

Tina Kleven

Erfaringer fra døgnrehabilitering og forventninger til overgangen tilbake til hverdagen

En kvalitativ studie av mennesker med muskel- og skjelettplager

Masteroppgave i folkehelse

Veileder: Lene Aasdahl

Medveileder: Marit Solbjør

Mai 2023

Tina Kleven

Erfaringer fra døgnerhabilitering og forventninger til overgangen tilbake til hverdagen

En kvalitativ studie av mennesker med muskel- og skjelettplager

Masteroppgave i folkehelse
Veileder: Lene Aasdahl
Medveileder: Marit Solbjør
Mai 2023

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Fakultet for medisin og helsevitenskap
Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie



Kunnskap for en bedre verden

Sammendrag

Bakgrunn: Muskel- og skjelettplager utgjør en stor helseutfordring både for individer, men også for samfunnet og helsetjenesten. Rehabilitering er intervensjoner som har formål om at fysisk, kognitiv eller sosial funksjonsevne skal optimaliseres eller gjenvinnes etter at evnen er svekket på bakgrunn av sykdom eller skade. Målet med rehabilitering er at pasienten skal bli i stand til å fungere på best mulig måte i sin hverdag. Overgangen fra døgnrehabilitering tilbake til hverdagen er en sårbar overgang.

Problemstilling: *Hvilke erfaringer har personer som er på døgnrehabilitering for langvarige muskel- og skjelettplager om deltakelse i døgnrehabilitering, og hvilke forventninger har de til overgangen tilbake til hverdagen?*

Metode: Masterprosjektet er et kvalitativt forskningsprosjekt. For å innhente data ble det gjennomført to fokusgruppediskusjoner med syv og åtte deltakere. Fokusgruppene ble gjennomført på rehabiliteringssenteret, når pasientene hadde ei uke igjen av rehabiliteringsoppholdet. Intervjuene ble transkribert ordrett på bokmål. Datamaterialet ble analysert etter de seks fasene i refleksiv tematisk analyse. Tematisk analyse egner seg til å analysere fokusgrupper, og for å identifisere mønstre og temaer i intervjuene.

Resultater: Pasientene hadde behov for å føle seg ivaretatt under hele rehabiliteringsforløpet. Individuell oppfølging var viktig for å føle seg ivaretatt, og alle kom med ulike forutsetninger og behov som krevde ulik tilnærming. Deltakelse i gruppetilbudet bidro til fellesskap og felles forståelse. Målet pasientene hadde til rehabiliteringsforløpet var å få en meningsfull hverdag. De fikk kunnskap om hvordan de kunne gjøre endringer og hva som var viktig. De innså at det var viktig med aktivitetsbalanse for å få en bærekraftig hverdag. Det bidro til motivasjon til å fortsette med en endringsprosess etter rehabiliteringsoppholdet. Pasientene var spente for overgangen tilbake til hverdagen, og opplevde at de hadde behov for videre oppfølging i etterkant av rehabiliteringsoppholdet.

Konklusjon: Døgnrehabilitering er et dyrt behandlingstilbud, og det er viktig å sikre at det gir effekt. Under rehabiliteringsoppholdet var individuell oppfølging viktig, selv om de deltok i et gruppetilbud. Studiedeltakerne hadde behov for å føle seg ivaretatt også etter rehabiliteringen, og det kan gjøres på ulike måter. For å utnytte potensialet til gruppetilbudet i overgangen fra rehabilitering og tilbake til hverdagen, kunne det vært arrangert støttegrupper i etterkant. De fleste var skeptiske til overgangen tilbake til hverdagen, og forventet at den kom til å bli brå og utfordrende. Deltakerne innså at det var mye som måtte gjøres på egenhånd i etterkant for varige endringer.

Summary

Background: Musculoskeletal disorders are a major health challenge for individuals, as well as for the society and healthcare services. Rehabilitation is an intervention aimed at optimizing or recovering physical, cognitive, or social functioning after impairment due to illness or injury. The goal of rehabilitation is for the patient to be able to function as well as possible in their daily life. It is a vulnerable transition from inpatient rehabilitation back to everyday life.

Research question: *What experiences do individuals with chronic musculoskeletal disorders have with inpatient rehabilitation, and what expectations do they have for the transition back to everyday life?*

Method: This master thesis is a qualitative research study. To collect data, two focus group discussions were conducted with seven and eight participants. The focus groups were located at the rehabilitation center when the patients had one week left of their rehabilitation stay. The interviews were transcribed verbatim in Bokmål. The data was analyzed according to the six phases of reflexive thematic analysis. Thematic analysis is suitable for analyzing focus groups and for identifying patterns and themes in the interviews.

Results: Patients needed to feel cared for throughout the rehabilitation process. Individual follow-up was important for feeling cared for, and everyone had different prerequisites and needs that required different approaches. Participation in group activities contributed to a sense of community and shared understanding. The goal of the patients for the rehabilitation process was to have a meaningful daily life. They gained knowledge about how to make changes and what was important. They realized that activity balance was important for a sustainable everyday life. This contributed to motivation to continue with a change process after the rehabilitation stay. Patients were anxious about the transition back to everyday life and felt that they needed further follow-up after the rehabilitation stay.

Conclusion: Inpatient rehabilitation is an expensive treatment option, and it is important to ensure that it is effective. During the rehabilitation stay, individual follow-up was important, even though they participated in a group program. The study participants needed to feel cared for even after rehabilitation, and this can be done in different ways. To utilize the potential of the group program in the transition from rehabilitation to everyday life, support groups could have been arranged afterward. Most participants were skeptical about the transition back to everyday life and expected it to be abrupt and challenging. The participants realized that there was a lot that needed to be done on their own after ended rehabilitation, to help achieve desired and lasting changes.

Forord

Først og fremst ønsker jeg å takke de 15 pasientene som valgte å delta i masterprosjektet mitt. Det er viktig med forskning for å utvikle rehabiliteringstilbudet for muskel- og skjelettplager videre. Jeg er takknemlig for at de ønsket å dele sine erfaringer og forventninger om rehabiliteringsprosessen med meg og resten av fokusgruppen.

