

Eldre og rehabilitering: en studie av hva pasienter ved en geriatrisk rehabiliteringsavdeling opplever at bidrar til god rehabilitering

Elderly and rehabilitation: a study of patients' experiences of „good rehabilitation“ during a stay in a geriatric rehabilitation ward.

►► The aim of this article is to describe how patients experience a 14 days stay in a geriatric rehabilitation ward with focus on what they experience as important for „good rehabilitation“ during their stay.

Methodologically, the study is based on qualitative research interviews. Ten patients, more or less in need of health assistance, were interviewed the last day before they were discharged to their homes. Data were analyzed in a qualitative content analysis.

The findings showed that the patients highly valued the possibility to relax and rest during the stay. They also valued the continuous presence and availability of the nurses which made them feel safe. The physical environment, however, made their personal-care activities problematic and had a negative influence on their independence and well-being. The findings are of special interest in a debate regarding the contents of the concept of rehabilitation, and stress the significance of understanding rehabilitation in an individual and contextual perspective.

Keywords:

Geriatric patients, rehabilitation, patients' experiences of care

Sigrun Hvalvik

Rehabilitering

Innledning

■ Dette er en empirisk studie som setter fokus på hva pasientene opplevde som viktig for „god rehabilitering“ under et 14 dagers opphold på en rehabiliteringsavdeling for geriatriske pasienter. Hensikten med studien er å få mer innsikt i hvordan eldre som er på korttidsrehabilitering, opplever at ulike forhold ved avdelingen bidrar (ikke bidrar) til å gjøre det til et godt opphold. Det er likeledes et mål å komme med innspill til etablerte definisjoner og oppfatninger av rehabilitering og dermed til diskusjon om hva som er god rehabilitering for eldre. Kanskje kan studien også bidra til større bevissthet om hvordan denne type korttids-

opphold kan gi rehabilitering som møter den enkelte pasientens behov. Dette har betydning for selve oppholdet og også for å forebygge og redusere videre hjelpebehov for pasienten.

Bakgrunn

Eldre vil med økende alder ofte ha flere sykdommer og svekket fysisk og kognitivt funksjonsnivå (1). Når akutt skade eller sykdom oppstår, vil de derfor i utgangspunktet være sårbare og utsatt for å utvikle hjelpebehov. Gode behandlings- og rehabiliterings-tjenester vil i slike situasjoner være av avgjørende

betydning for å forebygge og redusere den enkeltes hjelpebehov. Det vil kunne gi økt livskvalitet for den det gjelder og også redusere ressursforbruk i omsorgstjenesten. Dette forutsetter at den hjelpen som gis, ivaretar og styrker ressursene den enkelte er i besittelse av (2). Økt fokus på betydningen av å utnytte den enkeltes potensiale har ført til økt oppmerksomhet mot rehabilitering av eldre generelt og også til oppretting av spesielle rehabiliteringsavdelinger for eldre. I Norge og andre land varierer det hvordan sykehusene har organisert denne type avdelinger. Noen steder er det opprettet „akutt geriatrisk enhet“, der pasienter med akutt eller subakutt funksjonssvikt, sammensatt sykdomsbilde og antatt rehabiliteringsbehov prioriteres. Andre steder ligger pasientene på andre typer avdelinger før de overflyttes til den geriatrike enheten (1).

I Helse- og omsorgsdepartementets (HOD) *Nasjonalt strategi for habilitering og rehabilitering 2008-2011* påpekes det at tilstanden på habiliterings- og rehabiliteringsfeltet ikke er tilfredstillende, og at det er store utfordringer knyttet til blant annet samhandling, brukermedvirkning og kvalitetsutvikling. Uklare oppfatninger om forholdet mellom behandling og rehabilitering, utilstrekkelig avklarte begreper samt for lite forskning og fagutvikling er noen av årsakene som nevnes i denne sammenheng (3).

