

Balansen mellom pasientens behov og organisatoriske hensyn

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

SAMMENDRAG *Bakgrunn og hensikt:* Å mestre daglige aktiviteter etter utskrivelse fra sykehus kan innebære mange utfordringer for eldre mennesker. Hensikten med denne studien var å belyse ergoterapeuters erfaringer med å legge til rette for aktiviteter for eldre pasienter i overgangsfasen fra sykehus til eget hjem.

Metode: Studien har et kvalitativt design. Åtte ergoterapeuter, fire som var ansatt på sykehus og fire i kommunal hjemmetjeneste, ble intervjuet. Kvalitativ innholdsanalyse ble anvendt i analysen av de transkriberte intervjuetekstene.

Funn: Analysen av intervjuene resulterte i tre hovedkategorier: «Å legge til rette for aktivitet og mestring på individnivå», «Muligheter i pasientens fysiske og sosiale omgivelser» og «Samhandling mellom tjenestenivåer». Et overordnet hovedtema var «Å finne balansen mellom pasientens behov og organisatoriske hensyn i en sårbar og kompleks overgangsfase».

Konklusjon: Ergoterapeuter er oppmerksomme på utfordringer og muligheter når det gjelder å fremme mestring av daglige aktiviteter hos eldre personer som utskrives fra sykehus til eget hjem.

Nøkkelord

Daglige aktiviteter, ergoterapi, mestring, utskrivelse, kvalitativ metode.

The balance between patients' needs and organizational considerations

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 transcribed interview texts.

Findings: Three main categories emerged from the interviews: «to facilitate for activities and coping on an individual level», «potentials in the patient's physical and social environments» and «interaction between service levels». A main theme was «to find a balance between patients' needs and organizational considerations 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.

Keywords

activities of daily living, occupational therapy, coping, hospital discharge, qualitative method.



Helene Hald
Ergoterapeut på Sørlandet Sykehus HF i Arendal. Hun har master i helsevitenskap med fordypning innen alderdom og helse (Universitetet i Agder).



Bjørg Dale
Førsteamanuensis og faglig leder for Senter for omsorgsforskning, sør ved Fakultet for helse- og idrettvitenskap, Universitetet i Agder. Hun har PhD i sykepleievitenskap innen fagområdet eldreomsorg.

Denne studien handler om ergoterapeuters erfaringer med å fremme mestring av daglige aktiviteter hos eldre mennesker som utskrives fra sykehus til eget hjem. En konsekvens av at andelen eldre personer i befolkningen øker er at vi også får flere eldre med kroniske og komplekse sykdomstilstander som har behov for helsetjenester (Meld. St. 25 (2005–2006)). Innføring av Samhandlingsreformen (Meld. St. 47 (2008–2009)) medfører dessuten kortere liggetid på sykehus og mer ansvar for oppfølging og behandling overført til kommunehelsetjenesten. Eldre mennesker kan dermed være sykere og ha et større behov for behandling og pleie når de skrives ut fra sykehus til eget hjem enn de hadde tidligere.

Introduksjon

Selv om eldre mennesker ikke er en ensartet gruppe, kan overgangsfasen fra sykehus til eget hjem være utfordrende for en del av dem med tanke på mestring av daglige aktiviteter etter hjemkomst (Parker et al., 2002; Schumacher, Jones, & Meleis, 2010; Shepperd et al., 2013). Endringer i helsetilstanden, funksjonssvikt samt omgivelsenes krav kan påvirke dagliglivets aktiviteter og medføre sårbarhet og stress (Crennan & MacRae, 2010). Aktiviteter i dagliglivet er en samlebetegnelse på en rekke ulike hverdagslige, praktiske gjøremål (Tuntland, 2011) som kan klassifiseres i kategoriene egenomsorg, hjem, arbeid og fritid. De innebærer fysiske så vel som mentale og sosiale aktiviteter (Brandt, Madsen, & Peoples, 2013). Eldre mennesker som ikke mestrer dagliglivets aktiviteter etter utskrivelse er utsatt for fall, utrygghet, redusert helse, og re-innleggelse på sykehus (Avlund, Jepsen, Vass, & Lundemark, 2002; Johnston, Barras, & Grimmer-Somers, 2010; Shepperd et al., 2013). Slike aktiviteter er også viktige for eldres livskvalitet (Bonder & Martin, 2000), egenidentitet (Häggblom-Kronlöf, Hultberg, Eriksson, & Sonn, 2007) og opplevelse av mening og håp i tilværelsen (Borell, Lilja, Andersson-Sviden, & Sadlo, 2001).