Jeg ønsker også å takke mine to veiledere i prosjektet Lene Aasdahl og Marit Solbjør. Tusentakk for god veiledning under hele prosessen. Dere har hatt viktige roller i denne prosessen, og hjulpet når ting har vært utfordrende.

Til slutt ønsker jeg å takke mine medstudenter, venner og familie for god hjelp, støtte og oppmuntrende ord.

Trondheim, mai 2023

Tina Kleven

Innhold

1.0 Innledning.....	6
1.1 Hensikt og problemstilling.....	7
1.2 Oppgavens oppbygning.....	7
2.0 Bakgrunn	9
2.1 Muskel- og skjelettplager	9
2.2 Velferdsstaten	10
2.3 Rehabilitering	10
2.4 Rehabiliteringsprosessen for mennesker med muskel- og skjelettplager	11
2.5 Døgnrehabilitering.....	12
2.6 Tverrfaglig behandling av muskel- og skjelettplager.....	13
2.7 Overgangen fra rehabilitering til hverdagen	13
2.8 Hverdagen med kroniske smerter	15
3.0 Metode	17
3.1 Kvalitativ metode	17
3.1.1 Fokusgruppe	17
3.2 Unicare	18
3.3 Forforståelse.....	19
3.4 Rekruttering.....	19
3.5 Studiedeltakerne	20
3.6 Datainnsamling.....	20
3.6.1 Pilotintervju	20
3.6.2 Gjennomføring av fokusgruppediskusjon	20
3.6.3 Transkripsjon	21
3.7 Refleksiv tematisk analyse.....	21
3.7.1 Analyseprosessen	22
3.8 Etikk	24
4.0 Resultater	25
4.1 Å føle seg ivaretatt under hele rehabiliteringsprosessen var viktig for utbyttet	25
4.1.1 Ulike forutsetninger og behov krevde individuell oppfølging	25
4.1.2 Videre oppfølging var viktig for at deltakerne følte seg ivaretatt.....	27
4.2 Gruppetilbudet påvirket rehabiliteringsforløpet	29
4.2.1 Gruppetilbudet skapte fellesskap.....	29
4.2.2 Deling av informasjon innad i gruppen	30
4.3 Kunnskap om rehabiliteringstilbudet bedret utbyttet	31
4.3.1 Hensiktsmessig med forventningsavklaring ved henvisning.....	31

4.3.2 Tydelighet var viktig for å få best utbyttet av rehabiliteringen	32
4.4 En meningsfull hverdag var målet med rehabiliteringen	33
4.4.1 Rehabiliteringsoppholdet ga kunnskap for en bedre hverdag	34
4.4.2 Ønskelig med endringer i hverdagen etter rehabiliteringsoppholdet	34
4.4.3 Aktivitetsbalanse i hverdagen var viktig for et bærekraftig liv	35
4.4.4 Rehabiliteringsoppholdet startet en endringsprosess	36
5.0 Diskusjon	38
5.1 Struktur, innhold og organisering av rehabilitering for muskel- og skjelettplager	38
5.2 Overgangen fra rehabilitering tilbake til hverdagen	40
5.3 Energijøkonomisering og aktivitetsbalanse	42
5.4 Metodediskusjon	43
5.4.1 Validitet	43
5.4.2 Reliabilitet	45
5.5 Relevans for folkehelse	46
6.0 Konklusjon	48
Litteraturliste	49
Vedlegg	53
Vedlegg 1: Informasjonsskriv	53
Vedlegg 2: Spørreskjema	55
Vedlegg 3: Intervjuguide	56
Vedlegg 4: NSD godkjenning	57

1.0 Innledning

Muskel- og skjelettplager utgjør en stor helseutfordring både for individer, men også for samfunnet og helsetjenesten (Kinge et al., 2015). I løpet av livet rammes de fleste av muskel- og skjelettskader, sykdommer eller plager, og det er sentrale årsaker til nedsatt livskvalitet, dårlig helse, sykefravær og uførhet (Clarsen et al., 2022). I Norge har i underkant av 30 prosent av kvinner og 20 prosent av menn til enhver tid, langvarig smerteproblematikk knyttet til muskel- og skjelettsystemet (Kinge et al., 2015). Tallene viser at langvarig muskel- og skjelettproblematikk rammer en stor del av befolkningen i Norge, som betyr at det er en folkehelseutfordring (Skogli et al., 2019).

Norge bruker mye penger på muskel- og skjelettplager. De samlede samfunnskostnadene som brukes på pasientgruppen er anslått å være rundt 255 milliarder kroner (Skogli et al., 2019). Mange mennesker med muskel- og skjelettplager trenger helsetjenester. I helsetjenesten er en stor andel av pasientene mennesker med skader, sykdommer og plager knyttet til muskel- og skjelettsystemet (Kinge et al., 2015). Mange innenfor pasientgruppen trenger både diagnostisering, behandling, rehabilitering og hjelpemidler (Skogli et al., 2019). Muskel- og skjelettplager er også en av de vanligste årsakene til legemeldt sykefravær, og utgjør rundt 30 prosent av tapte dagsverk (NAV, 2022b). Rehabilitering er et behandlingstilbud som noen pasienter med langvarige muskel- og skjelettplager får tilbud om. Det finnes ulike former for rehabilitering. I denne oppgaven er fokuset på døgnrehabilitering. De som får tilbudet om døgnrehabilitering, har som oftest prøvd ut flere ulike behandlingstilbud. Det handler om at mindre ressurskrevende tilbud skal vurderes og dersom det er mulig også testet før mer kostnadskrevenende behandlingstilbud innvilges (Helsedirektoratet, 2019). Det er i henhold til LEON-prinsippet som bidrar til å sikre selvstendige liv og utnytte ressursene best mulig, og det er i tråd med de nasjonale føringene (Helsedirektoratet, 2019).