Målet med oppholdet i en geriatrisk rehabiliteringsavdeling er å bidra til at pasienten styrker og utnytter sitt potensiale og gjenvinner best mulig funksjon. For å nå et slikt mål er det interessant å skaffe seg innsikt i hva pasienter opplever som viktig under et korttidsopphold på en rehabiliteringsavdeling. Denne type innsikt vil likeledes være av betydning for målsettingen om å utvikle omsorgstjenester og for samhandlingen mellom spesialist- og kommunehelsetjeneste. Dette er en uttalt målsetting på nasjonalt nivå (2). Slik innsikt vil også kunne gi innspill til etablerte definisjoner og oppfatninger av rehabilitering. På bakgrunn av dette er følgende problemstilling formulert: *Hva opplever pasienter på en geriatrisk rehabiliteringsavdeling bidrar til god rehabilitering?*

Design og metode

Studien har et kvalitativt, eksplorerende design (4). Det ble benyttet en intervjuguide med temaområder knyttet til pasientens forventninger til oppholdet, erfaringer med avdelingens fysiske miljø og rutiner, tilgjengelighet til og kontakt med personalet, hjelp og behandling. Målet var å få tak i informantenes egne opplevelser og erfaringer med hvordan personalet og avdelingen som sådan påvirket pasientens rehabiliteringsopphold.

Forskningsfelt og utvalg

Studien ble foretatt på en rehabiliteringsavdeling for eldre med plass til ca. 15 pasienter. Avdelingen mottok primært pasienter fra andre av sykehusets avdelinger, eller pasienter som var henvist fra hjemmet av primærlege. Oppholdet var på 14 dager. Det arbeidet sykepleiere, hjelpepleiere, fysioterapeuter og leger på avdelingen. Kriterier for deltagelse var at pasienten var samtykkekompetent og utskrivningsklar. Rekrutteringen skjedde etter avtale med avdelingsledelsen. Forsker satte opp aktuelle datoer for intervjuene, og avdelingsleder forespurte fortløpende pasienter som kunne være aktuelle disse datoene. Pasientene fikk utlevert informasjonsskriv og muligheten til å si ja eller nei til å møte forsker for nærmere informasjon om studien. Det endelige samtykket ble innhentet av forsker.

I følge Malterud bygger ofte kvalitative studier på materiale fra ca. 10-25 informanter (5). I denne studien ble det foretatt et fortløpende strategisk utvalg av til sammen 10 informanter som var i avslutningsfasen av sitt opphold ved avdelingen. Muligheten for å ta inn ytterligere informanter, dersom datamaterialet ikke var tilstrekkelig for å belyse problemstillingen, ble holdt åpen. Intervjuet med den enkelte pasienten fant sted på ettermiddagen i ro og fred på et av avdelingens kontorer. Det varte fra 1-1.5 time og ble tatt opp på bånd. Ett intervju ble forkastet av tekniske årsaker.

Intervjuene ble innledet med spørsmålet om hvilke forventninger pasienten hadde til oppholdet. Dette ble ansett som et viktig utgangspunkt for videre forståelse av hva pasientene opplevde som

„god rehabilitering“. De ble videre bedt om å snakke om erfaringer med ulike forhold ved avdelingen, som det fysiske miljøet, personalet, hjelp og behandling. Hensikten var å få innsikt i hvordan rehabiliteringsprosessen artet seg for den enkelte og hvordan den ble påvirket av ulike faktorer i omgivelsene. Avslutningsvis ble pasientene bedt om si noe om hvorvidt oppholdet hadde styrket forutsetningene for å mestre dagliglivet hjemme.

7 kvinner og 3 menn i alderen 73-89 år deltok i utgangspunktet i undersøkelsen. Én falt som nevnt fra ettersom intervjuet måtte forkastes. De 9 resterende pasientene bodde alle alene i egne hjem og ble utskrevet til hjemmet igjen etter oppholdet ved rehabiliteringsavdelingen. 4 av pasientene hadde hjemmesykepleie før innleggelsen og 3 hadde hjemmehjelp. To av pasientene hadde ikke mottatt hjelp før; én av dem ble utskrevet med hjemmesykepleie etter oppholdet. Årsaker til at pasientene var innlagt på rehabiliteringsavdeling var i hovedsak knyttet til nylig gjennomgått indremedisinsk sykdom, kirurgisk inngrep og lårhalsbrudd. 8 av pasientene kom direkte fra andre avdelinger på sykehuset, mens én av pasientene var henvist av fastlege. Enkelte av pasientene hadde behov for noe assistanse til å utføre personlig hygiene under oppholdet.

