige, eller at den eldre selv tror de skal få hjelp uten å prøve selv. En forklaring kan være slik en studie av Moats (2007) viste; nemlig at tidsnød eller for ensidig biomedisinsk fokus medvirket til at aktivitetsperspektivet kom i



bakgrunnen. Det kan også være en konsekvens av aldersstereotype fordommer der alderdommen ses på som en tid for skrøpeligheit, hvile og hjelp (Daatland 2008). Informantene i vår studie mente at man ikke skal fremme aktivitet for enhver pris, men at etisk, faglig og individuell vurdering bør være styrende.

Informantene fremhevet betydningen av å ha et bredt fokus i møte med de eldre. Dette er også påvist i tidligere forskning (Parker et al. 2002, Shepperd et al. 2013). Antonovsky (2012) mente det lå muligheter for å oppnå mestring både i personen og omgivelsene rundt. Den enkeltes grad av OAS i livet, i tillegg til ressurser i pasientens omgivelser slik som pårørende eller betydningsfulle andre, beskrives å kunne være nyttig i møte med stressfaktorer som en overgangsfase kan være (Antonovsky 2012). Meleis (2010) er også opptatt av det komplekse samspillet mellom pasient og omgivelser i overganger. Omveltninger i roller, egenidentitet og mestring kan stå på spill, og helsepersonell har en viktig oppgave i å skape forståelse og støtte opp under indre og ytre ressurser slik at overgangsfasen resulterer i velvære og mestring (Meleis 2010). Her har ergoterapeuter en viktig rolle. Når det oppstår et gap mellom pasientenes forutsetninger og omgivelsenes krav for mestring av aktivitet kan dette være et kritisk punkt i overgangsfasen, og et betydningsfullt fokusområde for ergoterapi (Brandt et al. 2005).

I likhet med tidligere forskning (Parker et al. 2002, Shepperd et al. 2013) har funnene i denne studien vist hvor avgjørende det er med tilstrekkelig og individuell planlegging av utskrivelsen. Informantene mente at videre oppfølging, gjerne i form av hjemmebesøk etter utskrivelse, var sentralt for trygghet og mestring. Dette støttes av flere studier (Avlund et al. 2002, Crennan og MacRae 2010). En slik oppfølging samsvarer også godt med samhandlingsreformens intensjon, der den oppmuntrer til dette ved utsagnet:

«Verdien av den behandlingen som gjøres i spesialisthelsetjenesten er ofte sterkt avhengige av at kommuner følger opp med tjenester og tilpassede tilbud» (Helse- og omsorgsdepartementet 2009: 22).

Ergoterapeutene presiserte at de er få og avhengig av et godt tverrfaglig samarbeid. Tverrfaglighet har en sentral rolle fremover med økt antall eldre som både vil ha behov for sykehusinnleggelser og oppfølging i tiden etter utskrivelsen (Helse- og omsorgsdepartementet 2009). Hverdagsrehabilitering mente de var et effektivt og helsefremmende tverrfaglig tiltak. Tidligere forskning fra andre land med lignede tverrfaglig hjemmebasert rehabilitering viser også til gode resultater i form av bedre funksjonsnivå og mindre behov for helsetjenester (Cook, Berg, Mmath, Poss, Hirdes og Stolee 2013, Thorsen, Widen-Holmqvist, de Pedro-Cuesta og von Kock 2005). Ness og Tuntland (2014) beskriver hverdagsrehabilitering i Norge som en stille revolusjon. Her vektlegges en tverrfaglig tilnærming med søkelys på personens ønsker for aktiviteter.

Pasienter som medvirker i planlegging og oppfølging av egen helsehjelp, er bedre i stand til å mobilisere egne ressurser (Helse- og omsorgsdepartementet 2009). Medbestemmelse kan utfordres i et hektisk sykehusmiljø (Moats 2007). Bildet er nok ikke helt entydig da mennesker også er svært forskjellige. En svensk studie fant at en del eldre synes det var greit at helsepersonell tok en del avgjørelser for dem i slike situasjoner, og at de ikke måtte medvirke i alt (Wressle et al. 2006). Antonovsky (2012), på sin side, hevder at medbestemmelse er noe som bidrar til å skape høyere OAS i livet og dermed mestringsevne. Informantene i denne studien erfarte at både kommunikasjon, medvirkning og en personsentrert tilnærming til pasient og pårørende kunne bli bedre på begge tjenestenivåer. De relaterte dette både til reduserte ressurser, tid og for snevert fokus. Dette kan muligens være resultat av de senere årenes økte fokus på effektivitet og besparelser. Eksempelvis er Samhandlingsreformen nært knyttet til reformbølger som New Public Management og Post-New Public Management der slike tanker er rådende (Berg 2005). Også her kan vi se utfordringer med å balansere pasienters behov mot kontekstuelle krav.