Døgnrehabilitering er dyrt for samfunnet, og sammenlignet med poliklinisk rehabilitering har det nesten dobbelt så høye utgifter (Brooks, 2006; Zeidler et al., 2008). Derfor er det viktig å sikre at pasientene faktisk får godt utbytte av døgnrehabiliteringen. Rehabilitering kan også ses på som en investering, og spare samfunnet økonomisk. Det kan bidra til at pasienten kan få bedre funksjon og bidra mer i samfunnet (Bautz-Holter et al., 2007). Aasdahl et al. (2023) har gjennomført en studie som undersøker og sammenligner kostnadene til døgnbasert arbeidsrettet rehabilitering og poliklinisk arbeidsrettet rehabilitering, for personer med muskel- og skjelettplager og vanlige psykiske lidelser. De fant at døgnrehabilitering i seg selv er dyrere sammenlignet med poliklinisk rehabilitering. Når en ser på utbytte, gjennom arbeidsdeltakelse viser det seg at døgnrehabilitering er mer kostnadseffektivt i et samfunnsperspektiv sammenlignet med poliklinisk rehabilitering (Aasdahl et al., 2023).

Rehabilitering skal hjelpe pasienten med å trene opp ferdigheter og evner for å mestre hverdagen (Helsenorge, 2019). Målet er at pasienten skal gjenvinne funksjon og kunne leve et selvstendig og meningsfullt liv (Helsenorge, 2019). Rehabilitering er et viktig tilbud, men det er også et ressurskrevende tilbud (Meld. St. nr. 21 (1998-99)). Det er viktig å sørge for at overgangen til hverdagslivet, blir best mulig for pasientene. Overgangen er viktig for å sikre at utbytte og effekten av døgnrehabiliteringen blir varig. Når det brukes mye ressurser på tilbudet, er det spesielt viktig at det har god effekt for pasientene. Denne masteroppgaven handler derfor om pasientenes erfaringer fra

døgnrehabilitering, og overgangen fra rehabiliteringsoppholdet og tilbake til hverdagslivet.

Det kan være en belastning for individet dersom man ikke mestrer hverdagen (Bautz-Holter et al., 2007). Overgangen fra rehabilitering og tilbake til hverdagen kan oppleves sårbar, da man går fra trygge rammer på døgnbasert rehabiliteringsopphold tilbake til hjemmet, der man skal håndtere hverdagen på egenhånd med manglende rammer (Hara et al., 2018). Pasientene kan oppleve at de blir en belastning for familien, eller at oppmerksomheten ofte rettes mot deres helseplager (Fjellså et al., 2019). De kan også stille høye krav til seg selv som kan påvirke dem negativt dersom de ikke nås (Fjellså et al., 2019).

Det kan være hensiktsmessig å øke fokuset på overgangen mellom rehabilitering og hverdagen hjemme. Overgangen kan oppleves brå av pasienter som har vært på døgnrehabilitering. På døgnrehabilitering er alt lagt til rette for pasientene. De får tett oppfølging av flere ulike faggrupper. Fasilitetene er optimale, og legger til rette for varierte aktiviteter. Når pasientene kommer hjem fra rehabilitering og tilbake til hverdagen, er det til den samme hverdagen som de hadde før rehabiliteringen. For å få best mulig utbytte av rehabiliteringen i etterkant av oppholdet, bør fokuset rettes mot overgangen fra rehabilitering og tilbake til hverdagen. Hva som kan gjøres for å få best mulig utbytte av rehabiliteringsoppholdet også etter endt rehabilitering.

1.1 Hensikt og problemstilling

Denne studien omhandler mennesker som er på døgnrehabilitering for langvarige muskel- og skjelettplager, og deres erfaringer fra rehabiliteringsoppholdet og forventninger til overgangen tilbake til hverdagslivet. Studien undersøker hvordan og hva deltakerne opplever og tenker om rehabiliteringstilbudet og overgangen til hverdagen etter rehabiliteringsoppholdet. Fokuset er på deres subjektive erfaringer, tanker og forventninger. Temaet er nyttig å studere fordi det er viktig at pasientene får utbytte av rehabiliteringen, og det kan være utfordrende å mestre overgangen fra rehabilitering og tilbake til hverdagen.

Problemstillingen for denne masteroppgaven er: *Hvilke erfaringer har personer som er på døgnrehabilitering for langvarige muskel- og skjelettplager om deltakelse i døgnrehabilitering, og hvilke forventninger har de til overgangen tilbake til hverdagen?*

1.2 Oppgavens oppbygning

I neste kapittel blir bakgrunnen for oppgaven presentert. Her forklares relevante begreper for resten av oppgaven for å tydeliggjøre temaet. I tillegg gir kapitlet viktig kunnskap for å forstå resten av oppgaven. Kapittel tre handler om metoden som er brukt i studien, og begrunnelser for valgene som er tatt i prosessen. Kapittel fire presenterer resultatene i studien og er strukturert under fire hovedtemaer. I kapittel fem diskuteres resultatene i sammenheng med tidligere forskning. I tillegg har kapittel fem en

metodediskusjon, som reflekterer rundt styrker og svakheter med studien.
Avslutningsvis er det en konklusjon av studien.

2.0 Bakgrunn

I dette kapitlet blir bakgrunnen for temaet i oppgaven presentert, samt tidligere forskning. Her blir det gått mer i dybden på hva som legges i begrepene muskel- og skjelettplager, velferdsstaten, rehabilitering, rehabiliteringsprosessen for mennesker med muskel- og skjelettplager og døgnrehabilitering. Det er for å avklare hvordan begrepene brukes i denne oppgaven. Det vil også presenteres tidligere forskning om rehabiliteringsprosessen, behandlingen av muskel- og skjelettplager, døgnrehabilitering, overgangen fra rehabilitering tilbake til hverdagen og hvordan hverdagen er med kroniske smerter. Tidligere forskning presenteres for å vise hva som finnes av kunnskap om temaet fra før, og hva det mangler forskning om.