For at hjemmeboende eldre personer kan mestre daglige aktiviteter etter et sykehusopphold, er god planlegging av utskrivelsen i samarbeid med pasient og pårørende helt avgjørende (Parker et al., 2002; Moats & Doble, 2006; Wressle et al., 2006; Crennan & MacRae, 2010). En vellykket overgangsfase fra sykehus til hjem er bl.a. assosiert med at den eldre har tro på egen mestringsevne, og at aktivitetsbehovet blir tatt hensyn til (Robertson & Blaga, 2013). Samtidig viser studier at det er utfor-

dringer forbundet med å planlegge utskrivelsen, at pasienter og pårørende noen ganger blir utelatt fra beslutninger, og at aktivitetsperspektivet ofte kommer i bakgrunnen (Moats & Doble, 2006; Moats, 2007). I tillegg kan informasjon og dokumentasjon i overflytningsfasen mellom de ulike behandlingsnivåene svikte (Lilja, Nygård, & Borell, 2000; Meld. St. 47 (2008–2009); Olsen, 2013).

Ergoterapeuter har en sentral rolle når det gjelder å tilrettelegge og tilpasse aktivitet til pasientens kognitive og fysiske funksjonsnivå, i nært samarbeid med pasient, pårørende og annet helsepersonell (Crennan & MacRae, 2010; Durocher & Gibson, 2010). Hjemmebesøk sammen med ergoterapeut før og/eller etter utskrivelse er nyttig (Avlund et al., 2002; Harris, James, & Snow, 2008), og tilrettelegging med tekniske hjelpemidler i hjemmet kan være avgjørende for en vellykket overgang (Wielandt, McKenna, Tooth, & Strong, 2006). Ergoterapi kan ha en positiv effekt på eldre pasienters mestring av daglige aktiviteter og trygghet etter utskrivelse, og behovet for helsetjenester i etterkant kan reduseres (Wressle et al., 2006).

Et grunnsyn innen ergoterapi er at aktivitet fremmer helse (Brandt et al., 2013). Ergoterapeuter møter eldre pasienter både på sykehus og i kommunehelsetjenesten etter utskrivelse. Det er derfor viktig å få innsikt i hvordan ergoterapeuter erfarer at de kan fremme mestring og deltakelse i daglige aktiviteter for den aktuelle pasientgruppen (Durocher & Gibson, 2010). Internasjonalt er det gjort en del studier fra ergoterapeuters ståsted, inklusive noen få svenske, som fokuserer på eldre personers overgangsfaser fra sykehusopphold til eget hjem. Det har imidlertid ikke lyktes oss å finne tilsvarende norske studier, og heller ikke studier der ergoterapeuters erfaringer blir undersøkt både fra et sykehus- og et kommunehelsetjenesteperspektiv.

Hensikten med denne studien var å belyse hvilke erfaringer ergoterapeuter på sykehus og i hjemmetjenesten har med å fremme mestring av daglige aktiviteter hos eldre mennesker som utskrives fra sykehus til eget hjem. Med «eldre» menes her personer over 65 år, jfr Verdens Helseorganisasjons definisjon (2014). Studiens teoretiske referanseramme er Antonovskys teori om mestring (Antonovsky, 2012) og Meleis teori om overganger (*transitions*) (Meleis, 2010).

Metode

Vi brukte et kvalitativt utforskende design.

Utvalg og rekruttering

Et strategisk utvalg av ergoterapeuter fra kommunehelsetjenesten og sykehus ble rekruttert. Denne utvalgsmetoden anses hensiktsmessig når man, på bakgrunn av inklusjonskriterier, ønsker et utvalg som har relevante og varierte erfaringer om studiens tema (Polit & Beck, 2010). Informasjon om studien og tillatelse til å gjennomføre den ble sendt til ledere i aktuelle sykehusavdelinger og kommuner. 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, minst to års arbeidserfaring og minimum 50 prosent stillingsstørrelse. Informanter fra flere kommuner og sykehusavdelinger skulle inkluderes. Utvalget besto av fire ergoterapeuter fra medisinske og kirurgiske avdelinger på to ulike sykehus i Sør-Norge, og fire ergoterapeuter fra fire ulike kommuner i den samme landsdelen. By- og landkommuner, med og uten tjenestekontor, var inkludert. Dette var ønskelig for få frem varierte erfaringer. Deltakernes alder var fra ca. 30 til ca. 60 år. Alle var kvinner, og de hadde fra 10 til 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. Spørsmålene hadde en åpen form slik at informantene kunne fortelle mest mulig fritt, men var samtidig noe strukturert for å sikre at planlagte tema ble belyst. Omdreiningpunktet for temaene i intervjuguiden var erfaringer knyttet til hva som opplevdes som viktig, og hva informantene opplevde som utfordrende når det gjaldt å bidra til de eldres mestring av daglige aktiviteter etter hjemkomst fra sykehuset. Etter at skriftlig informert samtykke var innhentet hos aktuelle informanter, ble de kontaktet for å avtale tidspunkt og sted for intervju. Intervjuene foregikk uforstyrret på informantens eller intervjuers arbeidsplass, etter informantens ønske. Hvert intervju varte fra 30 til 45 minutter og ble gjennomført av førsteforfatter. Intervjuene ble tatt opp på bånd og deretter transkribert ordrett.