Egen forståelse av temaet

Søk i databasene Norart, Ovid Nursing og PubMed i perioden 1990-2006 med forskjellige kombinasjoner av søkeord som geriatriske pasienter (geriatric patients, old patients), rehabilitering (rehabilitation), uavhengighet (independence), sykepleie (nursing) viser at det er gjort lite sykepleievitenskapelig forskning på emnet eldre med kronisk/akutt helsesvikt og korttids rehabilitering i Norge og Norden, og også relativt lite på internasjonalt nivå. Sykepleievitenskapelige studier med tilgrensende tematikk er gjort fortrinnsvis utenfor Norge, da ved langtidsopphold på sykehjem, og ofte i forbindelse med gjennomgått slag. Studiene omfatter både et pasient- og sykepleieperspektiv. I flere av studiene framstår autonomi og uavhengighet, forstått som

individualitet og selvbestemmelse i dagliglivets aktiviteter, som viktige for rehabilitering og for kvaliteten på livet (6, 7, 8, 9, 10, 11). Studiene viser at en rekke faktorer knyttet til kontekst, behandling og pleie er sentrale i rehabiliteringsprosessen og at disse også påvirker pasientenes muligheter til autonomi og uavhengighet. Det mangler imidlertid studier av mer generell karakter som er avgrenset til korttidsopphold for rehabilitering av eldre, og dermed også en diskusjon om hvor fruktbare etablerte definisjoner av rehabilitering er i denne sammenheng.

Stortingsmelding nr. 21 (1998-99) „Ansvar og meistring. Mot ein heilskapeleg rehabiliteringspolitikk“ legger til grunn følgende forståelse av rehabilitering:

„Tidsavgrænse, planlagde prosessar med klare mål og verkemiddel, der fleire aktørar samarbeider om å gi nødvendig assistanse til brukaren sin eigen innsats for å oppnå best moglege funksjon og meistringsevne, sjølstende og deltaking sosialt og i samfunnet.“ (12)

Stortingsmeldingen understreker altså betydningen av en helhetlig rehabiliteringspolitikk der ansvar og meistring står sentralt. Rehabilitering forstås som tidsavgrænsede og planlagte prosesser med helt klare mål og virkemidler. I disse prosessene samarbeider flere aktører for å understøtte brukerens eller pasientens innsats, slik at denne oppnår best mulig funksjon og meistringsevne, selvstendighet og deltagelse sosialt og i samfunnet.

I Royal College of Nursing sitt program for gerontologisk sykepleie formuleres følgende kjerneprinsipp for rehabilitering: å fremme og opprettholde livskvalitet, gjenvinne størst mulig grad av fysisk, mental og sosial funksjon, samt å forebygge (videreutviklingen av) sykdom (13).

På bakgrunn av artikler og disse relativt sammenfallende oppfatningene av rehabilitering, har det dannet seg en forforståelse av hva „god rehabilitering“ innebærer og hvordan rehabiliteringsprosessen kan påvirkes av en rekke faktorer knyttet

til kontekst, behandling og pleie. Denne har påvirket utformingen av intervjuguide og analyse av data.

Analyse

Intervjuene ble skrevet ut i sin helhet og dannet utgangspunktet for analysen. Det ble foretatt en innholdsanalyse på grunnlag av datamaterialet og føringer som var lagt gjennom egen forståelse av temaet. Ved gjennomlesninger av datamaterialet ble utsagn og beskrivelser av fenomener innenfor hvert temaområde sortert, klassifisert og sammenlignet. På bakgrunn av dette ble det dannet tre hovedkategorier med beskrivelser som ga ny innsikt i og nye perspektiver på problemstillingen (5, 14).

Etikk

Studien ble gjennomført i henhold til Helsinkideklarasjonens retningslinjer. Den ble tilrådd av Etisk komité for medisinsk forskning og godkjent av Datatilsynet. Pasientene som ble forespurt var samtykkekompetente, og deltagelse var avklart med avdelingsledelsen.

Prinsippene om frivillighet og informert samtykke ble ivarettatt ved at pasienten ble muntlig og skriftlig informert om studien i god tid før den skulle gjennomføres. Pasientene ble informert om at deres anonymitet var sikret, og at de kunne trekke seg fra undersøkelsen når som helst uten å oppgi grunn (15).

Funn

Følgende kategorier ble utledet av datamaterialet: „Muligheten til hvile og til å komme seg“, „Trygghet, tilgjengelighet og fellesskap“ og „De besværlige omgivelsene“.

„Muligheten til hvile og til å komme seg“

Pasientenes forventninger til selve oppholdet handlet om „å bli litt undersøkt“, „komme seg på beina“, „få forbedring, hjelp og behandling“ og „opptrening for å bli bedre“.