2.1 Muskel- og skjelettplager

Muskel- og skjelettplager brukes som en fellesbetegnelse på ubehag, smerter eller nedsatt funksjon i nerver, sener, knokler, muskler eller ledd (Clarsen et al., 2022). Muskel- og skjelettplager innebærer også i denne studien ulike diagnoser og plager. Felles for deltakerne er at de har kroniske muskel- og skjelettplager, som betyr at de har vært plaget med smerter over lengre tid. Vi kan dele inn muskel- og skjelettplager i fire kategorier. De ulike kategoriene er inflammatoriske revmatiske sykdommer, degenerative revmatiske sykdommer, bløtdelsrevmatisme, og andre kroniske sykdommer i muskel- og skjelettsystemet (Gran, 2009). Det er rygg smerter som er den vanligste tilstanden, det er også den tilstanden som er dyrest for samfunnet (Folkehelseinstituttet, 2021).

I Norge er det til enhver tid omtrent 25 prosent av befolkningen som har langvarige plager i muskel- og skjelettsystemet (Clarsen et al., 2022). Muskel- og skjelettplager er blant de vanligste årsakene til funksjonelt helsetap, altså ikke dødelig helsetap (Murray et al., 2020). Det gjør muskel- og skjelettplager til en folkehelseutfordring. Muskel- og skjelettlidelser rammer oftest kvinner, og mange i yrkesaktiv alder. Det er årsaken til mye sykefravær og uføretrygd (Statistisk Sentralbyrå, 2018). Muskel- og skjelettlidelser kan redusere livskvaliteten og gi store helseplager slik at personene ikke kan delta i samfunnet på den måten de ønsker. En høy andel av mennesker med muskel- og skjelettplager opplevde at de som pasienter ikke fikk tilstrekkelig informasjon om plagene og hvordan de kunne håndtere dem bedre (Brooks, 2006). I 2015 var 39 prosent av alle legemeldte sykefravær på grunn av muskel- og skjelettlidelser (Statistisk Sentralbyrå, 2018). Det er den største enkeltstående årsaken til sykefravær (Skogli et al., 2019). Muskel- og skjelettplager har vist seg å være et økende problem og flere og flere opplever plager (Brooks, 2006). Den aldrende befolkningen sammen med økt kroppsvekt, og kombinert med mangel på fysisk aktivitet påvirker muskel- og skjelettplager i negativ forstand (Brooks, 2006). Mennesker med muskel- og skjelettplager benytter seg av helsevesenet i stor grad (Brooks, 2006).

2.2 Velferdsstaten

Norge er en velferdsstat som sikrer samfunnets medlemmer nødvendig hjelp dersom de blir utsatt for helsesvikt, sosial nød eller tapt inntekt (Christensen & Berg, 2022). I denne sammenhengen betyr det at pasientene som har behov for døgnrehabilitering får tilbud om det uavhengig av økonomi og status. Den norske velferdsstaten er omfattende, og har universelle velferdsrettigheter som betyr at alle har samme rett til velferdsgodene (Christensen & Berg, 2022). Samfunnets medlemmer har rett på nødvendig helsehjelp (Finansdepartementet, 2012). Fastlegen spiller en viktig rolle i helsehjelpen for Norges innbyggere. Fastlegen er ofte den første som kontaktes ved behov for helsehjelp (Regjeringen, 2023). Norge er et av de landene som benytter flest offentlige helsekroner på hver person i OECD. Samtidig har det bidratt til mye god helse (St.meld. nr. 47 (2008-2009)).

I arbeidslivet i Norge har vi gode støtteordninger. Dersom en blir syk eller skadet og dermed ikke kan jobbe har man rett på sykepenger (NAV, 2023a). Inntekten blir erstattet med sykepenger dersom man er sykemeldt og ikke kan jobbe (NAV, 2023a). Det er begrenset hvor lenge man kan få sykepenger, og maks antall uker er 52 (NAV, 2023a). Dersom man har redusert arbeidsevne grunnet sykdom eller skade over lengre tid har man rett på arbeidsavklaringspenger (AAP). AAP har til hensikt å sikre inntekt i perioder man har behov, på grunnlag av sykdom eller skade (NAV, 2022a). Dersom inntektsevnen er varig redusert grunnet skade eller sykdom skal uføretrygd sikre inntekt (NAV, 2023b). Et av kravene for å få uføretrygd er at sykdommen og/eller skaden skal være hovedgrunnen til den nedsatte arbeids- og inntektsevnen (NAV, 2023b). Flere av pasientene som deltar på døgnrehabilitering på grunn av langvarige smerter er utenfor arbeidslivet og benytter seg av støtteordningene i velferdsstaten. Det bidrar til økonomisk trygghet selv om de står utenfor arbeidslivet. Støtteordningene er relevant for denne oppgaven siden økonomi har stor påvirkning på hverdagen. Det er også viktig at den personlige økonomien ikke skal legge føringer for om man kan delta på rehabilitering eller ikke.

2.3 Rehabilitering

I Stortingsmeldingen nummer 21 (1998-1999) blir rehabilitering definert som:

Tidsavgrensa, planlagde prosessar med klare mål og verkemiddel, der fleire aktørar samarbeider om å gi nødvendig assistanse til brukaren sin eigen innsats for å oppnå best mogeleg funksjons- og meistringsevne, sjølvstende og deltaking sosialt og i samfunnet. (Meld. St. nr. 21 (1998-99)).

I etterkant har det kommet flere nye definisjoner, men det er valgt å ta utgangspunkt i definisjonen som er benyttet i Stortingsmelding nummer 21. Definisjonen av rehabilitering i Stortingsmelding nummer 21 er presis, tydelig og dekkende. Definisjonen inkluderer også at det er flere aktører som samarbeider i prosessen, noe som også er fokuset i denne oppgaven. Nyere definisjoner har blitt diffuse, og ut fra de kan mange flere intervensjoner forstås som rehabilitering.

Rehabilitering er intervensjoner som har formål om at fysisk, kognitiv eller sosial funksjonsevne skal optimaliseres eller gjenvinnes i samspill med omgivelsene (WHO,

2023). Målet med rehabilitering er at pasienten skal bli i stand til å fungere på best mulig måte i sin hverdag. Egen innsats og motivasjon har betydning for rehabiliteringsprosessen (Mæhlum, 2020). Rehabilitering er en investering både for den enkelte og samfunnet. Rehabiliteringen kan være en investering ved at enkeltpersoner blir mer selvstendige og minimere behovet for helsehjelp og økonomisk støtte (WHO, 2023). De kan også bidra med å være arbeidskraft, som gjør de til en ressurs for samfunnet. Rehabilitering er sentralt for å nå bærekraftsmål 3 «god helse og livskvalitet» (WHO, 2023).