Dataanalyse

Kvalitativ innholdsanalyse som beskrevet av Graneheim & Lundman (2004) ble anvendt i analyse av intervjuene. Kvalitativ innholdsanalyse fokuserer

på tolkning av teksters meningsinnhold (Polit & Beck, 2010), noe som var relevant i denne studien hvor hensikten var å få innsikt i ergoterapeutenes tanker og erfaringer. Lydopptakene ble først 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. Innholdet i de meningsbærende enhetene ble så forkortet og gitt koder ut fra innhold, og man lette etter likheter og forskjeller i tekstmaterialet. Kodene ble ordnet i kategorier. Dette utgjorde de tekstmære, manifeste, beskrivelsene av erfaringene. Til slutt ble det reflektert over teksten for å finne meningsinnholdet i form av temaer. Dette analysetrinnet representerer det latente fortolkningsnivå der man reflekterer over underliggende meninger og 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 & Lundman, 2004; Polit & Beck, 2010).

Forskningsetiske hensyn

Undersøkelsen ble gjennomført i samsvar med retningslinjer beskrevet i Helsinkideklarasjonen (2013). Skriftlig informert samtykke ble innhentet. Informantenes rettigheter, eksempelvis frivillig deltagelse, anonymisering, at taushetsplikt ble overholdt og hvordan datamaterialet skulle anvendes, ble understreket i informasjonsskrivet og gjentatt muntlig før intervjuene (Beauchamp & Childress, 2012). 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 hovedkategorier, mens den latente delen av innholdsanalysen resulterte i ett hovedtema og to undertemaer. I det følgende vil først funn fra den manifeste, deretter fra den latente, innholdsanalysen presenteres.

Tabell 1. Oversikt over funn fra den manifeste innholdsanalysen

Kategori 1	Kategori 2	Kategori 3
Å legge til rette for aktivitet og mestring på individnivå	Muligheter i pasientens fysiske og sosiale omgivelser	Samhandling mellom tjenestetnivåer

Å legge til rette for aktivitet og mestring på individnivå

Informantene understreket betydningen av å motivere til egenaktivitet for å fremme mestring hos de eldre. Noen mente at pasientene kunne få en nedgang i funksjonsnivå i overgangen fra intensiv trening på sykehus til å motta mye hjelp hjemme etter utskriving, mens andre mente at pasientene ofte ikke fikk prøvd seg nok i aktivitet mens de var på sykehuset. 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. Det var imidlertid enighet om at egenaktivitet er noe en kontinuerlig må ha fokus på fordi det kan bedre eller vedlikeholde funksjon, skape motivasjon og føre til mindre behov for tjenester i kommunen selv om Eldres ressurser kan være marginale. En informant fra kommunen sa: «*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*». Alle erfarte endringer med kortere liggetid på sykehus etter at samhandlingsreformen trådte i kraft. Ergoterapeutene på sykehus opplevde at det var blitt mer reinnleggelser blant eldre og mente at en viktig årsak var for kort liggetid. Ergoterapeutene både i kommunen og på sykehus erfarte mangel på tid og ressurser. Selv om det var individuelle forskjeller, mente de at eldre pasienter generelt var sårbare i overgangsfasen fra sykehus til hjem. Uforutsigbarhet om utskrivelsestidspunkt og -sted, usikkerhet om de ville mestre aktivitet i ny situasjon og redsel for å falle eller få for lite hjelp, kunne gi utrygghet. En informant på sykehus fortalte: «*Jeg opplever at 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*».

Det var viktig å planlegge overgangsprosessen og kartlegge mestring av aktivitet ved hjemkomst. Mangelfull kartlegging kunne eksempelvis resultere i fall og skader. Informantene erfarte at pasienter som hadde fått kartlagt aktivitetsutførelsen sin var mer klar for overgangen og tryggere etter utskrivelsen. Informant fra kommunehelsetjeneste: «*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 pasientens funksjon og

pasientens ønsker. Der oppfølging var nødvendig ble hjemmebesøk foretatt. Å formidle tilstedeværelse ved at helsepersonell skulle følge opp til pasientene følte de mestret hverdagen på sin måte, ga trygghet. Informantene hadde gode erfaringer med eller positive tanker om tilbudet om hverdagsrehabilitering som var innført i noen kommuner.