Hensikten med samhandlingsreformen er også å sikre et bærekraftig, helhetlig og sammenhengende tjenestetilbud av god kvalitet (Helse- og omsorgsdepartementet 2009). Lover skal sikre at helsepersonell opptrer faglig forsvarlig, godt samarbeid og informasjonsutveksling mellom sykehus og kommunehelsetjeneste, og at pasienters rettigheter til helsehjelp og medvirkning blir ivaretatt (Spesialisthelsetjenesteloven 1999, Pasient- og brukerrettighetsloven 1999, Helsepersonelloven 1999, Helse- og omsorgstjenesteloven 2011). Statens helsetilsyn (2014) viser imidlertid at det oftest svikter i nettopp overgangene fra sykehus til hjem, og at samhandlingen og kommunikasjonen bør bli bedre. Ergoterapeutene i denne studien mente dette stort sett fungerte greit, men flere hadde likevel opplevd situasjoner der kommunikasjon og informasjon mellom tjenestenivåene hadde sviktet. At informasjon oftest går en vei, fra sykehus til kommunehelsetjeneste, kan kanskje skyldes at dette har blitt vanlig praksis og på en måte gjenspeiler utskrivelsesprosessen. I tillegg kan hurtige utskrivelser og lite tid spille inn. Lilja et al. (2000) viste på samme måte betydning av og vansker med kommunikasjon og dokumentasjon mellom ergoterapeuter på sykehus og i kommunen. Manglende systemer og rutiner kan utgjøre trussel for god kvalitet i det arbeidet en gjør, og svikt i samhandling kan føre til krevende overganger for pasientene det gjelder. Dette er et område som har forbedringspotensiale og som helsepersonell bør være ytterst oppmerksomme på.

Flere informanter mente den enkelte ergoterapeuts og øvrige helsepersonells kompetanse kanskje var det viktigste for å lykkes med å legge til rette for mestring av aktivitet. Som Wyller (2011) også påpeker så har en del eldre har et sammensatt og komplekst sykdomsbilde, og dette krever god helsefaglig kompetanse. Denne studien bidrar til kunnskap om at utskrivelsesprosessen kan være kompleks og unik.

### **Metodologiske betraktninger**

Da dette er en kvalitativ studie er det ikke realistisk å snakke om å generalisere funnene. Teksten slik den er tolket foran kunne også vært tolket på andre måter, dette kan imidlertid være en berikelse da virkeligheten ofte er sammensatt og kompleks (Kvale og Brinkmann 2010). Det kan ikke utelukkes at det faktum at intervjuer selv er ergoterapeut kan ha påvirket intervjuene og analysen, eller at de som sa ja til å delta i studien er ekstra engasjerte i tema. Intervjuers forforståelse og rolle i prosjektet er imidlertid forsøkt tydeliggjort overfor informantene.

Til tross for lite utvalg er det likevel grunn til å tro at funnene kan ha overføringsverdi til ergoterapeuter og annet helsepersonell som arbeider i liknende kontekster. Ergoterapeutene er representert fra ulike kommuner og sykehus og ga variert og utfyllende informasjon. Intervjuteksten består likeledes av rike og omfattende beskrivelser av ergoterapeuters erfaringer, og både likheter og forskjeller har kommet fram. Funnene samsvarer med en del lignende studier.

### **Konklusjon og forslag til videre forskning**

Funnene i denne studien viser at ergoterapeuter kan bidra til å fremme mestring av aktivitet hos eldre pasienter som utskrives fra sykehus til hjem på ulike nivå. Både organisatoriske faktorer, samhandling mellom tjenestenivåer, og individrettede tilnærminger sammen med pasientens omgivelser påvirker prosessen og utfallet i slike overgangsfaser.

Denne studien kan bidra med utvidet kunnskap om mestring av aktivitet hos eldre i overganger fra sykehus til hjem sett fra ergoterapeuters ståsted. Bevissthet om dette er avgjørende både på system- og individnivå for ikke å ignorere eldre pasienters behov i denne fasen og for å kunne gi tilstrekkelig støtte og forståelse i overgangsprosessen. Det er behov for videre forskning på hvordan ergoterapeuter både på sykehus og i kommunehelsetjeneste best mulig kan fremme aktivitet i overgangsfaser. Både kvalitative og kvantitative studier kan gi verdifulle bidrag til kunnskap. Studier som omhandler personer som blir direkte berørt i overgangsfasene, de eldre eller deres pårørendes perspektiv, kan være et område for forskning.

