



Fakultet for medisin og helsevitenskap
Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie

Bacheloroppgave

Prosjekt innland, fagartikkel

Rehabilitering i et varmere klima

Kandidatnummer: 10090

Antall ord: 4316

SAMMENDRAG

Innledning: Artikkelen tar for seg helsepersonellens erfaringer og opplevelser med rehabilitering hos eldre i et varmere klima. Denne studien undersøker hvilken funksjon sykepleier har i rehabilitering og hvordan det varmere klimaet påvirker eldre i rehabilitering.

Metode: For å undersøke opplevelsen hos helsepersonellet ble det gjennomført fire kvalitative semistrukturerte intervju med en sykepleier, en leder, en fysioterapeut og en helsefagarbeider som hadde erfaring fra feltet. Intervjuene ble gjennomført i februar- mars 2020.

Resultat: Resultatene viser at motivasjon og kompetanseoverføring er en viktig del i rehabilitering. Eldre har stort utbytte av å være i rehabilitering i utlandet om vinteren i forhold til hjemme i Norge. Varmere klima bidrar til mindre smerter hos eldre som fører til mer kontinuitet i rehabiliteringen.

Konklusjon: Studien har vist at sykepleier har et viktig bidrag i rehabilitering. Sykepleieren har det helhetsbilde, hun/han er med på kompetanseoverføring og motiverer brukere til rehabilitering, men den spesifikke funksjon er uklar. Eldre får bedre utbytte av rehabiliteringen i et varmere klima kontra Norge. Nettopp fordi kombinasjonen av trening og klima gir mindre smerter som øker muligheten til å være mer aktiv og sikrer større kontinuitet i rehabiliteringen. Videre forskning bør gjøres mer på den spesifikke funksjonen til sykepleier i rehabilitering, kompetanseoverføring og i opprettholdelse av rehabilitering hos eldre hjemme etter opphold i varmere klima.

ABSTRACT

Introduction: The article discusses the experiences of health personnel with rehabilitation of elderly in a warmer climate. This study investigates the function of the nurse during rehabilitation and what significance a warmer climate has on rehabilitation of elderly patients.

Method: To investigate the experiences of health personnel it was conducted four qualitative semi structured interviews with one nurse, one manager, one physiotherapist and one health worker that had experience in the field. The Interviews were conducted in February-March 2020.

Result: The results show that motivation and transfer of knowledge is an important part of rehabilitation. The elderly has great benefits by rehabilitation in another country with a warmer climate during winter in comparison to their home in Norway. The warmer climate contributes to less pain with the elderly which leads to greater continuity in the rehabilitation.

Conclusion: This study has shown that the nurse is an important contribution in rehabilitation. A nurse has the whole picture, he/she is part of transferring knowledge and motivating patients to rehabilitate, but the specific function is unclear. Elderly has greater benefits of the rehabilitation in a warmer climate compared to Norway. Due to the combination of exercise and climate results in less pain, it increases the possibility to be more active and assures a greater continuity in the rehabilitation. Further research should be done on the specific function of a nurse in rehabilitation, the transfer of knowledge and in maintaining the rehabilitation of elderly at home after a stay in a warmer climate.

INTRODUKSJON

Denne artikkel er skrevet i forbindelse med sykepleiepraksis på et rehabiliteringssenter i utlandet i samarbeid mellom NTNU og Trondheim kommune. Artikkelen tar for seg sykepleiers erfaringer og opplevelser av rehabilitering av eldre med ulike skjelett - og muskelplager i varmere klima. Ved senteret jobbet et tverrfaglig team bestående av både norske og utenlandske sykepleiere, helsefagarbeidere, fysioterapeut og lege. Prosjektet ble gjennomført i samarbeid med tre medstudenter ved et rehabiliteringssenter i et varmere klima hvor norske brukere kunne komme på opphold på mellom tre til seks uker. Jeg og tre medstudenter søkte på forhånd om å skrive en prosjektbachelor om temaene rehabilitering, helsefremming og tverrfaglig arbeid. Jeg ønsket å fokusere mye på tema rehabilitering av eldre i varmere klima fordi jeg hadde blitt nysgjerrig på hvor mye klima kan påvirke rehabilitering.

Verdens helseorganisasjon (WHO) estimerer at i 2020 vil 70 prosent av all sykdom ha sin bakgrunn i livsstilssykdommer, blant annet muskel – og skjelettskader hos eldre. Fysisk inaktivitet er en av den viktigste risikofaktoren for muskel – og skjelettsykdommer. Regelmessig fysisk aktivitet har en betydelig helsegevinst hos eldre (1). WHO definerer helsefremming som en type prosess som kan øke gi folk økt kontroll over helsen sin og muligheter til å forbedre den (2).

I denne oppgaven er eldre definert som personer over 67 år. Både i Norge og de andre skandinaviske landene begynte tallet på eldre å stige sterkt allerede omkring 1950. Kombinasjon av aldring og økt sannsynlighet for å pådra seg sykdom gjør at eldre mennesker helsemessig sett er en utsatt gruppe. Behov for hjelp kan oppstå når kombinasjonen av aldring og sykdom fører til muskel og skjelettlidelser som gir sviktende evne til å mestre oppgaver og roller i dagliglivet. Rehabilitering har som hovedmål å bedre funksjonsevnen eller forebygge forverring av tilstand (3, s.29).