Muligheter i pasientens fysiske og sosiale omgivelser

Ergoterapeutene i kommunen opplevde tidspress og økt behov for tilrettelegging i hjemmet nå når pasientene ble raskere utskrevet fra sykehus enn før. 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 var sentralt, og det opplevdes spesielt viktig å legge omgivelsene til rette for nyopererte eldre og personer med kognitiv svikt. Ergoterapeutene på sykehuset måtte starte kartlegging av behov for hjelpemidler og sørge for at det mest prekære, som gang- og hygienehjelpemidler var 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. Det kunne dessuten 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 her ble tiden ofte for knapp. Pasientens pårørende eller annet sosialt nettverk opplevdes som en viktig støtte og ressurs for den eldre og viktige samarbeidspartnere for ergoterapeutene. Pårørende kunne bidra med nyttig informasjon, ordne med praktiske ting i boligen, hente hjelpemidler og ved behov hjelpe pasienten med aktivitet i hjemmet. Imidlertid erfarte informantene mangel på gode rutiner både i kommunehelsetjenesten og på sykehus for samarbeid med pårørende. En av ergoterapeutene fra kommunehelsetjenesten fortalte om en nyttig erfaring: «*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*».

I følge informantenes erfaringer hadde eldre mennesker som bor alene og har lite sosialt nettverk behov for mer støtte og hjelp fra helseperso-

nell. Enkelte hadde nytte av ulike aktivitetstilbud som kunne motvirke ensomhet eller inaktivitet, og i noen tilfeller kunne det gi avlastning for pårørende. Ergoterapeutene opplevde 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

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 kommuner uten tjenestekontor. Ergoterapeuter som arbeidet i små kommuner med mindre pasientgrunnlag hadde god oversikt, men utfordringen var for lite kompetanse eller apparat til å ta imot pasienter så raskt fra sykehus. I kommuner organisert med tjenestekontor kunne det oppstå uenighet mellom sykehus og tjenestekontor om både omsorgsnivå og videre tiltak for pasienten. Generelt understreket informantene at tidlig henvisning før utskrivelse var gunstig. Uforutsigbar utskrivelsesdato og avventende svar fra kommunen angående tjenestetilbud opplevdes som krevende både for helsepersonell og pasienter og pårørende. Mens ergoterapeutene på sykehus erfarte at informasjonen stort sett gikk én vei – fra sykehus til kommune – opplevde ergoterapeutene i kommunehelsetjenesten at det manglet et system som ga dem informasjon når pasienter ble innlagt på sykehus. De elektroniske meldingsutvekslingene mellom sykehus og kommuner var ofte mangelfulle nettopp på beskrivelse av den Eldres mestring av aktivitet. Samtlige informanter ønsket seg elektroniske meldinger gjeldende også for fysio- og ergoterapeuter for å sikre at informasjon kom ut raskt. Flere mente at dette, sammen med likt datasystem på sykehus og i kommuner, ville lette informasjon og samhandling mellom tjenestenivåene.

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



(Foto: Shutterstock)

Tverrfaglig samarbeid ble beskrevet som fremmende for mestring av daglige aktiviteter hos pasientene. Ergoterapeutene både på sykehus og i kommunehelsetjenesten opplevde sykehusavdelingene som svært ulike. Det varierte mye hvor gode de var på tverrfaglig planlegging av utskrivelse, og hvorvidt de informerte og involverte pasientene. Geriatrike avdelinger ble sett på som fordelaktig fordi 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 at kompetent helsepersonell 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 på helsetjenestene. Kunnskap om hverandres arbeidssted mente de kunne bli bedre, og regelmessige møteplasser og kompetanseformidling mellom sykehus- og kommuneergoterapeuter ble foreslått som nyttige tiltak.

Å finne balansen mellom pasientens behov og organisatoriske hensyn i en sårbar og kompleks overgangsfase