## Litteratur

- Antonovsky, Aaron (2012) *Helsens Mysterium. Den salutogene modellen*, Oslo: Gyldendal Akademisk
- Avlund, K, Jepsen, E, Vass, M og Lundemark, H (2002) Effects of comprehensive follow-up home visits after hospitalization and functional ability and readmissions among old patients. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 9:1
- Berg, Ole (2005) *Fra politikk til økonomikk. Den norske helsepolitikks utvikling det siste sekel*, Oslo: Den norske lægeforening
- Bonder, B R og Martin, L (2008) Personal meanings of occupation for women in later life: Two women compared. *Journal of Women and Aging*, 12:3
- Borell, L, Lilja, M, Andersson-Sviden, G og Sadlo, G (2001) Occupations and signs of reduced hope- an explorative study of older adults with functional impairments. *American Journal of Occupational Therapy*, 55:311-6
- Brandt, Åse, Anette Judithe Madsen og Hanne Peoples (2013) *Basisbog i ergoterapi. Aktivitet og deltagelse i hverdagslivet*, København: Munksgaard Danmark
- Cook, R J, Berg, K, Mmath, K-A. L, Poss, J W, Hirdes, J P og Stolee, P (2013) Rehabilitation in Home Care is associated with functional improvement and preferred discharge. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 94
- Crennan, M og MacRae, A (2010) Occupational therapy discharge assessment of elderly patients from acute care hospitals. *Physical & Occupational Therapy in Geriatrics*, 28:1
- Daatland, Svein Olav (2008) *Aldring som provokasjon. Tekster om aldring og samfunn*, Oslo: Fagbokforlaget
- Dale, B og Hvalvik S (2013) Administration of care to older patients in transition from hospital from hospital to home care services: home nursing leaders' experiences. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 6
- Declaration of Helsinki. Ethical principles for medical research involving human subjects. 2013. 64<sup>th</sup> WMA General Assembly. Fortaleza, Brazil. Hentet 24.10. 2014, fra: <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3>.
- Durocher, E og Gibson, B E (2010) Navigating ethical discharge planning: A case study in older adult rehabilitation. *Australian Occupational Therapy Journal*, 57: 2-7
- Folkehelseloven (2011). Lov om folkehelsearbeid. Helse- og omsorgsdepartementet
- Gage, M, Cook, J V og Fryday-Field, K (1996) Understanding the transition to community living after discharge from an acute care hospital: An exploratory study. *The American Journal of Occupational Therapy*, 51:2
- Graneheim, U H og Lundman, B (2004) Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24:2
- Harris, S, James, E og Snow, P (2008) Predischarge occupational therapy home assessment visits: towards an evidence base. *Australian Occupational Therapy Journal*, 55:2
- Helse- og omsorgstjenesteloven (2011) Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.

- Helsepersonelloven (1999) Lov om helsepersonell m.v.
- Hjort, Peter Fredrik (2010) *Alderdøm. Helse, omsorg og kultur*, Oslo: Universitetsforlaget
- Hägglom-Kronlöf, G, Hultberg, J, Eriksson, B G og Sonn, U (2007) Experiences of daily occupations at 99 years of age. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 14:3
- Johnston, K, Barras, S, og Grimmer-Somers, K (2010) Relationship between pre-discharge occupational therapy home assessment and prevalence of post-discharge falls. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 16:6
- Joten Skog, B M og Andersen, J (2011) Bestiller-utfører-organisering innen fysio- og ergoterapitjenester- en moderniseringsøvelse til besvær? *Ergoterapeuten*, 4
- Kvale, Steinar og Svend Brinkmann (2009) *Det kvalitative forskningsintervju*, Oslo: Gyldendal Akademisk
- Lilja, M, Nygård, L og Borell, L (2000) The transfer of information about geriatric clients in the occupational therapy chain of care: an intervention study. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 7:2
- Meleis, A I, Sawyer, L M, Im, E, Hilfinger Messias, D K og Schumacher, K (2010) Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. I Meleis, A. I. (red) *Transitions Theory. Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice*. Springer Publishing Company, New York, s. 52-65
- Meleis, Afaf Ibrahim (2010) *Transitions Theory. Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice*, New York: Springer Publishing Company
- Moats, G (2006) Discharge decision-making with older people: the influence of the institutional environment. *Australian Occupational Therapy Journal*, 53:2
- Moats, G (2007) Discharge decision- making, enabling occupations, and client-centred practice. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 74:2
- Moats, G og Doble, S (2006) Discharge planning with older adults: toward a negotiated model of decision making. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 73:5
- Ness, Nils Erik og Hanne Tuntland (2014) *Hverdagsrehabilitering*, Oslo: Gyldendal Akademisk
- Neville-Jan, A, Piersol, C V, Kielhofner, G og Davis, K (1993) Adaptive equipment: a study of utilization after hospital discharge. *Occupational Therapy in Health Care*, 8:4
- Parker, S G, Peet, S M, McPherson, A, Cannaby, A M, Abrams, K, Baker, R, Wilson, A, Lindsay, J, Parker, G og Jones, D R (2002) A systematic review of discharge arrangements for older people. *Health Technology Assessment*, 6:4
- Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) Lov om pasient- og brukerrettigheter
- Polit, Denise F og Cheryl Tatano Beck (2010) *Nursing Research. Appraising Evidence for Nursing Practice*, Philadelphia: Lippincott Williams Wilkins
- Robertson, L og Blaga, L (2013) Occupational therapy assessments used in acute physical care settings. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 20:2