Fysisk aktivitet i vinterhalvåret i Norge kan være utfordrende for denne gruppen. Det skyldes at forholdene om vinteren kan gjøre eldre engstelig for å komme ut fra boligene sine på grunn av glatte veier og is. En studie fra 2011 viser at varmt klima har en symptomlindrende effekt som bedrer mulighetene for fysisk behandling (4). Halfstrøm og Hallgren angir at opphold i subtropisk strøk fører til redusert smerte og stivhet, og mindre engstelse for å få smerter i affiserte ledd ved bevegelse (5). Studien fra 2011 fremhever at den positive effekten av rehabilitering vedvarer lengre ved behandlinger i middelhavsklima enn ved rehabilitering i Norge (6). Gjennom rehabilitering kan eldre opprettholde funksjonsevnen eller forebygge forverring av tilstanden. Rehabilitering kan defineres som en forbedring av funksjonsevner og aktivitetsmuligheter for unge, voksne og eldre med funksjonsproblemer (7, s.11).

Rehabilitering som ideologi er basert på anerkjennelse av personens valg av verdier. Dette innebærer at rehabilitering må være helhetlig, eller holistisk i den forstand at alle forhold som virker inn på personens livssituasjoner og muligheter, må tas i betraktning i rehabiliteringen. Ordet holistisk rehabilitering brukes for å få bidra til større helhet og vise at summen av de enkelte delene gir en mergevinst. Dette betyr at alt helsepersonell i rehabiliteringen skal samarbeide med personen i rehabiliteringsprosessen. Det vil si at alle bidrag har like stor verdi, og at samarbeid vil føre til bedre resultat enn tiltak fra hvert fagområde alene (7, s.23). Ved rehabiliteringen jobber sykepleier tverrfaglig. *Tverrfaglig samarbeid er en form for teamarbeid som tilstreber en helhetlig tilnærming for å nå felles mål. Dette kan best skje ved en fleksibel samordning av ulike typer kompetanse. Resultatet forventes å bli bedre enn om hver og en løste sin del av oppgaven alene. Felles mål og oppgavens art kan føre til at man går på tvers av vanlige yrkesroller og kompetansegrenser* (8, s.200).

Sykepleierens rehabiliterende funksjon omfatter læring og veiledning for å oppnå god helse. Sykepleier i rehabilitering bør ha systematiske veiledningssamtaler med personen gjennom rehabiliteringsprosessen. En undersøkelse viser at pasientveiledning kan oppleves svært positivt og betydningsfullt både for pasienter og sykepleiere (Prebensen og Vråle 2006). Systematiske veiledningssamtaler er viktig for å støtte pasienten i funksjonstreningen for å orientere seg på nytt i livet og bearbeide vanskelige følelser knyttet til funksjonstapet (7, s.138).

Veiledningssamtaler er en del av rehabiliteringssykepleierens funksjon i det tverrfaglige samarbeidet som kan ha veiledende og støttende samtaler. Den gode relasjonen mellom den profesjonelle og pasienten legger grunnlaget for gode samtaler. Gjennom samtaler kan sykepleier og andre helsepersonell bruke Motiverende Intervju (MI) som en type samtaleteknikk. Hensikten med MI er å få brukere til å bearbeide ambivalens knyttet til motivasjon og handling (7, s.140). Motivasjon er den mest sentrale faktor i rehabiliteringen. Å gi brukeren håp er en viktig del av motivering. *Håp innebærer ofte en forestilling om et mål man ønsker å nå, noe man tror og forventer vil kunne virkeliggjøres i fremtiden. Realistiske mål styrker ens motivasjon og vilje til forandring* (9, s.57). Studien fra 2013 viser at gjennom Motiverende Intervju kan sykepleier bidra til å øke motivasjon for rehabilitering blant pasienter med kroniske muskel og skjelettlidelser (10).

Sykepleiere er til stede gjennom hele døgnet og hele uken under rehabilitering. Dette gjør sykepleieres innsikt, kunnskap og holdninger avgjørende for rehabiliteringsresultatet. Studien fra 2014 "En dag av livet i eldre menneskers rehabilitering" viser at sykepleier gir et sentralt bidrag til rehabilitering, men dette bidraget er uklart (11). Dette gjør meg nysgjerrig på funksjon til sykepleier i rehabilitering og hvordan varmere klima kan påvirke rehabilitering av eldre. Jeg har derfor utarbeid følgende problemstilling:

"Hvordan kan sykepleier bidra til rehabilitering hos eldre i varmere klima?"

METODE

I studien er det brukt kvalitativ metode ved hjelp av intervjuguide (vedlegg 3). Kvalitative metoder er mest hensiktsmessig for å fange opp deltakerne sine meninger og opplevelse og man går mer i dybden (12, s.112). Av den grunn ble kvalitativ metoden vurdert som best egnet, og individuelle semistrukturerte intervju er mest praktisk mulig å gjennomføre. Hensikten ved metodevalget var å belyse omfanget og den representative opplevelsen av problemstillingen. I forkant av skrivearbeidet ble det utført litteratursøk etter relevant forskning i Cinahl, Svemed+ og PubMed.