Tabell 2. Oversikt over funn fra den latente innholdsanalysen

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

Et overordnet tema som gikk igjen i intervjuene, var den krevende balansegangen ergoterapeutene stadig opplevde mellom pasientenes behov og organisatoriske hensyn. De måtte tilpasse seg organisatoriske forhold som begrensede ressurser og tid, samarbeid innad i og mellom ulike tjenestenivå, og samtidig ivareta individuelt fokus og forståelse for den enkelte pasients situasjon og behov. Det kan se ut som at de senere årenes strukturelle endringer i helsetjenesten setter sitt preg på ergoterapeutenes arbeidshverdag, slik at de kommer i skvis mellom krav til effektivitet og faglige krav

til kvalitet i det arbeidet de gjør. Overganger kan representere sårbare faser for de det gjelder fordi de ofte innebærer endring og uvisshet. Det ujevne maktforholdet som tradisjonelt eksisterer mellom utøvere og mottakere av helsetjenester kan også forsterke pasientenes sårbarhet. En personsentrert tilnærming er avgjørende, men kan være utfordrende å få til dersom organisasjonen preges av knappe ressurser og et ensidig biomedisinsk, instrumentelt fokus. Et godt samspill mellom sykehus og kommunehelsetjeneste er viktig, men samtidig utfordrende fordi det er så mange aktører og organisatoriske systemer involvert. Det syntes avgjørende å være fleksibel og løsningsorientert.

Undertemaet «å se viktigheten av aktivitet for et meningsfullt liv» var et betydningsfullt budskap i intervjuene. En sentral del av tilværelsen består av aktiviteter som kan gi eldre innhold i hverdagen og en opplevelse av mening, noe som igjen er viktig for helse, velvære og identitet. Mange har ulike roller og rutiner der aktivitet inngår, og som det er verdifullt for den enkelte å opprettholde. Mange eldre pasienter har en usikkerhet knyttet til egen aktivitetsutførelse i en overgangsfase, og det er derfor viktig å legge til rette for meningsfull aktivitet ut fra den enkeltes behov. Dette kan imidlertid utfordres av organisasjonenes krav til effektivitet og økt tempo i overgangsfasen mellom sykehus og hjem.

Et annet undertema er betydningen av «å se eldre mennesker individuelt og i en større sammenheng». En helhetlig tilnærming overfor eldre synes å være sentralt for å fremme mestring av aktivitet. Pasientens fysiske, kognitive og sosiale funksjonsnivå, mestringsevne og behov, samt vedkommendes sosiale og fysiske omgivelsene må tas i betraktning. Ulik praksis og rutiner i kommuner og sykehusavdelinger gir forskjellige muligheter og begrensninger. Alle ønsket å ha god kontakt med og en individuell tilnærming og forståelse for den enkelte pasient, men opplevde samtidig at tidsfaktoren og det 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.

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 eget hjem.

Et overordnet tema som syntes å gå igjen i alle intervjuene var at ergoterapeutene opplevde det utfordrende å stadig måtte balansere mellom pasientens behov i sårbare og komplekse overgangsfaser og organisatoriske hensyn og krav. Økt gjennomstrømning av pasienter, tidsbegrensning og forholdsvis lite ergoterapiressurser kan medføre at ergoterapitjenesten settes under press. Ergoterapeuter har spesiell kompetanse når det gjelder å tilrettelegge for pasienters deltakelse i hverdagslige aktiviteter med like mye fokus på person og omgivelser som selve aktiviteten (Fortmeier, 2007). En norsk studie av Leknes, Bysheim, Ness, & Horghagen (2014) undersøkte samhandlingsreformens konsekvenser for ergoterapeuters yrkesutøvelse på et kommunalt rehabiliteringssenter. Deltagerne i studien opplevde utfordringer med å utøve sitt yrke med god kvalitet innenfor økonomiske rammer som opplevdes som stramme, spesielt når pasientene ble så raskt utskrevet fra sykehuset. Profesjonsverdier og økonomisk tankegang går ikke alltid i hop fordi profesjoner ofte er mer opptatt av fag og nærhetsetikk, mens økonomisk tankegang i større grad vektlegger innsparing og effektivitet (Svensson, 2010). Berg (2005) advarer 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 at helsepersonell får mindre muligheter for klinisk, etisk og faglig skjønn, noe som kan resultere i en opplevelse av sterkt moralsk press (Berg, 2005). Hvordan ergoterapeuter balanserer dette «presset» kan handle om deres kunnskap, holdninger og verdier, men ikke minst hvordan de håndterer krav knyttet til økonomi og effektivitet. Ulike hensyn må veies mot hverandre. Hvordan man skal prioritere arbeidsinnsatsen og utnytte tilgjengelige ressurser vil sannsynligvis bli mer og mer viktig i årene som kommer, med et økende behov for helsetjenester. Kunnskaper om og bevisst refleksjon rundt den krevende balansegangen som opplevdes av informantene i denne studien synes vesentlig for å fremme mestring av aktivitet og skape gode overgangsfaser for eldre pasienter.