- Schumacher, K L, Jones, P S og Meleis, A I (2010) Helping elderly persons in transition: A framework for research and practice. I Meleis, A. I. (red) *Transitions Theory. Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice*. Springer Publishing Company, New York, s.129-144
- Shepperd, S, Lannin, N A, Clemson, L M, McCluskey, A, Cameron, I D og Barras, S L (2013) Discharge planning from hospital to home (Review). *The Cochrane Collaboration*, 1
- Spesialisthelsetjenesteloven (1999) Lov om spesialisthelsetjenesten
- St. meld nr. 25 (2005-2006). *Mestring, muligheter og mening- Framtidas omsorgsutfordringer*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet
- St. meld nr. 34 (2012-2013). *Folkehelsemeldingen. God helse- felles ansvar*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet
- St. meld nr. 47 (2008-2009). *Samhandlingsreformen: Rett behandling- på rett sted- til rett tid*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet
- Statens helsetilsyn (2014) *Helsetilsynet. Tilsyn med barnevern, sosial- og helsetenestene. Tilsynsmelding 2013*. Oslo: Statens helsetilsyn
- Svensson, L G (2010) Profesjon og organisasjon. I Molander, A. L. og Terum, I. (red) *Profesjonsstudier*. Universitetsforlaget, Oslo, s. 130-143
- Thorsén, A, Widén-Holmqvist, L, de Pedro-Cuesta, J og von Koch, L (2005) A randomized controlled trial of early supported discharge and continued rehabilitation at home after stroke: five-year follow-up of patient outcome. *Stroke*, 36:2
- Tuntland, Hanne (2011) *En innføring i ADL. Teori og intervensjon*, Kristiansand: Høyskoleforlaget
- Vabø, M (2009) Home care in transition: the complex dynamic of competing drivers of change in Norway. *Journal of Health Organization and Management*, 23:3
- Wielandt, T, McKenna, K, Tooth, L og Strong, J (2006) Factors that predict the post-discharge use of recommended assistive technology (AT). *Disability & Rehabilitation: Assistive Technology*, 1:1-2
- Wressle, E, Filipsson, V, Andersson, L, Jacobsson, B, Martinsson, K og Engel, K (2006) Evaluation of occupational therapy interventions for elderly patients in Swedish acute care: a pilot study. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 13:4
- Wyller, Torgeir Bruun (2011) *Geriatry: en medisinsk lærebok*, Oslo: G

## **Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet:**

### **”En god overgang for en eldre pasient. Ergoterapeuters erfaringer knyttet til eldre pasienters overgangsfase fra sykehus til eget hjem ”**

#### **Bakgrunn og hensikt med prosjektet:**

Mitt navn er Helene Hald, og jeg er student på masterstudiet i helsefag ved Universitetet i Agder.

Dette er et spørsmål til deg om å delta i en forskningsstudie i forbindelse med mitt avsluttende masterprosjekt. Du blir forespurt om å delta i studien fordi du arbeider som ergoterapeut på sykehus eller i kommunehelsetjenesten. Fokus i studien er ergoterapeuters erfaringer og oppfatninger knyttet til eldre pasienter som overføres fra sykehus til eget hjem. Overgangsfaser mellom sykehus og hjem kan være utfordrende og kritiske både for pasienter og helsepersonell. Eldre pasienter kan være spesielt sårbare i en slik overgangsfase. Samhandlingsreformen har nå trådt i kraft, og pasientene skal raskt tilbake til hjemkommunen etter opphold på sykehus. Hensikten med studien er å undersøke hva slags erfaringer ergoterapeuter på ulike nivå i helsetjenesten (sykehus og kommune) har med denne typen overganger, og hva slags oppfatninger de har av hva som fremmer/hemmer muligheten for mestring av aktivitet hos pasientene i en slik overgangsfase.