Det var imidlertid forventningene om „å kunne ta det helt med ro“ og „å få energi“ som dominerte. Mange ga uttrykk for at daglig ansvar og plikter i hjemmet opplevdes tungt og energikrevende, og at å slippe dette for en periode var en stor lettelse. Det var samtidig få forventninger knyttet til at noe aktivt skulle skje under oppholdet. De fleste pasientene mente at oppholdet hadde svart til forventningene og var svært fornøyde: „Nei, det kan ikke være annerledes. De kan ikke gjøre mer enn de gjør.“ Unntaket var en av pasientene som hadde forventet seg mer aktiv behandling. Denne pasienten gav klart uttrykk for mangel på individuell og målrettet behandling og var lite tilfreds.

Nesten alle pasientene hadde klare forventninger om å fungere bedre i eget hjem etter oppholdet.

„Trygghet, tilgjengelighet og fellesskap“

Et felles trekk i samtlig intervjuer var de positive uttalelsene knyttet til avdelingens betjening: „De gjør en kjempejobb“, „De er så snille, de er engler, de flyr som streker“, „De er så greie og koselige“, „De kan umulig være annerledes, den karakteren skal de få alle som er her.“ Pasientene gav samtidig uttrykk for at de forsøkte å bry personalet minst mulig, og at når de først hadde kontakt var det som regel de selv (pasientene) som tok denne kontakten. De understreket imidlertid at det var lett å be om hjelp og lett å få hjelp. Én av pasientene sa det slik:

„Ja, jeg setter stor pris på kontakten med personalet og på den måten de behandler pasientene på.“ (...) „De har ikke noen sånne grinete holdninger hvis du kan kalle det det. Som nå maser dere fælt. Det har ikke jeg hørt.“

Det at personalet var tilgjengelig natt og dag, og at de alltid kunne få hjelp dersom de trengte det, syntes å være av helt avgjørende verdi for pasientene.

Ingen av pasientene hadde deltatt i utarbeiding av målsetting eller plan for oppholdet. Én av pasientene trodde hun hadde en spesiell kontaktpleier på avdelingen. De øvrige pasientene ga ikke uttrykk for å savne verken målsetting eller kontaktsykepleier. Én mente imidlertid at det hadde vært kjekt med en kontaktordning, men først og fremst for dem som skulle hjelpe. „Ja, det må bli mye for de som skal hjelpe.“

Én av pasientene ga tydelig uttrykk for det negative ved ikke å ha en målsetting for oppholdet: „Nei det har jeg ikke. Hadde jo en plan da jeg kom hit, men den har liksom slokna ... er vel kanskje gammel og tøvete, men jeg er litt skuffet altså.“ Denne pasienten var også kritisk til andre deler av oppholdet:

„... det er ting som burde ha vært annerledes – bedre ivaretatt, og liksom at en fikk inntrykk av at det hadde litt å si hvordan en følte seg og at det hadde noe å si om en hadde vondt eller ... for det er liksom aldri spørsmål om det går fint – har du det bra – du har ikke vondt noen steder vel? Men det er kanskje slik på andre rom.“

Spørsmål knyttet til behandling omfattet alle typer behandling og hjelp som pleiepersonalet, lege og fysioterapeut gav eller hadde ansvar for. Nesten alle pasientene assosierte fysioterapeuten med behandling. To av dem formidlet at de hadde et spesielt opptreningsprogram tilpasset deres behov, og at de hadde gode muligheter til selv å påvirke dette. Alle hadde anledning til å delta på fellestrim med fysioterapeut. Noen av pasientene synes denne var inspirerende, mens andre ikke ønsket å delta. Trening eller fysisk aktivitet utover dette var opp til den enkelte: „Treninga blir hva du sjøl gjør den til.“ En av pasientene hadde forventet et mer systematisk behandlingsopplegg. „Vi lever liksom litt vårt eget liv her.“ Enkelte av pasientene måtte ha assi-

stanse til personlig hygiene og påkledning. En av disse anså dette som opptrenings situasjon. „Hele stellesituasjonen er en slags treningssituasjon.“ De øvrige karakteriserte hjelpen de fikk som grei, og de forsøkte å bry personalet minst mulig. Ingen gav uttrykk for at de hadde målrettede samtaler med sykepleier, men at kontakten var sporadisk og hyggelig. „Nei, de kommer jo inn og rer opp senga og prater – det liker jeg!“

En del av pasientene var opptatt av legene. En gjennomgående oppfatning var at den første kontakten med legen hadde skapt visse forventninger, men at disse ikke hadde blitt fulgt opp. De opplevde dette som svært skuffende.