Semistrukturerte intervju

Hensikten med semistrukturerte intervju var å få forståelse og innsikt i sykepleierens opplevelser og erfaringer som er knyttet til problemstillingen. I forkant av intervjuene ble det utarbeidet en intervjuguide sammen med tre medstudenter (vedlegg 3), og denne ble godkjent av prosjektveileder. Guiden var en veiledende hjelp til å få med alle aspektene som var viktig for oppgaven og helsepersonellet fikk uttrykke seg fritt uten avbrytning. Jeg og tre medstudenter var til stede under intervjuene hvor den ene stilte spørsmål og tre andre skrev ned. Det var alltid den samme studenten som stilte spørsmål og de tre andre som noterte. Dette var for å sikre at vi ikke gikk glipp av noe materiale da vi ikke hadde tillatelse til å bruke lydopptak. Oppfølgingsspørsmål ble stilt der det var interessant for oppgaven og der det var naturlig. Intervjuene fant sted i et lukket rom med rolig atmosfære ved rehabiliteringssenteret. Intervjuene tok 40-50 minutter. Etter hvert intervju satt vi alle fire sammen for å reflektere og diskutere intervjuene i helhet, både svakheter og styrker med hvert intervju. Før intervjuene ble det gjennomført et pilotintervju av et utenlandsk helsepersonell. Basert på pilotintervju med språkutfordring måtte vi justere noen små forandringer i intervjuguiden. Dette har påvirket rekrutteringen av informantene, og derfor blir resultatene fra pilotintervjuet ikke brukt i oppgaven.

Rekruttering

Utvalget var basert på erfaringer fra pilotintervjuet hvor inklusjonskriterier var norsk helsepersonell. Informantene ble på forhånd spurt muntlig om de ønsker å delta i undersøkelsen. I fellesskapet hadde vi valgt et tidspunkt som passet best for deltakere under jobbetida. Det ble et tverrfaglig utvalg av en sykepleier, en helsefagarbeider, en fysioterapeut og en leder med ulik alder og arbeidserfaringer.

Etiske betraktninger

Denne prosjektbachelor har ikke en felles godkjenning fra Norsk senter for forskningsdata, og vi kunne derfor ikke bruke lydopptak av informantene og brukere på rehabiliteringssenteret. Informantene i denne studien er ansatte ved rehabiliteringssenteret, mens brukere er kun representert gjennom ustrukturerte observasjoner og praksiserfaringer. Informantene ble på forhånd spurt om å delta i studien og ble forklart at dette var frivillig. I forkant ble det vurdert

etiske overveielser rundt anonymitet, og det ble vektlagt at informantene ikke skal bli gjenkjent i artikkelen. Informantene ble informert før intervjuet både skriftlig og muntlig (vedlegg 1-2). I denne studien er informantens virkelige navn ikke skrevet noe plass og kan dermed ikke spores til det opprinnelige navnet. I analysen fikk hver informant sitt avidentifiserte navn som; Informant 1, Informant 2, 3 og 4.

Observasjoner og praksiserfaringer

Under hele praksisperioden har jeg brukt ustrukturerte observasjoner på grunn av manglende tillatelse for å intervju brukere. Jeg har også brukt loggbok for å samle inn data og skrevet ned de viktigste observasjonene. I tillegg har jeg og tre medstudenter hatt mange refleksjoner og faglige diskusjoner gjennom praksisperioden som var veldig lærerike. Alle relevante praktiske erfaringer vil bli brukt i diskusjonen.

Analyse og tolkning

Jeg har starter med analysen allerede i praksis. Analysen ble gjennomført selvstendig. Alle intervjuene fikk jeg lest nøye ord for ord flere ganger. På denne måten klarte jeg å skape meg en oversikt over hele materialet. Etter det begynte jeg å markere svarene som var interessante for min problemstilling. Senere etter hjemkomst laget jeg en enkel oversikt hvor jeg fordelte mine svar i hovedkategorier og sub-kategorier. Det ble to kategorier hvor den ene kategorien hadde seks sub-kategorier. Deretter ble det satt opp en enkel tabell for hver kategori og resultat som gjorde det lettere for meg å tydeliggjøre funn.

RESULTAT

Resultatene er basert på informantene sine svar. Funnene fra pilotintervjuet er ikke brukt i resultatene. Alle informantene var enige om at klima var en viktig faktor for rehabilitering. Resultatene kan sammenfattes til to hovedkategorier; sykepleiers funksjon i et tverrfaglig team og rehabilitering i et varmere klima. I diskusjonsdelen drøftes disse i lys av forskning, faglitteratur og egne erfaringer.

Sykepleiers funksjon i tverrfaglig team

Informantene har beskrevet at en av deres viktigste oppgaver er å motivere brukere. Det er veldig viktig å bygge opp god relasjon til brukere helt fra starten for å få dem til å være trygge og motiverte til rehabilitering. Gjennom gode samtaler klarer man å skape god relasjon og motivere dem til fysisk aktivitet. I løpet av oppholdet har brukere tre samtaler med helsepersonellet: innkomstsamtale, midtsamtale og sluttsamtale. Disse samtalene har en kartleggende og motiverende funksjon. Gjennom disse samtalene prøver helsepersonell å kartlegge brukerens opphold ved å finne ut om brukerens tilstand, egeninnsats, sterke og svake sider, sykdomsplager, brukerens mål for oppholdet, brukerens forbedring og videre behandling i rehabilitering.

Det å ha samtalen for å få tak i hva det er som gir brukeren den ekstra lille gnisten av motivasjon, for å se for seg hvordan det kan bli bedre i en ny hverdag.

Informant 2

Mange brukere setter stor pris på de gode samtalene. Fått tilbakemelding på det og tror sikkert jeg er med på å fremme helse.

Informant 4

Tre av informantene snakket om kompetanseoverføring som sentral i deres hverdagsoppgaver. Med kompetanseoverføring mener jeg overføring av erfaring og kunnskap mellom forskjellige profesjoner, og mellom helsepersonell og brukere.

I det tverrfaglige samarbeidet bringes all kompetanse inn. Da blir det viktig å synliggjøre grenseoppganger og overlappinger for å kunne dra nytte av hverandres bidrag med tanke på den enkelte brukers behov. Informantene beskrev at faggruppene samarbeider veldig tett med hverandre og har forskjellig kompetanse som utgjør den helheten med rehabilitering til brukere.