Rehabilitering i Norge tilbys både i kommunehelsetjenesten og i spesialisthelsetjenesten (Helsenorge, 2019). Kommunene har det overordnede ansvaret, og skal sikre at alle som oppholder seg eller bor i kommunen får tilbud om nødvendig utredning og oppfølging ved behov for rehabilitering (Forskrift om habilitering, 2012). Samtidig skal kommunen henvise til spesialisthelsetjenesten ved behov. Rehabilitering skal gis til pasienter som har behov for det, uavhengig av boformen til pasienten (Forskrift om habilitering, 2012). Det er lovpålagt at kommunene har en koordinerende enhet for rehabilitering (omsorgstjenesteloven, 2011) (§7-3).

Rehabilitering for muskel- og skjelettsmerter organiseres ulikt. Det tilbys ulike typer rehabilitering, for eksempel poliklinisk rehabilitering og døgnrehabilitering. Tidsperioden på rehabiliteringstilbudene varierer også mellom de ulike tilbudene. I Norge tilbys rehabilitering for langvarig muskel- og skjelettsmerter ved 37 behandlingssteder (Helsenorge, u.å.). De fleste behandlingsstedene har flere måneder med ventetid.

2.4 Rehabiliteringsprosessen for mennesker med muskel- og skjelettplager

Døgnrehabilitering er et tilbud som pasienter med komplekse og sammensatte utfordringer får tilbudet om. De fleste av pasientene som deltar på døgnrehabilitering for muskel- og skjelettplager har erfaring med ulike typer behandlinger fra tidligere. De har ofte testet ut mange ulike typer behandlinger over tid. Det er også vanlig at de har levd med smerter i flere år (Berdal, Sand-Svartrud, et al., 2018). Fastlegen er som tidligere nevnt oftest den som først blir kontaktet (Regjeringen, 2023). Fastlegen henviser videre, og mange starter med fysioterapi. Noen får kirurgi, noen psykisk oppfølging og andre deltar på smertekurs. De fleste har også prøvd poliklinisk rehabilitering. Felles er at de fleste pasientene som er på døgnrehabilitering, har prøvd mange ulike tilbud før de kommer på døgnrehabilitering.

Rehabiliteringsforløpet er ikke ferdig når oppholdet på døgnrehabiliteringen er ferdig. Oppholdet er kun starten på rehabiliterings- og endringsprosessen. Rehabiliteringsoppholdet har til hensikt å gi pasientene kunnskap og verktøy som trengs for å fortsette prosessen i etterkant. Det betyr at det er en lang prosess med rehabilitering etter de ukene de deltar på døgnrehabilitering for muskel- og skjelettplager.

I 2018 fikk helsedirektoratet oppgave om å utarbeide helhetlige pasientforløp eller pakkeforløp som det også kalles, for pasientgruppen med muskel- og skjelettlidelser, smertebehandling og utmattelse (Helsedirektoratet, 2022). I de helhetlige pasientforløpene skal rehabilitering være en del av behandlingsforløpet. De helhetlige pasientforløpene er under arbeid, og er ikke ferdigstilte. Det vil være to ulike helhetlige pasientforløp for pasientgruppen. En for langvarige og sammensatte smertetilstander, og

en for langvarig utmattelse uten kjent årsak inkludert CFS/ME (Helsedirektoratet, 2022). Samhandlingen mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten er i flere situasjoner for dårlig, og det er ønskelig at det i større grad benyttes tverrfaglige vurderinger og tiltak for pasientgruppen (Helsedirektoratet, 2022). Helhetlige pasientforløp er viktig for å sikre at de som har behov for døgnrehabilitering får tilbud om det.

2.5 Døgnrehabilitering

Døgnrehabilitering er et ressurskrevende tilbud, og det er ikke mange land som tilbyr døgnrehabilitering. Døgnrehabilitering for pasienter med muskel- og skjelettplager gjennomføres hovedsakelig i Norge og Tyskland, noe som betyr at det er begrenset med forskning på temaet. Derfor er det viktig å forske på døgnrehabilitering videre, for å se om det fungerer og om det fungerer bedre sammenlignet med poliklinisk rehabilitering. Det er også viktig å få frem pasientenes perspektiv og erfaringer med døgnrehabilitering fremover. Flere studier undersøker effekten av ulike rehabiliteringstilbud, men det er færre kvalitative studier som undersøker pasientenes erfaringer.

Berdal, Sand-Svartrud, et al. (2018) har gjennomført en kvalitativ studie som undersøkte rehabiliteringsmålene til pasienter med revmatiske sykdommer som var på døgnbasert rehabilitering. Det kom frem at de hadde ulikt antall mål, og mange forskjellige mål som dekket et bredt spekter av temaer. Målene var innenfor temaene tilpasning, sykdomshåndtering, sunn livsstil, indre liv, kunnskap, livsoppgjørelse, håndtere hverdagen, sosialt liv og symptomer (Berdal, Sand-Svartrud, et al., 2018). Målene endret seg fra innleggelse til utskrivelse. Det var en nedgang i mål om kunnskap og symptomer ved utskrivelse. De kan tyde på at deltakerne endret fokus og bekymringer underveis i rehabiliteringen. Det var en tydelig økning på mål om tilrettelegging og sunn livsstil underveis på rehabiliteringsoppholdet (Berdal, Sand-Svartrud, et al., 2018). Målene som forekom hyppigst handlet om en sunn livsstil, som i hovedsak var relatert til fysisk form og trening (Berdal, Sand-Svartrud, et al., 2018).