#### **Hva innebærer studien?**

For å få mer kunnskap om dette ønsker jeg å ha en samtale med deg om dine erfaringer og opplevelser med pasienter i overgangsfaser som beskrevet over, og hva du oppfatter påvirker dine muligheter til å fremme mestring av daglige aktiviteter hos pasienten. Intervjuet vil bli gjennomført på et skjermet rom der du foretrekker det, enten på egen eller forskers arbeidsplass. Intervjuet varer ½ -1 time, og gjennomføres på et tidspunkt vi blir enige om. Jeg vil benytte en intervjuguide med tema til samtalen. Spørsmålene har en åpen form som gjør at du kan fortelle ganske fritt om dine opplevelser og erfaringer. Jeg er selv ergoterapeut og har jobbet mange år med eldre mennesker på sykehus. Jeg vil imidlertid gjøre deg oppmerksom på at jeg nå er i en forskerrolle, og vil gjøre mitt ytterste for at ikke egne holdninger skal spille inn. Det er dine erfaringer og opplevelser som skal komme frem. Jeg vil, dersom det er greit for deg, ta intervjuet opp på lydbånd slik at ikke verdifull informasjon går tapt. Dette blir senere skrevet ut og tolket i sammenheng med alle innsamlede data.

## **Mulige fordeler og ulemper**

Du vil ved å bli med i denne studien få mulighet til å bidra med kunnskap som senere kan føre til bedring av praksis. Denne kunnskapen er av betydning for å fremme gode overganger for eldre pasienter, og samarbeid og samhandling mellom sykehus og kommunehelsetjeneste. Det vil kunne bedre forhold både for pasienter, pårørende, ergoterapeuter og annet helsepersonell. Det vil som regel ikke være noe ubehag eller ulempe knyttet til et slikt intervju, eventuelt bortsett fra at du må avsette litt tid. Jeg skal gjøre mitt ytterste slik at du får en god opplevelse av å meddele deg.

## **Hva skjer med opplysningene du legger frem?**

I denne studien er ikke hensikten at deltagerne skal gi helseopplysninger hverken om seg selv eller om pasienter. Forsker har imidlertid taushetsplikt i forhold til alle opplysninger som gis. Informasjonen som registreres om deg skal kun brukes slik som beskrevet i hensikten med studien. Opplysningene vil bli behandlet konfidensielt, og en etterstreber at ingen enkeltpersoner vil kunne gjenkjennes i den ferdige oppgaven eller publisert materiale. Alle opplysningene vil bli behandlet uten navn og fødselsnummer eller andre direkte gjenkjennerende opplysninger. Lydbånd og utskrift blir innelåst på et trygt sted mens studien pågår, der kun forsker har tilgang. Hvis du sier ja til å delta i studien, har du rett til å få innsyn i hvilke opplysninger som er registrert om deg. Du har videre rett til å få korrigert eventuelle feil i de opplysningene vi har registrert. Dersom du trekker deg fra studien under eller etter intervjuet, kan du kreve å få slettet opplysninger, med mindre opplysningene allerede er inngått i analyser eller brukt i vitenskapelig publikasjon.

Når studien avsluttes blir alle data slettet, senest 01.08.2015. Informasjonen du gir blir til slutt en del av resultatene som legges frem i masteroppgaven og som jeg planlegger å publisere i et vitenskapelig tidsskrift.

## **Frivillig deltakelse**

Det er frivillig å være med i studien, og du har mulighet til å trekke deg når som helst underveis uten å måtte begrunne dette nærmere. Hvis du samtykker i å delta, ber jeg deg underskrive vedlagte samtykkeerklæring og returnere den til meg. Jeg vil så ta kontakt med deg for å avtale tid og sted for et møte.

Dersom du senere ønsker å trekke deg eller har spørsmål til studien kan du kontakte Helene Hald på telefonnummer 993 22211, eller sende en e-post til [helhald@online.no](mailto:helhald@online.no). Du kan også kontakte min veileder, førsteamanuensis Bjørg Dale ved Universitetet i Agder, telefon 37233752 eller e-post [bjorg.dale@uia.no](mailto:bjorg.dale@uia.no).

Prosjektet er meldt inn til Personvernet for forskning ved Norsk Samfunnsvitenskapelige Datatjeneste (NSD).