Funnene i denne studien viser at ergoterapeutene oppfattet en del eldre som sårbare for høyt tempo i utskrivingsfasen fra sykehus til hjem, og at riktig bruk av tid, samt å skape trygghet og forutsigbarhet, var avgjørende for gode overganger. Meleis' (2010) teori om overgangsfaser omhandler også overgangen fra sykehus til eget hjem. I likhet

med funnene i denne studien ser hun at pasienten ofte er i en sårbar prosess med så vel ytre som interne endringer, og nødvendig tid og støtte i slike overgangsfaser er derfor ekstra viktig.

Intensjonen med samhandlingsreformen er blant annet å sikre et helhetlig og sammenhengende tjenestetilbud av god kvalitet (Meld. St. 47 (2008–2009)). Videre er det lovregulert at helsepersonell skal opptre faglig forsvarlig, at informasjonsutveksling mellom sykehus og kommunehelsetjeneste skal fungere godt, og at pasienters rettigheter til helsehjelp og medvirkning blir ivaretatt (Spesialisthelsetjenesteloven, 1999; Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999; Helsepersonelloven, 1999; Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011). Imidlertid at det oftest i overgangene fra sykehus til hjem det svikter, og samhandlingen og kommunikasjonen her bør bli bedre (Statens helsetilsyn, 2014). Selv om ergoterapeutene i denne studien hadde stort sett gode erfaringer, hadde flere opplevd situasjoner der kommunikasjon og informasjon mellom tjenestenivåene hadde sviktet. Resultatet kunne eksempelvis være manglende hjelpemidler ved hjemkomst. Her kan hurtige utskrivelser og manglende tid til planlegging være årsaken. Funnene viste altså hvor avgjørende det er med tilstrekkelig, individuell planlegging av utskrivelsen fra sykehuset samt god kommunikasjon mellom tjenestenivåene. Ergoterapeutene i studien erfarte dessuten at det var enklere og mer oversiktlig å overføre pasienter til kommuner uten tjenestekontor. En studie av Dale og Hvalvik (2013) beskriver hvordan organisering av omsorgstjenesten i kommuner med tjenestekontor kunne være hemmende for en god overgangsfase fra sykehus til hjem, fordi tjenestekontoret ble sett på som et unødvendig og byråkratisk mellomledd. Også andre har hatt kritiske innvendinger mot å bruke en slik bestiller–utførermodell i helsetjenesten, fordi det kan virke som en unødvendig byråkratisk propp i systemet (Vabø, 2009; Joten Skog & Andersen, 2011).

Viktigheten av å ha en helhetlig tilnærming til pasienten, og at den eldre ses i en større sammenheng, ble gjentatte ganger understreket av informantene i denne studien. Ifølge Antonovsky (2012) finnes det mestringsmuligheter både i personen selv og omgivelsene rundt. Viktige faktorer i møte med en stressende overgangsfase er grad av opplevelse av sammenheng (OAS) i livet, i tillegg til ressurser i pasientens omgivelser slik som pårørende eller betydningsfulle andre (Antonovsky, 2012). Meleis (2010) er også opptatt av det komplekse samspillet

mellom pasient og omgivelser i overganger i helsetilstand. Ved omveltninger i roller (eksempelvis etter å ha fått en kronisk helsesvikt) der egenidentitet og mestringsopplevelse utfordres, har helsepersonell 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 til mestring av aktivitet, kan dette være et kritisk punkt i overgangsfasen (Brandt et al., 2013). Ergoterapeuters kompetanse i samspill mellom person, omgivelser og aktivitet kan derfor være en viktig ressurs for å ivareta en helhetlig tilnærming til pasienten på tross av ressursknapphet og krav om økt effektivitet.

Betydningen av egenmestring, ressurser og å ha meningsfulle aktiviteter i hverdagen kom også tydelig fram i denne studien. Häggblom-Kronlöf et al. (2007) fant at eldre opplevde at meningsfull aktivitet bidro til å bevare livskvalitet, identitet, kontinuitet, engasjement og kreativitet, 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 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 for pasientene. Ergoterapeutene kan sammen med pasienten prøve å gjøre situasjonen forståelig, mobilisere pasientens ressurser for å gjøre situasjonen håndterbar, samt motivere og tilrettelegge for aktiviteter som er meningsfulle for den enkelte. Oppnår pasienten en opplevelse av sammenheng, er mulighetene for å mestre aktivitet i en slik overgangsfase større. En person med lav opplevelse av sammenheng trenger muligens ekstra støtte.