Mål kan også være hemmende dersom det ikke er realistisk (Saltychev et al., 2014). Saltychev et al. (2014) gjennomførte en kohortstudie som undersøkte endringene i opplevd arbeidsevne etter rehabilitering for kroniske muskel- og skjelettplager. Studien konkluderte med at forbedring av arbeidsevnen kan være et urealistisk mål for mennesker med muskel- og skjelettplager (Saltychev et al., 2014). Opplevd arbeidsevne gikk ned både i et kortsiktig og langsiktig perspektiv i etterkant av rehabilitering for pasienter med muskel- og skjelettplager (Saltychev et al., 2014).

Siden det er begrenset med forskning på døgnrehabilitering for pasienter med muskel- og skjelettplager, er det hensiktsmessig å se på litteratur for andre pasientgrupper. Det kan være flere likheter mellom ulike pasientgrupper. For pasienter med akutt hjerneslag var målsetting sentralt for utbyttet av rehabiliteringen (Kristensen et al., 2011). Kristensen et al. (2011) sin litteraturgjennomgang inkluderte studier som hadde ulik kontekst på rehabiliteringen. Høy motivasjon hos pasientene økte muligheten for involvering av pårørende, avklaring av mål og fokus på behandlingen (Kristensen et al., 2011). Utbytte av et rehabiliteringsprogram avhenger i stor grad av pasientens motivasjon, og motivasjon avhenger i stor grad av samsvar mellom pasientens livsmål og målene som settes i rehabiliteringsprosessen (Kristensen et al., 2011).

2.6 Tverrfaglig behandling av muskel- og skjelettplager

Kamper et al. (2014) har gjennomført en systematisk oversiktsstudie som undersøkte om behandling som inkluderte tverrfaglig poliklinisk oppfølging var hensiktsmessig for pasienter med langvarige ryggsmarter. Sammenlignet med vanlig behandling og behandling som kun fokuserte på fysiske faktorer, viste det seg at tverrfaglig oppfølging hadde bedre effekt med tanke på smerter, daglig funksjon og deltakelse i arbeidslivet (Kamper et al., 2014). Henzoz et al. (2010) sammenlignet effekten av et tre ukers tverrfaglig rehabiliteringstilbud og atten ukers poliklinisk fysioterapi. Det viste seg at det tverrfaglige rehabiliteringstilbudet hadde best effekt.

En annen studie undersøkte effekten av en individuelt tilpasset tilleggfunksjon i rehabiliteringsforløpet på egenrapporterte helseeffekter (Berdal, Bø, et al., 2018). Tilleggfunksjonen bestod av motiverende intervju ved målplanlegging og støttende telefonoppfølging. Tilleggfunksjonen var tilpasset den aktuelle pasienten, for å motivere pasienten til å blant annet forbedre målrettet innsats, øke selvtilliten og forhindre tilbakefall. Det viste seg å ha effekt på helse relatert livskvalitet ved utskrivelse. Målingene i etterkant av rehabiliteringen både seks og tolv måneder etter viste derimot ingen forskjell mellom intervensjonsgruppen og kontrollgruppen (Berdal, Bø, et al., 2018). Kamper et al. (2014) presiserte at tverrfaglig behandling ofte er dyre og ressurskrevende, men at det kan være hensiktsmessig spesielt for pasienter med alvorlige og komplekse utfordringer. Med ekstra tilleggfunksjoner vil kostnadene på tilbudet trolig øke enda mer.

For pasienter med korsryggsmarter er det et stort utvalg av behandlingsalternativer og retningslinjer, og flere av disse har ikke effekt eller har minimal effekt (Foster, 2011). Behandlingsalternativene dekker et bredt spekter av intervensjoner, for eksempel medisiner, trening, akupunktur, korsett og kirurgi. En grunn til at pasienter blir tilbudt ulik behandling er klinisk usikkerhet knyttet til korsryggsmarter, både diagnose, prognose og behandlingsvalg. En ting det er stor enighet om er at fysisk inaktivitet frarådes (Koes et al., 2010). For at pasientene skal få riktig og effektiv behandling er det viktig med en individuell tilnærming til pasienten. Smertene og symptomene må kartlegges grundig (Foster, 2011).

Studiene som undersøker tverrfaglig behandling av smerte over har i hovedsak undersøkt polikliniske rehabiliteringstilbud. Det er poliklinisk rehabilitering som er mest utbredt rehabiliteringsform. Samtidig kan det være relevant for denne studien, siden de undersøker tverrfaglig rehabilitering for samme pasientgruppe. Det er strukturen og konteksten som er ulik, det er viktig å være oppmerksom på at det derfor kan være noen ulikheter mellom poliklinisk og døgnbasert rehabilitering. Siden det mangler forskning om døgnbasert rehabilitering for muskel- og skjelettpasienter, er det nødvendig at det forskes mer på fremover. Felles for behandlingstilbudene er at tiden etter rehabiliteringstilbudet er en sårbar fase (Hara et al., 2018).

2.7 Overgangen fra rehabilitering til hverdagen

Denne oppgaven handler om hverdagslivet, og det inkluderer et bredt spekter av

aktiviteter. Aktivitetene er knyttet til familielivet, fritid og jobb. Hverdagen handler om gjøremålene og aktivitetene som dagene til pasientene består av.

Det er også begrenset med forskning på overgangen fra døgnrehabilitering til hverdagslivet for mennesker med muskel- og skjelettplager. En grunn kan være at døgnrehabilitering ikke er like vanlig i andre land. Derfor er det hensiktsmessig å forske mer på temaet. Det er gjort flere studier fra Unicare på personer med muskel- og skjelettplager, men da var fokuset på arbeidsrettet rehabilitering og overgangen tilbake til arbeid (Klevanger et al., 2018; Klevanger et al., 2021). Arbeid er en stor del av hverdagslivet, og dermed er disse studiene relevante for denne studien. Overgangen tilbake til arbeid blir en annerledes overgang samtidig som det er mange likheter. Fokuset på hva pasientene skal tilbake til er ulikt mellom studiene, samtidig handler begge studiene om å mestre den brå overgangen fra rehabilitering og tilbake til hverdagen.