Å være med på å observere fysioterapeut som tester ved innkomst f.eks. Dette handler om å tilegne seg kunnskap om det, og handler mye om interesse for faget og faget til de andre.

Informant 1

Kompetanseoverføring: trappetrening er en måte å bruke kompetanseoverføring til bruker. All kunnskapen man tilegner seg.

Informant 2

Under intervjuene ble informantene spurt om deres funksjon i tverrfaglig team. Fysioterapeutene har et største ansvar for tilrettelegging og behandling i rehabilitering, men har også eget treningsprogram med brukere hvor de kartlegger sammen med bruker, og brukers autonomi (Empowerment) blitt ivaretatt. En av informantene trekker fram:

Tilrettelegge treningsprogram som bidrar til å redusere smerter, eller en annen type behandling som reduserer smerter.

Informant 3

Det er ingen av informantene som kommer direkte på sykepleiers funksjon i rehabilitering. Sykepleieres funksjon ble oppfattet som et helhetlig ansvar. Sykepleier har det store overblikket i sykdomsbildet til brukere, mens helsearbeider er mer i stell og bidrar til den praktiske tingene. To av informantene sa:

... Ja, det er mest på det medisinske vil jeg si. Sykdomsrelatert og medisk relatert som sykepleier har du større kompetanse enn de andre.

Informant 4

.... kan jobbe mer i stell enn sykepleier, det kan være....

Informant 1

Rehabilitering i Varmere klima

Informantene beskrev at brukere er mye mer aktive under rehabiliteringsopphold enn de er hjemme om vinteren. Deres erfaringer er at brukere får mer kontinuitet i forhold til fysisk aktivitet. Brukere har individuell plan for rehabilitering 2 til 3 ganger i uken, men i tillegg har de også mulighet til å trene ute på egenhånd, gå tur når de vil på dagen som gjør at de opprettholder sin gangfunksjon og funksjonsevne. Det ble også arrangert ukentlige turer hvor brukere kunne oppleve nye ting, bli bedre kjent med den lokale historien og kulturen, men også bli sosiale. De ukentlige turene var en type aktivitet for brukere. Tre av informantene trekker fram:

Mange er jo inaktive desember-mars i Norge, og opplever det å komme noen uker hit midtvinters, det å gå og trene, og være aktiv har mye å si for det fysiske funksjonen.

Informant 2

Brukere er ute hver dag, går hver dag, som de ikke kan gjøre hjemme. Mye mer trening og kontinuiteten i det.

Informant 4

Varmen gir større mulighet til å gå og bevege seg utendørs kontra hjemme på vinterstid. I tillegg må man gå trappen her, det er en fin hverdagsaktivitet.

Informant 1

Det var to informanter som svarte ulikt om rehabilitering hjemme etter oppholdet. Den ene mente at brukere fortsetter med trening hjemme etter opphold, mens den andre informanten mente det ikke er alle som klarer opprettholde trening, mens to andre var usikre.

De får "boost" når de er her og får lyst til å trene igjen når de kommer hjem, kan en kickstart når de kommer hjem.

Informant 4

Det er ikke alle som klarer å fortsette å være aktive når de kommer hjem, fordi det blir så ulikt det de har hjemme, de har ikke de samme mulighetene.

Informant 2

Alle informantene snakket om at brukere får mindre smerter når de er under opphold. En informant reflekterte over at tilbakemeldingene som informanten fikk hos brukere var at varmen og trening i kombinasjon i like stor grad kan bidra til mindre smerter. Dette utgjør at brukere blir mer aktive her og sosiale som bidrar til økning av livskvalitet

Mange med kroniske smerter gir uttrykk for at de har mindre smerter når de er her, tar mindre smertestillende. Samspill mellom varmere klima og fysisk aktivitet gjør at de blir mindre stive i ledd, mindre smerte. De myker opp til, og det gir større muligheter til å være aktiv.

Informant 1

Varmen reduserer muskelspenninger, ofte har den positiv effekt på smerter og stivhet.

Informant 2

DISKUSJON

Hensikten med denne studien var å kartlegge helsepersonellens erfaringer og opplevelser med rehabilitering av eldre med utfordringer i muskel - og skjelettsystemet i varmere klima. Mine hovedfunn viser at informantene vektlegger på relasjonsbygging og den gode samtalen som bidrar til økt trygghet og motivasjon for rehabilitering. Informantene vektlegger også betydning av kompetanseoverføring som står sentralt i rehabiliteringen. Et annen funn viser at varmere klima bidrar til mindre smerter, noe som igjen fører til kontinuitet i den fysiske aktiviteten. På bakgrunn av dette vil jeg diskutere hvordan sykepleiere kan bidra til rehabilitering av eldre i varmere klima. Resultatene vil nå diskuteres i følgende to underkapitler; hva er sykepleiers funksjon i tverrfaglig team, rehabilitering i varmere klima.

Hva er sykepleiers funksjon i tverrfaglig team?