Ifølge Hjort (2010) er inaktivitet en av de største risikofaktorene i alderdommen. Betydningen av aktivitet blir også vektlagt i Meld. St. 25 (2005–2006) med begrepet «aktiv omsorg», der fokus på mestring og muligheter står sentralt for å møte fremtidens helseutfordringer. Et av målene i Meld. St. 34 (2012–2013) er å legge til rette for en aktiv og trygg alderdom, selv når helsen svikter. Å mobilisere pasientenes ressurser for å mestre hverdagsaktivitetene er en viktig del av ergoterapeuters arbeidsområde (Brandt et al., 2013). Til tross for offentlige føringer, forskningslitteratur og kunn-

skap på området er det fortsatt behov for økt bevissthet omkring dette, og her kan ergoterapeuter ha mye å bidra med.

Pasienter som medvirker i planlegging og oppfølging av egen helsehjelp er bedre i stand til å mobilisere egne ressurser (Meld. St. 47 (2008–2009)). Medbestemmelse kan utfordres i et hektisk sykehusmiljø (Moats, 2007). Bildet er nok ikke helt entydig fordi mennesker er svært forskjellige. En del eldre synes det er greit at helsepersonell tar en del avgjørelser for dem i slike situasjoner, og at de ikke behøver å medvirke i alt (Wressle et al., 2006). Antonovsky (2012), på sin side, hevder at medbestemmelse er noe som bidrar til å skape høyere opplevelse av sammenheng i livet og dermed mestringsevne.

Metodologiske betraktninger

I kvalitative studier er det ikke relevant å snakke om å generalisere funnene. Teksten slik den er tolket i denne studien er én av mange måter å tolke den på, noe som kan være en berikelse, fordi virkeligheten ofte er sammensatt og kompleks (Kvale & Brinkmann, 2010). Kategoriene som var et resultat av analysen kan muligens framstå som noe overlappende, men de gjenspeiler likevel hovedbudskapet i informantenes erfaringer. Det kan heller ikke utelukkes at førsteforfatters profesjonelle bakgrunn som ergoterapeut, kan ha påvirket intervjuene og analyse av tekstene. Intervjuers forforståelse og rolle i prosjektet er imidlertid forsøkt tydeliggjort.

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 og med tilsvarende pasientgruppe. Ergoterapeutene representerte ulike kommuner og sykehus og ga variert og fyldig informasjon, slik at intervjutekstene resulterte i rike beskrivelser av ergoterapeuters erfaringer, og likheter så vel som forskjeller ble belyst.

Konklusjon

Funnene i denne studien belyser ergoterapeuters erfaringer med og oppfatninger av aspekter som er viktige for å fremme mestring av aktivitet hos eldre pasienter som utskrives fra sykehus til eget hjem. Organisatoriske faktorer, samhandling mellom tjenestenivåer og individrettede tilnærminger sammen med pasientens omgivelser, påvirker prosessen og utfallet i slike overgangsfaser.

Kunnskap om og innsikt i faktorer som hemmer og fremmer en god overgangsfase for eldre

mennesker kan bidra til at man i økende grad tar hensyn til disse i planlegging og iverksetting av helse- og omsorgstjenestene. Å tilrettelegge for aktivitetsmestring og deltakelse hos eldre mennesker representerer en helsefremmende tilnærming i møte med fremtidens omsorgsutfordringer. Helsepolitisk kan funnene peke på konsekvenser av Samhandlingsreformen med tanke på tidspresset og stresset eldre pasienter og helsepersonell utsettes for, og at dette ikke nødvendigvis er så helsefremmende.

Det er behov for videre forskning på hvordan ergoterapeuter både på sykehus og i kommunehelsetjeneste kan tilrettelegge for meningsfulle aktiviteter for eldre personer som utskrives fra sykehus til eget hjem. Spesielt hovedtema i denne studien om balansegang mellom personfokus/pasientenes behov og systemfokus/organisatoriske hensyn er ny kunnskap det kan forskes videre på. Studier som fokuserer på personer som blir direkte berørt i overgangsfasene, de eldre eller deres pårørendes perspektiv, er også viktig.