En suksessfaktor for å mestre overgangen fra døgnrehabilitering tilbake i arbeidslivet var åpenhet om situasjonen pasienten var i, samt å skape en felles forståelse (Klevanger et al., 2021). Deltakelse i støttegruppe for kronisk smerte etter utskrivelse fra rehabilitering har også vist seg å være positivt. Begrunnelsen var at de dannet vennskap med mennesker i lignende situasjon (Finlay & Elander, 2016). Støttegruppe var også en mulighet for å opprettholde teknikker og lignende som man hadde lært under rehabiliteringen (Finlay & Elander, 2016). Pasienter med muskel- og skjelettplager på døgnrehabilitering opplever at oppholdet satt i gang en prosess med å bli mer bevisst (Rise et al., 2015). Det gjaldt ulike områder både mer bevisst om hva som var viktig og oppmerksom på belastningene fra ytre forventninger og krav. Økt bevissthet gjaldt også rundt behovet for balanse av ulike aspekter i livet, og at det å komme tilbake i arbeid er en lang og kompleks prosess (Rise et al., 2015).

Terapeuter har vist seg som viktige støttespillere for pasientene i overgang tilbake til arbeid (Klevanger et al., 2021). Deltakerne opplevde at terapeutene hadde en positiv rolle når de skulle utarbeide meningsfulle og bærekraftige liv (Klevanger et al., 2018). Terapeutene bistod blant annet ved å se på hele mennesket og ikke bare som pasient. De jobbet også for å få personene med muskel- og skjelettplager til å ta eierskap i endringsprosessen, og fokuserte på hvordan de forholdt seg til egne og andres forventninger (Klevanger et al., 2018).

Hara et al. (2018) har gjennomført en randomisert kontrollert studie, som undersøkte om det å ha telefonoppfølging i etterkant av rehabiliteringsopphold påvirket arbeidsdeltakelsen. Det viste seg at etter ett år hadde de som fikk telefonoppfølging høyere sannsynlighet for å være i arbeid en eller flere dager per uke, sammenlignet med kontrollgruppen (Hara et al., 2018). Studien til Hara et al. (2018) viste at telefonoppfølging ga bedre effekt av rehabiliteringstilbudet.

Ettersom det var begrenset forskning på overgangen for mennesker med muskel- og skjelettplager var det også her hensiktsmessig å se på andre pasientgrupper. For hjertepasienter var det viktig at videre oppfølging var godt koordinert i overgangen fra sykehus (Messerli & Deutsch, 2020). Det var også viktig med jevnlig oppfølging i etterkant av behandlingen, for å oppnå best resultater og unngå reinnleggelser. En annen faktor som var viktig for overgangen var at de fikk tilstrekkelig informasjon og kunnskap om diagnosen og situasjonen deres (Messerli & Deutsch, 2020). For pasienter med slag var kommunikasjon og sosial støtte sentralt for overgangen fra døgnrehabilitering til bistand i hjemmet (Saal et al., 2019). Hjertepasienter og

slagpasienter er en annen pasientgruppe enn det som undersøkes i denne oppgaven. Samtidig kan det tenkes at noe av det samme vil være sentralt overgangen fra rehabilitering og tilbake til hverdagen for pasienter med muskel- og skjelettplager også.

O'Callaghan et al. (2022) har gjennomført en studie som undersøker om støtteintervensjoner ved overgangen fra behandling til det selvstendige livet hjemme etter hjerneslag hadde effekt. Studien viste at støtteintervensjoner kan være positivt. Det hadde effekt på funksjonsnivå, kortsiktig livskvalitet og depresjon og angst på lang sikt. Samtidig hadde støtteintervensjoner ikke effekt på bruken av helsetjenester og belastningen av omsorgspersoner (O'Callaghan et al., 2022). Overgangen ved slag påvirkes av komplekse interaksjoner mellom slagrelaterte kliniske faktorer, sosioøkonomiske faktorer og miljømessige faktorer (Dong et al., 2023). Personer med slag har ofte større og mer akutte utfall og plager sammenlignet med mennesker med muskel- og skjelettplager. Rehabiliteringen og hverdagen deres blir derfor annerledes enn for mennesker som har kroniske smerter.

2.8 Hverdagen med kroniske smerter

Det å leve med kronisk sykdom er en kompleks, dynamisk, syklisk og flerdimensjonal prosess. Målet for mange personer med kroniske smerter å oppnå et positivt liv og hverdag (Ambrosio et al., 2015). Det er ulike faktorer som er knyttet til det å leve med kroniske smerter. Den første er aksept som handler om å være bevisst på sykdommen, og klar til å håndtere endringene som sykdommen medfører. Mestring er en annen faktor som er sentralt. Mestring kommer etter en kan akseptere sykdommen. Da kan man lære strategier for å håndtere hverdagen med sykdommen. Kunnskap om sykdommen er viktig slik at en kan ta riktige valg for seg selv i sykdomsforløpet. Videre er det viktig å implementere nye rutiner og gjøre endringer i livet for å tilpasse etter sykdommen (Ambrosio et al., 2015). Dette er faktorer som pasientene lærer om på rehabiliteringsopphold for muskel- og skjelettplager. Samtidig ønsker ikke pasientene at deres plager skal ha for mye fokus, med bakgrunn i at de ikke ønsker å være en belastning for menneskene rundt seg. Derfor prøver de ofte å skjerme utfordringene sine for venner og familie (Fjellså et al., 2019).

Det er gjort få studier om hverdagen etter rehabiliteringsopphold for mennesker med muskel- og skjelettplager, og de studiene som er gjennomført handler i hovedsak om arbeidslivet. Når jeg i denne studien skal undersøke hverdagen, har jeg vurdert at det er to begreper som er spesielt interessant å sette søkelys på. Begrepene som er interessante å undersøke nærmere i forhold til hverdagen til muskel- og skjelettpasienter er aktivitetsbalanse og energiøkonomisering. Aktivitetsbalanse og energiøkonomisering kan bidra med forståelse for hvordan personer må tenke på for å få til en bra hverdag, og spesielt mennesker med kroniske smerter.