Sykepleiers funksjon i rehabiliteringen omfatter læring og veiledning for å oppnå god helse. Veiledningssamtale er en av sykepleiers funksjon i rehabilitering. For at sykepleier skal lykkes med god veiledning er det viktig at hun/han har etablert en god relasjon mellom seg og bruker. Den gode relasjonen mellom sykepleier og pasient legges som et grunnlagt for gode samtaler. De gode samtalene bygges på fire prinsipper i motiverende intervju (7, s.140). De består av at sykepleieren skal vise empati til brukeren slik at brukeren opplever å bli forstått, å møte de motstridende følelsene i brukeren knyttet til motivasjon med en rolig og støttende samtale, å skape forståelse om forskjellene mellom nåværende situasjon og fremtidige ønsker, og å utvikle tro på egen mestring. Den mest sentrale faktoren i rehabiliteringen er motivasjon. Gjennom gode samtaler kan sykepleier og annet helsepersonell ved å ta i bruk MI klare for å motivere bruker til aktivitet. MI anbefales i rehabilitering fordi det kan både fremme brukermedvirkning og gi positive rehabiliteringsresultater. Den kan også være som et hjelpemiddel dersom bruker har ambivalens og motstand mot rehabiliteringsarbeidet.

En Nederlandsk studie fra 2013 viser til positiv effekt på forbedring, gjennomføring og deltakelse i rehabiliteringen ved gjennomførelse av sykepleierledete motivasjonsintervjuer i forkant av behandling av pasienter med muskelrelaterte kroniske smerter (10). Studien viser også til mekanismer for moderering og gjennomførelse av intervjuene samt kostnadseffektiviteten ved gjennomførelse av denne typen intervju i forkant av rehabilitering.

I løpet av praksisperioden observerte jeg at MI ikke ble anvendt slik forskningen beskriver. Men på en annen side viser resultatene i studien min at alle informantene klarte å bygge relasjon til bruker for å motivere han/hun til rehabiliteringen. Jeg observerte at sykepleier skaper en relasjon mellom seg og bruker fra starten. Fra innkomstsamtalen gjennom hele rehabiliteringsoppholdet og til sluttsamtalen. Jeg observerte at innkomstsamtale var en viktig

del i et rehabiliteringsopphold. Det å skape trygghet, god relasjon og et godt opphold var veldig viktig i begynnelsen av fasen for å motivere brukere til rehabiliteringen.

Etter mine ustrukturerte observasjoner har jeg lagt merke til at både sykepleiere og annet helsepersonell har ubevisst brukt noen av de fire prinsippene som er basert i motiverende intervju under deres samtaler. Selv om MI ikke ble anvendt systematisk, klarte sykepleierne å skape motivasjon hos brukerne. Denne motivasjonen innebærer aktiv involvering av brukeren. I rehabiliteringen er det viktig at brukeren selv er aktivt deltagende i egen rehabiliteringsprosess (7, s.129), og jeg observerte at gjennom de samtalene med sykepleierne fikk brukerne mer motivasjon til å ta eierskap til rehabiliteringen, og bestemme over sitt rehabiliteringsopphold.

I praksisperioden observerte jeg at sykepleier som jobbet med rehabilitering støttet pasientens egen vilje og makt til selv å ta avgjørelser som gjelder egne ønsker og håp for livet. Empowerment (selvbestemmelse) i helsetjenesten handler om å styrke individets evne og mulighet til å ta kontroll over faktorer som påvirker helse og livsstil. Empowerment kan være både et mål og en prosess for å nå målet (7, s.152). Sykepleier på rehabiliteringssenteret fant frem til de verdiene brukeren selv tror på og erkjenner som viktig i eget liv. Dette er i samsvar med mine praktiske erfaringer.

Den andre funksjonen til sykepleieren var kompetanseoverføring i tverrfaglig team. Kompetanseoverføring står sentralt i rehabilitering og utgjør at brukeren får en høyere dosering av treningen som for eksempel trappetrening. Resultatene i denne studien viser at helsepersonell samarbeider veldig tett med hverandre og har forskjellig kompetanse som utgjør at den helhet med rehabilitering til bruker er suksessfull. Den viser også at ingen av informantene kunne forklare en spesifikk funksjon til en sykepleier i rehabilitering, det ble nevnt at sykepleier har et helhetlig ansvar. Etter mine observasjoner i praksis kan jeg konkludere at sykepleiere hadde større tilgjengelighet og større helhetsbilde av situasjonen til brukeren enn annet helsepersonell. Studien fra 2014 bekrefter mine funn (11). Den viser at det er sykepleier som har mest tid sammen med brukeren sammenlignet med annet helsepersonell under rehabiliteringsopphold.

Rehabilitering i varmere klima

Halfstrøm og Hallgren viser at opphold i subtropisk strøk fører til reduserte smerter og stivhet samt mindre engstelse for å få smerter i affiserte ledd ved bevegelse (5).

Ifølge mine funn beskrev informantene at betydningen av varmt klima har stor innvirkning i rehabilitering hos eldre med smerter. Informantene beskrev at brukere får mindre smerter når de er under opphold noe som har ført til mer fysisk aktivitet. De vektla også at kombinasjon av varmen og trening i like stor grad kan bidra til mindre smerter. Det utgjør at brukere blir mer aktive under oppholdet som bidrar til økning av livskvalitet. Livskvalitet kan oppfatte både subjektive og objektive sider ved helse. Den subjektive livskvaliteten handler om hvordan livet oppleves for den enkelte som positive følelser. Den kan variere fra god til dårlig

og kan oppleves som god til tross for sykdom eller helseplager. Den objektive livskvaliteten handler om den gode livssituasjonen med tanke på helsetilstand og funksjonsevne (13).