REFERANSER

- Antonovsky, A. (2012) *Helsens Mysterium. Den salutogene modellen*, Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Avlund, K., Jepsen, E., Vass, M., & Lundemark, H. (2002). Effects of comprehensive follow-up home visits after hospitalization and functional ability and readmissions among oldpatients. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 9(1), 17–22. Doi:10.1080/110381202753505827
- Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (2012). *Principles of Biomedical Ethics*. 7th ed.; Oxford, UK: University Press Inc.
- Berg, O. (2005). *Fra politikk til økonomikk: den norske helsepolitikks utvikling det siste sekel*. Oslo: Den norske lægeforening.
- Bonder, B. R., & Martin, L. (2000). Personal meanings of occupation for women in later life: Two women compared. *Journal of Women and Aging*, 12(3–4), 177–193. Doi:10.1300/J074v12n03_11
- Borell, L., Lilja, M., Andersson-Sviden, G., & Sadlo, G. (2001). Occupations and signs of reduced hope – an explorative study of older adults with functional impairments. *American Journal of Occupational Therapy*, 55, 311–316. Doi:10.5014/ajot.55.3.311
- Brandt, Å., Madsen, A. J., & Peoples, H. (2013). *Basisbog i ergoterapi. Aktivitet og deltagelse i hverdagslivet*, København: Munksgaard.
- 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. doi:10.3109/02703180903381060
- Dale, B., & 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, 379–389. <http://dx.doi.org/10.2147/JMDH.S51947>
- Declaration of Helsinki. Ethical principles for medical research involving human subjects. 2013. 64th 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(1), 2–7. Doi:10.1111/j.1440-1630.2009.00826.x
- Fortmeier, S. (2007). *Etik, verdier og grunnleggende antagelser i ergoterapi*. I G. Mathiasson & I. Schrøder (Red.), *Basisbog i ergoterapi, aktivitet og deltagelse i hverdagslivet*. S. 161–189. København: Munksgaard.
- Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2), 105–112. Doi:10.1016/j.nedt.2003.10.001
- Harris, S., James, E., & Snow, P. (2008). Pre-discharge occupational therapy home assessment visits: towards an evidence base. *Australian Occupational Therapy Journal*, 55(2), 85–95. DOI: 10.1111/j.1440-1630.2007.00684.x
- Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.*
- Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell m.v.*
- Hjort, P. F. (2010). *Alderdom. Helse, omsorg og kultur*. Oslo: Universitetsforlaget.
- 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(3), 192–200. Doi:10.1080/11038120601124448
- Johnston, K., Barras, S., & 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), 1333–1339. Doi:10.1111/j.1365-2753.2009.01339.x
- Joten Skog, B. M., & Andersen, J. (2011). Bestiller-utfører-organisering innen fysio- og ergoterapitjenester – en moderniseringsøvelse til besvær? *Ergoterapeuten*, 4(11), 78–86.
- Kvale, S., & Brinkmann S. (2009). Det kvalitative forskningsintervju, Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Leknes, R., Bysheim, U., Ness, K.N., & Horghagen, S. (2014). Samhandlingsreformens konsekvenser for den ergoterapeutiske yrkesutøvelsen. *Ergoterapeuten*, 6 (14), 32–39.
- 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. Doi:10.1080/110381200750018841
- Meld. St. 25 (2005–2006). Mestring, muligheter og mening – Framtidas omsorgsutfordringer. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Meld. St. 34 (2012–2013). Folkehelsemeldingen. God helse – felles ansvar. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Meld. St. 47 (2008–2009). Samhandlingsreformen: Rett behandling – på rett sted – til rett tid. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Meleis, A. I. (2010). *Transitions Theory. Middle Range and Situation Specific Theories in Nursing Research and Practice*. New York: Springer Publishing Company.
- Moats, G. (2007). Discharge decision-making, enabling occupations, and client-centred practice. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 74(2), 91–101. Doi:10.1177/000841740707400203
- 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. Doi: 10.1177/00084174060730050
- Olsen, R. M. (2013). Informasjonsutveksling mellom sykepleiere i hjemmesykepleie og sykehus ved overføring av eldre pasienter. Doktorgradsavhandling. Institutionen for Hälsovetenskap, Mittuniversitetet, Sundsvall, Sverige.
- Parker, S. G., Peet, S. M., McPherson, A., Cannaby, A. M., Abrams, K., Baker, R., Wilson, A., Lindesay, J., Parker, G., & Jones, D. R. (2002). A systematic review of discharge arrangements for older people. *Health Technology Assessment*, 6(4), 1–183. Doi:http://dx.doi.org/10.3310/hta6040
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter.
- Polit, D. F. & Beck C. T. (2010). *Nursing Research. Appraising Evidence for Nursing Practice*. Philadelphia: Lippincott Williams Wilkins.
- Robertson, L. & Blaga, L. (2013). Occupational therapy assessments used in acute physical care settings. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 20(2), 127–135. doi:10.3109/11038128.2012.737369
- Schumacher, K. L., Jones, P. S. & 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*. 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. Doi: 10.1002/14651858.CD000313.pub4. <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD000313.pub3/pdf/>
- Spesialisthelsetjenesteloven. (1999). Lov om spesialisthelsetjenesten.
- 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*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Tuntland, H. (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), 346–358. <http://dx.doi.org/10.1108/14777260910966762>
- 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. Doi:10.1080/09638280500167159
- World Health Organization (2014). Health statistics and health information system: Definition of an older or elderly person. Hentet 8.3.2016 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. Doi:10.1080/1103812060059304