„Jeg har jo jammen santen ikke sett han (legen), annet enn med det samme jeg kom. Og jeg har ikke hørt noe om røntgenbildene heller. Jeg har ikke hørt noen ting.“

„Doktoren fulgte opp med én gang jeg kom, men nå etterpå har det ikke vært noe mer trur jeg.“

Pasientene ga generelt uttrykk for lite kjennskap til eget behandlingsopplegg. De visste ikke om de hadde en bestemt plan, eller om det foregikk et tverrfaglig samarbeid knyttet til rehabiliteringsoppholdet.

Kontakten med medpasienter ble positivt omtalt. Denne ble framhevet som den viktigste sosiale aktiviteten under oppholdet. Pasientene opplevde det som trivlig at de hadde mulighetene til å dele måltider med andre, til å snakke med og tilbringe tid sammen med de andre pasientene. Dette gav dem en følelse av fellesskap som de savnet ellers.

„De besværlige omgivelsene“

Pasientene var spesielt opptatt av avdelingens toalett- og dusjforhold. Alle var enige om at det burde vært både toalett og dusj på alle rom. I stedet var det tre toaletter på hele avdelingen, og én dusj. Enkelte av pasientene syntes de hadde så lang vei

til toalettet at det var besværlig å komme seg på do, særlig om natta. „Må jeg på do om natta så må jeg gå halve bygget.“ Pasientene mente at toalettene ikke var tilpasset de funksjonshemninger og behov som pasientene hadde. „Det store toalettet har bare håndtak på én side – kan ikke ta meg for på høyre side – det er jo nesten farlig. Med to håndtak hadde jeg følt meg mye tryggere.“ Toalettene var heller ikke utstyrt med nøkler. Det førte til at enkelte følte det utrygt å sitte der, fordi andre kunne komme og åpne døren.

Avdelingens ene dusj ble av ulike årsaker bare unntaksvis brukt. Pasientene følte det kostet mye å få det til. I tillegg var dusjen mangelfullt utstyrt når det gjaldt sikkerhet. Siden pasientene var vant med dusj hjemmefra, syntes de fleste at det var tungvint og lite tilfredsstillende å vaske seg med vaskvannsfat på rommet. „Ja, det er jo de derre vaskvannsfata da – du føler deg jo ikke vel. Eldre folk har jo en annen lukt enn yngre.“ En pasient var redd for at hun ville føle seg utrygt når hun skulle begynne å dusje igjen hjemme.

Også andre forhold ved avdelingen ble oppfattet som begrensende når det gjaldt aktivitet, eller mangelfulle hva angikk sikkerhet. Eksempelvis mente pasientene at stolene var for lave og at det var for få stoler med armelener. Dette var viktig for å komme seg opp, for å klare seg selv, for ikke å falle, og for å få tak i rullator. „Smått, men stort for den det gjelder“, hevdet en av dem.

Diskusjon

„Muligheten til hvile og til å komme seg“

For at rehabiliteringsresultatet skal bli så godt som mulig, er det viktig at pasienten er motivert. Motivasjon er i følge lege og geriater T.B. Wyller helt avgjørende for å kunne si at pasienten har et rehabiliteringspotensial (16). De aller fleste pasientene i denne studien satte få ord på hvordan de tenkte at selve oppholdet skulle være til nytte for dem, utover det at oppholdet skulle gi dem ro og hvile. Hvis vi

velger å tolke dette som at de manglet en klar motivasjon og personlig målsetting for oppholdet, kan det i tilfelle ha sammenheng med flere forhold som f.eks. måten pasienten var informert og forberedt på før oppholdet og også under selve oppholdet. Det kan også ha sammenheng med at pasientene allerede hadde etablerte og komplekse sykdomstilstander, og i den forbindelse også etablerte pasientroller som de hadde erfaring med fra andre behandlingssituasjoner. Denne rollen kan ha vært preget av passivitet heller enn av aktiv deltagelse.

En annen følge av det å være gammel og ha flere og sammensatte sykdommer, kan imidlertid være det uttalte behovet for ro og hvile som pasientene beskrev. Dette kan ha medført at det ikke knyttet seg andre forventninger enn det å få hvile seg, til rehabiliteringsoppholdet. Kirkevold hevder at nettopp de kompliserte helsetilstandene eldre har, byr på spesielle utfordringer i rehabiliteringen (17). Dette kan på den ene siden bety at den tradisjonelle „motivasjon og mål-tenkningen“ utfordres. Det kan også bety at det funksjonsorienterte rehabiliteringsbegrepet må nyanseres mer hva gjelder konteksten det inngår i. I denne sammenhengen kan det se ut til at mer ro og hvile i forhold til daglige plikter var et uttalt behov hos de eldre, enslige pasientene, og dermed en viktig rehabiliterende faktor ved den type korttidsopphold de var på.