Studien fra 2011 viser at den positive effekten av rehabiliteringen vedvarer lengre ved behandlinger i middelhavsklima enn ved rehabilitering i Norge (6). Resultatene viser at eldre får mye bedre utbytte av rehabiliteringen i varme klima enn hjemme i Norge, spesielt om vinteren. Mine funn viser at informantene beskrev at brukere er mye mer aktive her enn hjemme om vinteren. Dette kan skyldes at varmere klima sikrer større kontinuitet i rehabiliteringen. Brukere har større mulighet til å gå og bevege seg utendørs kontra hjemme på vinterstid. De går mye turer på egen hånd, men de blir også med på de ukentlige turer som blir organisert. Dette fører til en kontinuitet som igjen gjør at brukere får dobbel dose av trening og utvikler sin progresjon enda bedre i motsetning til å være på et rehabiliteringssenter i Norge. Mine egne erfaringer fra praksis er at brukere har en god utbytte av å være på et rehabiliteringen i varmere klima. Jeg fikk observert dem fra den første dagen til den siste dagen på rehabiliteringen. Gjennom opphold på 4-6 uker fikk jeg observert at mange brukere hadde mye smerter i kroppen, stive i ledd og var engstelig for å få mer smerter. Etter noen dager i varmere klima fikk jeg opplevd at mange av brukerne hadde blitt mer aktive i bevegelsene under trening, de ble mykere i kroppen og de utfordret seg gradvis til å gjøre nye øvelser. Dette støttes med mine funn.

I et av spørsmålene i intervjuguiden (vedlegg 3) ble det spurt om opprettholdelse av rehabilitering hjemme. To av informantene svarte ulikt om oppfølgingen hjemme etter rehabiliteringsopphold, mens to andre var usikre. Den ene informanten mener at brukere får en ”boost” når de er på rehabilitering og får lyst til å trene hjemme. Dette er en stor fordel for brukere fordi de får en kickstart og har lyst til å vedlikeholde fysisk aktivitet når de kommer hjem. Under oppholdet ble brukere motivert av helsepersonellet, og varmere klima hadde påvirket at de ble mer aktive som gjorde at de hadde lyst til å fortsette med å opprettholde fysisk aktivitet.

Den andre informanten mente at det ikke er alle som klarer å opprettholde trening på grunn av at dem ikke har samme mulighet hjemme. Dette er ulemper med rehabiliteringen på rehabiliteringssentre i varmere klima. Det er fordi når bruker kommer hjem igjen har de ikke de samme mulighetene som hun/han hadde under oppholdet. Bruker kommer hjem til vinter hvor det er kaldt og glatt og er engstelig til å falle. De har ikke samme mulighet av utstyr og gruppetrening hjemme som de hadde under opphold. Dette kan dessverre føre til inaktivitet som kan resultere i at brukers motivasjon blir redusert og hun/han ikke klarer å opprettholde sine gjenværende funksjoner på egen hånd. Derfor er det så viktig med den motivasjonen brukere får under opphold slik at den varer til bruker kommer hjem.

Helse- og omsorgsdepartementet, 2011 poengterer at alle kommunene skal ha oversikt over innbyggerens behov for rehabilitering og at alle som opprettholder seg i kommunen, uavhengig av boform, skal tilbys nødvendig utredning og oppfølging ved behov for

rehabilitering (14). Siden det finnes et slikt tilbud for rehabilitering i alle kommunene, da er det enklere for brukere å opprettholde sin funksjon ved hjelp av helsepersonalet.

Styrke og svakheter

Studiens styrker er at jeg har hatt kjennskap til praksissted hvor all datasamling ble gjennomført. En annen styrke med studien baseres på intervju med motiverte og interesserte informanter med gode erfaringer. Intervjuene med helsepersonellet fløt godt og ble gjennomført i hensynsfulle omgivelser, i fred og ro fra ytre forstyrrelser. Hvert intervju ble gjennomført av samme student. En annen styrke var at vi fire studenter samarbeidet og reflekterte godt sammen gjennom hele prosjektet og praksisen. Til slutt i praksisperioden hadde vi en presentasjon for ansatte hvor vi presenterte våre funn som ga en ekstra bekreftelse på at våre funn stemte med deres erfaringer, noe som styrker resultatenes validitet.

Svakhet med studien var at vi ikke kunne bruke lydopptak under intervjuene, dette kan gjøre tolkningen mindre gyldig da intervjuene kan ikke spilles av igjen. Min mangel på erfaring med forskning kan påvirke datasamling, intervju, analyse og tolking en annen svakhet ved studien. Det var også en kunst gjennom hele prosjektet å finne en riktig og relevant forskning til min problemstilling, men jeg lærte mye av det. Dessverre så finnes det ikke mye forskning om oppfølging av eldre hjemme etter opphold i varmere klima. Det finnes mye forskning om rehabilitering med forskjellige typer sykdommer, men lite om rehabilitering spesifikt av eldre. Begrepet kompetanseoverføring er lite brukt i sykepleierteori, og jeg har dessverre ikke funnet noe direkte forskning om dette.

Konklusjon

Denne oppgaven har belyst at sykepleier har et viktig bidrag i selve rehabilitering. Resultatene viser at sykepleier har det helhetsbilde til en bruker gjennom rehabiliteringen i tverrfaglig team. Sykepleier under rehabilitering bidrar til å motivere bruker til aktivitet og deltar i kompetanseoverføring, men at den spesifikke funksjonen er uklar. Det har vist seg at eldre får bedre utbytte av rehabiliteringen i et varmere klima kontra Norge. Nettopp fordi kombinasjon av varmen og trening gir mindre smerter som øker mulighet til å være mer aktiv, men også at varmere klima sikrer større kontinuitet i rehabiliteringen.

Videre trengs det mer forskning på sykepleiers funksjon i rehabilitering i det tverrfaglig team, men også kompetanseoverføring blant helsepersonell. Det er også behov for mer forskning mot opprettholdelse av eldre i rehabilitering hjemme etter rehabiliteringsopphold i varmere klima.