## **Samtykke til deltakelse i studien:**

***En god overgang for en eldre pasient. Ergoterapeuters erfaringer knyttet til eldre menneskers overgangsfase fra sykehus til eget hjem***

Jeg har lest informasjonsskrivet og jeg er villig til å delta i studien

-----

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Jeg bekrefter å ha gitt informasjon om studien.

-----

(Helene Hald, masterstudent, dato)



## Intervjuguide for dybdeintervju av ergoterapeuter.

- Biografiske data: alder, antall års yrkeserfaring, nåværende arbeidssted (kommunehelsetjeneste eller sykehus), med eller uten videreutdanning, arbeidserfaring.
- Hvilke erfaringer og oppfatninger har du med eldre pasienters overgangsfaser fra sykehus til eget hjem, generelt og med tanke på mestring av dagliglivets gjøremål?  
Opplever du noen endringer i forhold til dette etter samhandlingsreformen ble innført? Utdyp gjerne med eksempler.
- Har du noen tanker om hva som kan bidra til å fremme mestring av aktiviteter i dagliglivet for eldre i overganger fra sykehus til hjem?
- Kan du fortelle om en gang du opplevde at en eldre pasient fikk en god overgang spesielt med tanke på mestring av dagliglivets aktiviteter?
- Har du noen negative erfaringer fra overganger fra sykehus til hjem med tanke på eldre pasienters mestring av daglige aktiviteter?
- Hva opplever du som viktig i planlegging av utskrivelsen fra sykehus i forhold til eldre pasienters mestring av daglige aktiviteter? Gi gjerne eksempler.
- Hva opplever du er viktig oppfølging fra ergoterapeut for å fremme mestring av daglige aktiviteter etter utskrivelse fra sykehus? Kan du utdype svaret?
- Har du noen tanker om hva som kan gjøres bedre?
  - Av ergoterapeuter som yrkesgruppe?
  - Hvordan helsetjenesten er organisert?

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS  
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Harald Hårfagres gate 29  
N-5007 Bergen  
Norway  
Tel: +47-55 58 21 17  
Fax: +47-55 58 96 50  
nsd@nsd.uib.no  
www.nsd.uib.no  
Org.nr. 985 321 884

Bjørg Dale  
Institutt for helse- og sykepleievitenskap  
Universitetet i Agder  
Postboks 422  
4604 KRISTIANSAND S

Vår dato: 05.09.2013

Vår ref: 35273 / 3 / LT

Deres dato:

Deres ref:

## TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 29.08.2013. Meldingen gjelder prosjektet:

35273	<i>En god overgang for en eldre pasient. Ergoterapeuters erfaringer knyttet til eldre pasienters overgangsfase fra sykehus til eget hjem</i>
Behandlingsansvarlig	<i>Universitetet i Agder, ved institusjonens øverste leder</i>
Daglig ansvarlig	<i>Bjørg Dale</i>
Student	<i>Helene Hald</i>

Personvernombudet har vurdert prosjektet og finner at behandlingen av personopplysninger er meldepliktig i henhold til personopplysningsloven § 31. Behandlingen tilfredsstiller kravene i personopplysningsloven.

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

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

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

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 01.08.2015, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

  
Vigdis Namtvedt Kvalheim

  
Lis Tenold

Lis Tenold tlf: 55 58 33 77

Vedlegg: Prosjektvurdering

Kopi: Helene Hald, Lonaåsen 30, 4849 ARENDAL

Avdelingskontorer / District Offices

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

## Personvernombudet for forskning



### Prosjektvurdering - Kommentar

---

Prosjektnr: 35273

Det gis skriftlig informasjon og innhentes skriftlig samtykke. Personvernombudet finner informasjonsskrivet tilfredsstillende utformet i henhold til personopplysningslovens vilkår.


Innsamlede opplysninger registreres på privat pc. Personvernombudet legger til grunn at veileder og student setter seg inn i og etterfølger Universitetet i Agder sine interne rutiner for datasikkerhet, spesielt med tanke på bruk av privat pc til oppbevaring av personidentifiserende data.

Prosjektet skal avsluttes 01.08.2015 og innsamlede opplysninger skal da anonymiseres og lydopptak slettes. Anonymisering innebærer at direkte personidentifiserende opplysninger som navn/koblingsnøkkel slettes, og at indirekte personidentifiserende opplysninger (sammenstilling av bakgrunnsopplysninger som f.eks. yrke, alder, kjønn) fjernes eller grovkategoriseres slik at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes i materialet.