På den andre siden kan det imidlertid bety at det knytter seg større utfordringer til det å få pasienten til å innta en aktiv rolle i egen rehabiliteringsprosess hos eldre enn hos yngre pasienter. Uklare eller få forventninger til oppholdet synes å medføre en passiv pasientrolle. Dette kan svekke rehabiliteringsprosessen, der brukerens egen innsats for å oppnå best mulig funksjon og mestrings-evne, selvstendighet og aktivitet, står helt sentralt (5). Med disse to innfallsvinklene er det uansett grunn til å problematisere hva målsettingen om å utnytte den enkeltes potensiale, gjenvinne størst mulig grad av funksjon og oppnå bedre livskvalitet, skal bety, og hvordan den skal realiseres hos den enkelte.

„Trygghet, tilgjengelighet og fellesskap“

Forholdet mellom (syke)pleier og pasient kan uttrykke seg på ulike måter; gjennom kontakt, kommunikasjon og interaksjon, og har til hensikt å fremme individuell helse. Dette forholdet er av stor betydning for hvordan sykepleien utøves og for å nå de ønskede pasientmålene, skriver Kim (18). Pasientene i denne studien beskrev (syke)pleierne som både vennlige og omtensomme, og kontakten som god. De understreket sterkt pleiepersonalelets innsats og positive holdninger, og uttrykte bekyrning og beundring for alle gjøremålene de hadde. Om de kunne tenkt seg større grad av kontakt, ga de uttrykk for at de verken hadde rett til eller ønsket å bry personalet mer enn nødvendig. Dette kan bety at en form for lojalitetsfølelse overfor pleiepersonalet gjorde det vanskelig å stille krav om mer enn den noe tilfeldige kontakten som ble beskrevet.

I følge pasientene var det mangel på målsettinger, og de ga også uttrykk for at det var lite systematisk oppfølging. Dette står i så fall i motsetning til den etablerte oppfatningen av rehabilitering, der det er viktig å utforme mål og justere disse fortløpende i samarbeide med pasienten (19). Pasientene i denne studien synes i stor grad å ha gjort valg i forhold til daglige gjøremål og aktiviteter, valg som var basert på personlige behov og vurderinger. I studiene nevnt innledningsvis ble betydningen av individualitet og selvbestemmelse i dagliglivets aktiviteter beskrevet som viktige for rehabilitering og for kvaliteten på livet. Castelucci hevder at sykepleierens rolle i denne sammenhengen er å støtte pasienten til å ta valg, og sørge for nødvendig informasjon slik at den eldre pasienten gjør valg basert på hva som er det rette for ham eller henne (20).

På bakgrunn av dette kan det synes som om „det selvstendige livet“ pasientene ga uttrykk for at de levde på avdelingen, var uforenlig med anerkjente oppfatninger av hva som er viktig for rehabilitering. I praksis skal slike idealer gi seg utslag i at pasienten i samarbeid med fagpersoner tar valg som fører til at han eller hun utnytter sitt potensial

maksimalt, og på den måten gjenvinner best mulig funksjon. Uten faglig involvering i betydningsfulle valg vil det i beste fall være tilfeldig hva slags utbytte pasienten har av rehabiliteringen. I verste fall kan valgene pasienten tar føre til nederlag og til en negativ utvikling av funksjon og helsetilstand. Det kan i denne sammenhengen være interessant å dvele litt ved selve avdelingen, som hadde to pasientkategorier; en for utredning og en for rehabilitering. Utredningspasientene hadde ofte omfattende pleiebehov og stilte store krav til avdelingens ressurser. Det kan stilles spørsmål ved konsekvensene dette fikk for pasientene som var der spesielt for rehabilitering. Oppholdet fortonte seg i følge en av pasientene som et „hotellopphold“. Dette kan være et tankekors både når det gjelder ideen om å forebygge og redusere den enkeltes hjelpebehov og redusere ressursforbruk i omsorgstjenesten.