REFERANSELISTE

1. Halvorsen T. Fysisk aktivitet som forebygging og behandling. *Utposten*. 2017;46(6):24–7.
2. Helsefremming og sykdomsforebygging er ikke to sider av samme sak [Internett]. [sitert 3. april 2020]. Tilgjengelig på: <https://sykepleien.no/forskning/2018/05/helsefremming-og-sykdomsforebygging-er-ikke-sider-av-samme-sak>
3. Kirkevold M, Brodtkorb K, Ranhoff AH. Geriatrik sykepleie : god omsorg til den gamle pasienten. 2. utg. Oslo: Gyldendal akademisk; 2014.
4. Kurtze N. Evaluering av ordningen med behandlingsreiser til utlandet. Oslo: SINTEF Teknologi og samfunn; 2011. (Hem K-G, Lippestad J. SINTEF rapport (SINTEF : 2006- : online); bd. A21000).
5. Hafström I, Hallengren M. Physiotherapy in subtropic climate improves functional capacity and health-related quality of life in Swedish patients with rheumatoid arthritis and spondylarthropathies still after 6 months. *Scandinavian Journal of Rheumatology*. 1. januar 2003;32(2):108–13.
6. Staalesen Strumse YA, Nordvåg B-Y, Stanghelle JK, Røisland M, Winther A, Pajunen P-A, mfl. Efficacy of rehabilitation for patients with ankylosing spondylitis: Comparison of a four-week rehabilitation programme in a Mediterranean and a Norwegian setting. *Journal of Rehabilitation Medicine*. 5. mai 2011;43(6):534–42.
7. Romsland GI. Sykepleie og rehabilitering. Oslo: Gyldendal akademisk; 2015.
8. Bredland EL. Det handler om verdighet og deltakelse : verdigrunnlag og praksis i rehabiliteringsarbeid. 3. utg. Oslo: Gyldendal akademisk; 2011.
9. Eide H. Kommunikasjon i relasjoner : samhandling, konfliktløsning, etikk. 2. rev. og utv. utg. Oslo: Gyldendal akademisk; 2007.
10. Mertens V-C, Goossens MEJB, Verbunt JA, Köke AJ, Smeets RJEM. Effects of nurse-led motivational interviewing of patients with chronic musculoskeletal pain in preparation of rehabilitation treatment (PREPARE) on societal participation, attendance level, and cost-effectiveness: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*. 2. april 2013;14:90.
11. McKillop A, Parsons J, Slark J, Duncan L, Miskelly P, Parsons M. A day in the life of older people in a rehabilitation setting: an observational study. *Disability and Rehabilitation*. 22. mai 2015;37(11):963–70.
12. Dalland O. Metode og oppgaveskriving. 5. utg. Oslo: Gyldendal akademisk; 2012. (Metode og oppgaveskriving).
13. Fakta om livskvalitet og trivsel [Internett]. Folkehelseinstituttet. [sitert 28. mars 2020]. Tilgjengelig på: <https://www.fhi.no/fp/psykiskhelse/livskvalitet-og-trivsel/livskvalitet-og-trivsel/>
14. Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator - Lovdata [Internett]. [sitert 20. april 2020]. Tilgjengelig på: https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2011-12-16-1256?fbclid=IwAR2mVeulo6pNPrA_c_cexVDK9HkYW100ZzQJzAZ2hDm9gi8nIkaksAhcKDs#KAPITTEL_3

VEDLEGG 1: Informasjon om forskningsprosjekt

*Informasjon om forskningsprosjekt: rehabilitering, tverrprofesjonell samhandling og helsefremming.
Våren 2020*

Vi er fire bachelorstudenter fra sykepleierutdanningen ved NTNU i Trondheim som skal skrive bacheloroppgave om temaene rehabilitering, tverrprofesjonell samhandling og helsefremming. Vi skriver selvstendige oppgaver og har dermed ulike problemstillinger. Forskningsprosjektet er et samarbeid mellom NTNU og Trondheim kommune. For å gjennomføre prosjektet vil vi ha semistrukturerte intervju med spørsmål om temaene nevnt ovenfor.

Hvem ønsker vi å intervju?

Etter fire uker på rehabiliteringssenteret har vi valgt oss ut en tverrfaglig gruppe vi ønsker å intervju. Deltakelsen er frivillig. Det er ønskelig med en sykepleier, en helsefagarbeider og en fysioterapeut og en leder. Vi har forespurt ansatte på grunnlag av ulik aldersgruppe og arbeidserfaring. Beslutningen bygger på at vi ønsker variasjon og tverrfaglighet i utvalget av informanter.

Intervjuene

Intervjuene vil gjennomføres i løpet av 40-50 minutter, og vil foregå i arbeidstiden. Du vil få dato og klokkeslett på forhånd. To til fire studenter deltar på intervjuet, en intervjuer og de andre noterer og kommer med innspill. All informasjon som blir sagt behandles anonymt, og bacheloroppgavene vil ikke bli publisert.

Resultatene av prosjektet vil bli presentert i uke 11.

VEDLEGG 2: Samtykkeskjema



Samtykkeskjema for deltakelse i forskningsprosjektet «rehabilitering, tverrprofesjonell samhandling og helsefremming»
Våren 2020

Vi er fire sykepleiestudenter fra NTNU som skal skrive bacheloroppgave, og ønsker derfor informanter til å delta i forskningsprosjektet. Temaene vi skal skrive om er rehabilitering, tverrprofesjonell samhandling og helsefremming. Forskningsprosjektet er et samarbeid mellom NTNU og Trondheim kommune. For mer informasjon om prosjektet, se informasjonskriv.