## Vedlegg 4.

### Innlevering skjema - Kommentar

**Navn:** Helene Hald

**Les kommentarer i besvarelsen din:**  [Skjema som skal brukes ved innlevering Fakultetets etiske komite.doc](#)

**Kommentar:** Fakultetets etiske komité behandlet søknaden til Helene Hald i møte 26.08.13. Prosjektet "En god overgang for en eldre pasient. Ergoterapeuters erfaringer med overganger for eldre mennesker fra sykehus til eget hjem" er herved godkjent for prosjektoppstart som beskrevet i søknaden. Lykke til!  
På vegne av FEK Tonje Holte Stea

**Karakter:**

**Evaluerings:** Godkjent

## Eksempel på søkehistorikk.

## Vedlegg 5.

Database: Embase <1974 to 2014 October 24>

Search Strategy:

- 
- 1 daily life activity/ (57056)
  - 2 psychological adaptation.tw. (541)
  - 3 occupational therapy/ (17578)
  - 4 ergotherapy.tw. (418)
  - 5 patient discharge.mp. or hospital discharge/ (66989)
  - 6 1 or 2 (57581)
  - 7 3 or 4 (17717)
  - 8 5 and 6 and 7 (86)
  - 9 limit 8 to aged <65+ years> (54)

Hjem > Om tidsskriftet > **Manuskript**

NORDISK TIDSSKRIFT FOR

*helseforskning*

### **Forfatterinstruks**

Tidsskriftet er et tilbud til nordiske lesere innenfor helsefaglige miljøer, og til forskere innen helsefagene som ønsker å publisere egen forskning..

Tidsskriftet vil holde en bred fagprofil som reflekterer forskning og utviklingsarbeid ved nordiske helsefagutdanninger og tilhørende praksisfelt. Innholdsmessig vil hvert nummer av tidsskriftet presentere referee-bedømte, vitenskapelige artikler eller vitenskapelige essays. Det er knyttet anerkjente forskere på professor, undervisningsdosent- og førstenivå til vurderingen og referee-bedømmelsen av artiklene. Tidsskriftet tar og inn FOU- artikler, som ikke vil bli referee-bedømte, men blir gjenstand for redaksjonell vurdering. Vi ta og inn kronikker, bokanmeldelser, debattinnlegg mm.

***Tidsskriftet har ikke kapasitet til å vurdere uferdige manuskripter.***

Manuskriptene sendes i World-format til hovedredaktør Inger Lise Wang Epost adresse; [Inger.Lise.Wang@uin.no](mailto:Inger.Lise.Wang@uin.no) De innsendte arbeidene må tydelig merkes, hvorvidt de er forskningsartikler, vitenskapelige essays eller annet.

### **Fri og åpen adgang til publisering**

De innsendte arbeidene må være originale dvs. ikke publisert tidligere. Tidsskriftets første publiseringskanal er papirutgaven. Deretter vil vitenskapelige essays, artikler og utviklingsarbeid bli lagt ut gratis på nettet. Publisering skjer gjennom tidsskriftets nettside på søkerportalen Open Access.

<http://www.ub.uit.no/baser/septentrio/index.php/helseforsk/index>

Andre søkerportaler er også aktuell. Alle leserne kan bruke og distribuere artiklene videre så lenge de oppgir forfatter og tidsskriftsreferansen. Forfatterne til bidragene har copyright (opphavsrett), og tidsskriftet har ikke-eksklusiv rett til å publisere bidragene. Denne forandringen endrer ikke kravet om høy kvalitet i publiseringen av artikler i tidsskriftet.

### **Språk og form**

Bidragene skal skrives på et nordisk språk. Det vil si norsk, svensk eller dansk.

Hele materialet inkludert figurer, tabeller og referanser må skrives med enkel linjeavstand. Venstre marg må være minst 20 mm og høyre marg 20. Lengden på manuskriptet bør være mellom 4000 og 7000 ord for vitenskapelige referee-bedømte artikler og essays. Andre bidrag mellom 2000 og 7000 ord.. Bruk 12 punktts skriftstørrelse. Unngå appendikser. Ikke bruk mer enn tre nivåer av overskrifter og marker hvert nivå tydelig.

Nordisk Tidsskrift for Helseforskning gir ikke språkvask, men forutsetter at manuskriptet er vasket og korrekturlest ved mottagelse.