Det kan imidlertid også være grunn til å reflektere nærmere over sammenhengen mellom betydningen av oppfølging, og pasientenes tilfredshet med oppholdet. Det kan synes paradoksalt at de aller fleste pasientene i studien på den ene siden opplevde at oppholdet var tilfredsstillende og mente det ville bidra til bedre mestring i hjemmesituasjonen, mens de på den andre siden ga uttrykk for at det hadde vært mangel på planmessig oppfølging. Det at personalet var kontinuerlig tilstede og muligheten til å få hjelp når som helst, syntes for pasientene i denne studien å gi en uvurderlig følelse av trygghet. Dette overskygget både målsettinger, behandling og systematisk oppfølging. Også betydningen av det sosiale fellesskapet og det å kunne innta måltider sammen med de andre på avdelingen, representerte noe som mange savnet i sitt vanlige liv. Det opplevdes dermed som spesielt viktig under rehabiliteringsoppholdet.

Igjen rettes oppmerksomheten mot behovet for en mer nyansert forståelse av hva som er „god rehabilitering“ for gamle pasienter. Denne forståelsen må også omfatte den konteksten de til vanlig fungerer i. Med andre ord tyder dette på at det må legges større vekt på å vurdere pasientens funksjon, mestring og uavhengighet i et individuelt og kontekstuellt perspektiv. Det viser samtidig at det er

behov for å utvikle mer kunnskap om utfordringene som knytter seg til rehabilitering av gamle pasienter.

„De besværlige omgivelsene“

Et viktig prinsipp i rehabilitering generelt er å tilrettelegge omgivelsene slik at de er tilpasset pasientens funksjon (16). Rehabiliteringsavdelinger burde derfor ideelt sett hatt en utforming som gav flest mulig pasienter best mulig anledning til å gjenvinne sin funksjon. I praksis er det mange utfordringer i tilknytning til selve avdelingen og dens funksjon, som påvirker pasientens muligheter til aktivitet, hvile, mestring osv. Kim påpeker at miljøet og omgivelsene kan være en kilde til problematiske opplevelser for pasienten, og nevner nosokomiale infeksjoner, tilbaketrekning og forvirring som eksempler. Hun hevder videre at forhold i omgivelsene er av stor betydning for kvaliteten på den sykepleien som blir utført (18). Funn i denne studien bekrefter dette. Det var særlig avdelingens toalett- og dusjforhold som opptok og skapte utfordringer for pasientene. De samme forholdene skapte i følge pasientene dilemmaer og reduserte pleiepersonalets muligheter til å utøve optimal pleie og behandling. Barrierer i omgivelsene påførte noen av pasientene unødig hjelpeløshet, mens andre mestret utfordringene gjennom kreative løsninger. Alle opplevde imidlertid at barrierene var negative og påførte dem stress. Det å kunne mestre det dagligdage og være uavhengig i forhold til eliminering og hygiene, må ikke undervurderes når det gjelder eldre og sårbare personer (21). For å ivareta mestring og uavhengighet i slike gjøremål er det avgjørende at også de miljømessige forholdene er tilrettelagt på en måte som gir best mulig resultat her og nå og på sikt.

Målet med denne studien var å få innsikt i hva pasienter ved en geriatrisk rehabiliteringsavdeling opplevde at fremmet eller hemmet god rehabilitering. Beskrivelsene pasientene ga, kan imidlertid synes å være av en noe generell karakter og for lite knyttet til rehabilitering spesielt. Dette kan muligens ha sammenheng med at en teoretisk referan-

seramme var for dårlig forankret i studien og i intervjuguiden. Men det kan også ha sammenheng med at forsker på bakgrunn av egen forutforståelse opplevde informantenes svar og beskrivelser som uventet. Dette førte til at oppfølgingsspørsmål under de forskjellige temaområdene ble annerledes enn forventet. Beskrivelsene ga likevel grunnlag for refleksjoner og dypere innsikt i noen forhold ved rehabilitering av eldre.

Overførbarheten av funnene i studien angår i første rekke mer overordnede spørsmål om rehabilitering av eldre. Mens enkelte av funnene bekrefter kunnskaper om forhold som anses betydningsfulle ved rehabilitering, står andre funn i motsetning til etablerte oppfatninger av hva en vellykket rehabiliteringsprosess innebærer. Disse gir grunn til refleksjon og nytenkning både når det gjelder form og innhold i rehabilitering av eldre.