Jeg samtykker til å delta på forskningsprosjektet

VEDLEGG 3: Intervjuguide

Intervjuguide

Rehabilitering, tverrprofesjonell samhandling og helsefremming.

Informantene har mottatt informasjon om prosjektet før oppstart av intervjuet. Vi vil beskrive temaene og formålet med oppgaven, samt informere om at det er frivillig å delta, taushetsplikt og at alle opplysninger blir behandlet anonymt. Vi vil spørre om noe er uklart eller om informanten har noen spørsmål.

Intervjuet har fire temaer med fire hovedspørsmål innenfor hvert tema. Under noen av spørsmålene er det veiledende spørsmål/stikkord som kan bli stilt dersom informanten ikke sier noe om dette på egenhånd.

Innledende spørsmål:

Vi starter med noen spørsmål for å få noe bakgrunnsinformasjon om informanten:

- Hvor lang arbeidserfaring har du?
- Hvor har du jobbet før?
- Hvor lenge har du jobbet ved rehabiliteringssenteret?

Tema: Rehabilitering etter hjerneslag

1. Hvordan foregår det tverrfaglige samarbeidet rundt slagpasienter?
 - Hvilken rolle/funksjon har du (din profesjon)?
2. Har du erfaring med at det tverrfaglige samarbeidet påvirker rehabiliteringen av slagpasienter?
 - Fordeler med tverrfaglig samarbeid?
 - Ulemper med tverrfaglig samarbeid?
3. Hvordan opplever du at et opphold her påvirker rehabiliteringen av slagpasienter?
 - For eksempel med tanke på (helst spør om alle stikkordene):
 - Livskvalitet
 - Psykososialt
 - Fysisk funksjonsnivå
 - Smerter og stivhet
4. Hvordan opplever du at klimaet påvirker rehabiliteringen av slagpasienter?
 - For eksempel med tanke på (helst spør om alle stikkordene):
 - Smerter og stivhet
 - Fysisk funksjonsnivå
 - Psykososialt
 - Andre ting

Tema: Helsefremming og psykososiale behov

1. Opplever du at du bidrar til å fremme helse ved hjelp av sosial aktivitet?
 - o På hvilken måte?
 - o Konkrete ting (eks utflukt og andre sosiale organiserte aktiviteter)
 - o Fokus på kommunikasjon, type kommunikasjon; hva erfarer du at du kan bidra med for å fremme helse.
 - o Har du erfart at sosiale aktiviteter bidrar til helsefremming? (hvordan kan du se dette hos pasienten? Observert endring i livsglede ila oppholdet?) Gjerne kom med eksempler.

2. Kan du fortelle litt om hvordan brukerne opplever det sosiale ved rehabiliteringssenteret?
 - o Erfaringer.
 - o Gjerne utdyp.
 - o Positivt og negativt.
 - o Opplever du at noen brukere kan føle press på å være sosial?

3. Hva er din rolle når det gjelder å kartlegge og ivareta det psykososiale behovet til brukerne?
 - o Din funksjon
 - o Din rolle med fokus på yrkestittel.

4. Hvordan vil du si at det tverrfaglige teamet ivaretar det psykososiale behovet til brukerne?
 - o Gjerne utdyp hva temaet gjør som helhet
 - o Reflekterer dere rundt det psykososiale hos brukerne på tverrfaglig møte?

Tema: Rehabilitering i et varmere klima

1. Hva har du erfart at er den viktigste årsaken til at brukere velger denne rehabiliteringssentre?
 - Klima er en av dem, men hva kan være andre årsak?
 - Sosial del
 - Sol og lyst

2. Hvilke erfaringer har du med klimaets innvirkning på rehabilitering hos eldre?
 - Er de mer fysisk aktiv her?
 - Hva med livsglede/livskvalitet?
 - Er smertene redusert her enn hjemme?

3. Hva har du erfart både fordel og ulemper med rehabiliteringen her forhold til Norge?
 - Klima er en positiv/fordel faktor, men er det andre ting som er fordel eller ulempe? (reise?)
 - Hva som kan være utfordrende for brukere på rehabiliteringssentre?
 - Trygghet? Er de trygge her?

4. Erfarer du at brukere er nok motivert for å fullføre rehabilitering?
 - Er brukere positiv for fullføre behandling eller mer passiv?
 - Vet du om brukere klarer å opprettholde rehabilitering hjemme etter opphold?
 - Hva med mestring?

Tema: Helsefremming og kroniske smerter

1. Hvilken erfaring har du på nytteverdi av rehabilitering av pasienter med kroniske smerter?
 - a. Opprettholdelse av god livskvalitet til tross for smertene?
 - b. Kan du utdype dette?

2. Hva er fokuset for deg (og din profesjon) for å fremme helsen til pasienter med kroniske smerter?
 - a. Kan du utdype dette litt mer?
 - b. Hvis det ikke nevnes: hva gjør sykepleier som ikke fysioterapeut eller helsefagabeider gjør?

3. Kan du fortelle litt om arbeidsmetoden her, hvordan dere tilnærmer dere brukerne, for å bedre livskvaliteten til pasienter med kroniske smerter?
 - a. Kan du utdype/konkretisere dette?

4. Kan du fortelle litt mer om betydningen av tverrfaglighet for å nå målsettingen med pasienten?
 - a. Konkretiser hvordan det jobbes tverrfaglig, jobbes sammen
 - b. Prøv å kom inn på kompetanseoverføring ? som eks trappetrening på ettermiddag.. har ikke kommet opp med et konkret tilleggsspørsmål.