### **Tittelside og sammendrag**

Det skal være en separat tittelside. Denne skal inneholde bidragets tittel, navn på forfattere og institusjonell tilknytning. Det må videre være en komplett postadresse med riktig postkode. Det er og ønskelig å få e-post adresse og telefonnummer til ansvarlig forfatter. For vitenskapelige artikler og essays skal tittelsiden og ha et sammendrag på maksimum 150 ord. Til slutt i sammendraget ber vi forfatterne komme med forslag til 3-6 nøkkelord som kan være en veiviser mot essayets eller artikkelens innhold. Tittelsiden blir fjernet før bidraget sendes til referee.

### **Tabeller og illustrasjoner**

Tabeller og figurer bør nummereres med arabiske tall. Vær oppmerksom på proporsjonene i tabellen slik at den passer inn på en trykt side. Nordisk Tidsskrift for Helseforskning trykkes i A4-format og kun i svart/hvitt. Illustrasjoner bør være profesjonelt tegnet og gjengitt på en slik måte at den egner seg for trykking.

### **Litteraturhenvisninger i teksten**

I teksten settes forfatters etternavn og publikasjonens utgivelsesår: Duncan (1959). Dersom forfatter ikke er nevnt i teksten, oppgis etternavn og utgivelsesår i parentes: (Holmboe 1999). Oppgi sidetall dersom du mener det er til hjelp for leseren. Sideangivelse oppgis etter utgivelsesår: (Borg 1985:24). Dersom verket det refereres til har to eller flere forfattere, oppgis begge etternavn: (Andersen og Hansen 2000). Dersom verket det refereres til har mer enn to forfattere, oppgis alle navn ved første referanse. (Hanson, Jensen og Pedersen 2000). Bruk dernest "et al."(Hanson et al. 2000).

### **Litteraturliste**

Litteraturlisten skrives etter hovedteksten. Bruk overskriften Litteratur. Listen skal settes opp alfabetisk og inneholde alle forfattere det er referert til i tekst og tabeller. Navn/tittel på tidsskrift eller bok kursiveres.

Eksempel på referanse til bøker:

Alvesson, Mats og Kaj Sköldbörg (1994)*Tolkning och reflektion*, Lund: Studentlitteratur

Eksempel på referanse til artikler i bøker

Beston, G (2003) Brukerperspektiv på prosjektundervisning. I Hummelvoll, J. K. (red) *Kunnskapsdannelse i praksis. Handlingsorientert forskningssamarbeid i akuttpsykiatrien*. Universitetsforlaget, Oslo, s. 220-229

Eksempel på referanse til artikler i tidsskrift:

Ørstavik, S (2003) Det tvetydige brukerperspektivet. *Psykisk helse*, 6:19

### **Noter**

Bruk sluttnoter, ikke fotnoter. Sluttnoter plasseres til slutt i manuskriptet.

### **Elektronisk kopi**

Når artikkelen er akseptert for publisering i sin endelige form, vil vi be om en elektronisk kopi, enten som diskett eller som E-post. Software og programversjon nummer må merkes tydelig, likeledes diskettformat. Nordisk Tidsskrift for Helseforskning foretrekker en ny versjon av Microsoft Word.

### **Bekreftelse**

Bekreftelse på at manuskriptet er mottatt og antatt sendes til forfatter og kun til førsteforfatter der det er flere forfattere.

Forfatterne vil motta et eksemplar av den aktuelle utgivelse. Den aktuelle utgivelsen sendes til førsteforfatter. Nordisk Tidsskrift for Helseforskning betaler ikke ut forfatterhonorar.

## Erklæring om copyright

Forfattere som publiserer i dette tidsskriftet aksepterer følgende vilkår:

- a. Forfattere beholder opphavsretten til sine verker, og gir tidsskriftet rett til første publisering av verket, som samtidig lisensieres under en [Creative Commons Attribution License](#) som tillater andre å dele verket under forutsetning av at opphavsmannen og den opprinnelige publiseringen krediteres.
- b. Opphavsmenn kan inngå separate tilleggsavtaler om ikke-eksklusiv distribusjon av den publiserte utgaven av sine artikler (f.eks. avgi den til et institusjonelt vitenarkiv) så lenge dette tidsskriftet blir kreditert som første utgiver.
- c. Opphavsmenn tillates og oppmuntres til å gjøre sine verk tilgjengelig på internett (f.eks. i institusjonelle vitenarkiver eller på egne hjemmesider) før og under behandlingen av manuskriptet i tidsskriftet, da dette kan lede til fruktbare meningsutvekslinger såvel som til tidligere og mer sitering av verkene (se [The Effect of Open Access](#)).

## Erklæring om personopplysninger

Navn og e-postadresser som avgis til tidsskriftet på dette nettstedet vil kun bli benyttet til de formål de er innsamlet, og vil ikke bli gjort tilgjengelig for andre formål eller andre personer.