Konklusjon

Majoriteten av pasientene som hadde vært på et 14 dagers opphold ved en geriatrisk rehabiliteringsavdeling uttrykte stor tilfredshet med oppholdet. Det hadde gitt dem ro og hvile, og de hadde fått en pause fra ansvaret for daglige gjøremål i hjemmet. Oppholdet hadde gitt dem muligheten til å komme seg. Likeledes framhevet de betydningen av det sosiale fellesskapet på avdelingen, gleden ved å kunne innta måltider sammen med andre, vissheten om at personalet var der hele tiden, og muligheten til å få hjelp når som helst. Til sammen gav dette dem en god og verdifull trygghetsfølelse.

Samtidig opplevde de at avdelingens romforhold og utstyr hadde en negativ betydning for deres daglige funksjon i avdelingen; enkelte mente at dette også kunne få en negativ innvirkning på framtidig mestring.

Funnene i studien gir innspill til en debatt om rehabiliteringsbegreps funksjonsorienterte innhold og understreker samtidig betydningen av å forstå rehabilitering i et individuelt og kontekstuelt

perspektiv. Dette vil være av stor betydning for at rehabilitering som tilbys, skal kunne ivareta og styrke den gamle pasientens ressurser.

Førsteamanuensis Sigrun Hvalvik
 Institutt for helsefag, Høgskolen i Telemark
 Kjølnes Ring 56, postboks 203
 3901 Porsgrunn
 Sigrun.hvalvik@hit.no

LITTERATUR

- Gjerberg E., Bjørndal A., Fretheim A. Effekt av geriatriske tiltak til eldre pasienter innlagt i sykehus. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten; 2006.
- St.meld.nr.25 (2005-2006) Mestring, muligheter og mening. Framtidas omsorgsutfordringer. Det kongelige helse- og omsorgsdepartement.
- Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering 2008-2011, Helse og omsorgsdepartementet
- Fagermoen MS. Fra kunst til kolikk: norsk sykepleieforskning i fokus. Oslo: Universitetsforlaget; 1998.
- Malterud K. Kvalitative metoder i medisinsk forskning. Oslo: Universitetsforlaget; 2003.
- Clay M. Rehabilitation in nursing homes. *Nursing Older People* 2001; 13 (4):23-27.
- Sacco-Peterson M. Struggles for autonomy in self-care: the impact of the physical and socio-cultural environment in a long-term care setting. *Scandinavian Journal of Caring* 2004; 18: 376-386.
- Davies S. Promoting autonomy and independence for older people within nursing practice: an observational study. *Journal of Clinical Nursing* 2000; 9: 127-136.
- Proot I.M. m.fl. Stroke patients' needs and experiences regarding autonomy at discharge from nursing home. *Patient Educations & Counseling* 2000; 41(3): 275-83.
- Nystrom A. & Segesten K. On sources of powerlessness in nursing home life. *Journal of Advanced Nursing* 1994; 19:124-33.
- Oleson M. m.fl. Quality of life in long-stay institutions in England: nurse and resident Perceptions *Journal of Advanced Nursing* 1994; 20: 23-32.
- St.meld. nr. 21 (1998-99) Ansvar og meistring. Mot ein heilskapeleg rehabiliteringspolitikk.
- RCN. Rehabilitating older people. The role of the Nurse. London: Royal College of Nursing; 2000.
- Jacobsen, D.I. Forståelse, beskrivelse og forklaring. Innføring i samfunnsvitenskapelige metoder for helse- og sosialfagene. Kristiansand: HøyskoleForlaget; 2003.
- Helsinkideklarasjonen fra Verdens legeforening. Oslo: Forskningsetiske komiteer; 2000.
- Wyller TB. Generelt om behandling av gamle. I: Tverrfaglig geriatri. (Bondevik M., Nygaard HA. Red.), Bergen: Fagbokforlaget; 2006.
- Kirkevold M. Forskningsmessige utfordringer innenfor eldreomsorgen – et sykepleievitenskapelig perspektiv. I: Status og framtid for norsk aldersforskning. (Daatland SO. m.f.l.), Oslo: Norges forskningsråd; 2000.
- Kim HS. The Nature of Theoretical Thinking in Nursing. New York: Springer Publishing Company; 2000.
- Låke K. Geriatri i praksis. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2006.
- Castelucci DT. Issues for nurses regarding elder autonomy. *Nursing Clinics of North America* 1998; 33:265-74.
- Barklay A., Tabak N. Elderly residents' participation and autonomy within a geriatric ward in a public institution. *International Journal of Nursing Practice* 2002; 8:198-209.