Aktivitetsbalanse handler om menneskers aktivitetsmønster (Brandt et al., 2013). Aktivitetsbalanse går ut på hvilket nivå man er i stand til å organisere seg og delta i aktiviteter som er i overensstemmelse med egne verdier og ambisjoner. Det er relevant for denne studien, med tanke på at aktivitetsbalanse er viktig for å få en bra hverdag. Aktivitetsbalanse er en subjektiv opplevelse, og kan derfor være veldig ulik fra person til person. For å være i aktivitetsbalanse er det viktig å ha aktiviteter å fylle dagene med, samtidig som ikke det må bli for mye (Brandt et al., 2013). Det har vist seg at det er

viktig for mennesker med muskel- og skjelettplager å ha noe fast å gå til og ha et fellesskap å høre til, samtidig som det også kan koste mye krefter med faste aktiviteter (Fjellså et al., 2019).

Energiøkonomisering kan også ha en viktig rolle i hverdagen til pasienter med kroniske smerter. Smerter tar en del energi, som gjør at en må tenke gjennom hvordan energien personene har skal brukes. Samtidig er opplevelsen av å føle at en bidrar og gjør noe fornuftig, viktig for selvbildet og selvtilliten (Fjellså et al., 2019). Energiøkonomisering har fire prinsipper. Det første prinsippet er prioritering som handler om hva kreftene skal brukes til. Det neste er planlegging, som går ut på å forberede seg i forkant. Tredje prinsippet er plassering, både hvordan en plasserer seg selv og objekter. Det siste er pauser, det er viktig å hvile før man blir sliten. Det er ikke alle gjøremål og aktiviteter som det er lett å planlegge og tilrettelegge, og da er det enkelte aktiviteter som må nedprioriteres. Å ta hensyn til seg selv og sine behov kan for flere oppleves vanskelig (Fjellså et al., 2019).

3.0 Metode

I dette kapitlet beskrives metoden som er brukt i studien. Det blir også redegjort for valget av metode. Problemstillingen i oppgaven blir besvart med en kvalitativ tilnærming, siden fokuset er på deltakernes forventninger. Fokusgruppediskusjon var metoden som ble benyttet for å innhente data. Datamaterialet ble analysert med refleksiv tematisk analyse.

3.1 Kvalitativ metode

Kvalitativ metode ble benyttet for å få innblikk i pasientenes opplevelser og tanker (Flick, 2018). Problemstillingen er grunnlaget for metodevalget (Flick, 2018). Metoden er hensiktsmessig til prosjektet fordi det er deltakerne selv som er eksperter på eget liv. De er de eneste som kan fortelle om hvilke erfaringer de hadde fra rehabiliteringen, og hvilke forventninger de hadde angående overgangen fra døgnrehabilitering og tilbake til hverdagslivet. Kvalitativ metode fokuserer på mangfoldet av perspektiver, og på subjektive og sosiale betydninger knyttet til temaet (Flick, 2018). Med kvalitative forskningsintervju er tanken å forstå hvordan intervjupersonen ser verden (Kvale & Brinkmann, 2015). Et mål er å få studiedeltakernes erfaringer og opplevelser frem, og deltakerne blir påvirket av omgivelsene de er i (Kvale & Brinkmann, 2015). Gjennom kvalitative forskningsintervjuer fikk studiedeltakerne mulighet til å utdype sine erfaringer og forventninger knyttet til rehabiliteringsoppholdet og overgangen tilbake til hverdagen.

3.1.1 Fokusgruppe

Fokusgruppe er et gruppeintervju eller gruppediskusjon som har fokus på gruppens samhandling (Barbour, 2018; Flick, 2018). Enhver gruppediskusjon kan kalles en fokusgruppe så lenge forskeren aktivt oppmuntrer og er oppmerksom på gruppeinteraksjonen (Barbour, 2018). Barbour (2018) skiller mellom fokusgruppediskusjon og fokusgruppeintervju. Fokusgruppediskusjon er en gruppe som er samlet med et formål som er avhengig av data som genereres av diskusjon mellom deltakerne. Fokusgruppeintervju er en gruppemetode som bygger på å stille de samme spørsmålene til hver deltaker (Barbour, 2018). I denne studien ble det valgt fokusgrupper for at deltakerne kunne diskutere ulike erfaringer og forventninger. Alle deltakerne i fokusgruppen påvirker hverandre og situasjonen. Jeg har derfor valgt å benytte begrepet fokusgruppediskusjon i denne oppgaven.

Fokusgrupper skal få frem innsikt av annen karakter, sammenlignet med individuelle intervjuer (Malterud, 2012). Fokusgruppediskusjoner ledes av en moderator (Barbour, 2018). Fokusgruppens moderator har høy grad av involvering (Malterud, 2012). Det er også vanlig å ha med en co-moderator. Co-moderatoren er moderatorens hjelper underveis i fokusgruppen (Malterud, 2012). Det er vanlig at fokusgrupper består av seks til ti deltakere (Malterud, 2012). Det er viktig at det er flere deltakere for å skape diskusjoner og få frem ulike synspunkter. Samtidig er det begrenset hvor mye hver får sagt, dersom det blir for mange deltakere (Barbour, 2018).

Fokusgrupper ble valgt på grunnlag av at pasientene gjennomførte rehabiliteringsforløpet i grupper. Da tok jeg sammen med veileder avgjørelsen om at også deltakelsen i forskningsprosjektet skulle være gjennom gruppeintervju. De fleste aktivitetene på rehabilitering hadde foregått i grupper, så vi vurderte at et gruppeintervju også ville fungere på en god måte. En annen årsak var at deltakerne har deltatt i et felles opplegg, men samtidig kan det tenkes at det kan ha opplevdes svært ulikt mellom deltakerne. Det er med tanke på at alle har ulikt utgangspunkt og bakgrunn. Derfor synes jeg det var interessant å få til fokusgruppediskusjoner, for å få fram diskusjoner med ulike erfaringer og forventninger fra et felles opplegg. Et annet argument for å velge fokusgrupper er at det er praktisk, da får man data fra mange informanter på kort tid. I masterprosjekt var det begrenset med tid, og studiedeltakerne hadde også en hektisk hverdag på rehabiliteringsoppholdet. Det ville gjort det vanskelig å få til avtale med enkeltpersoner.

Ved å benytte fokusgrupper istedenfor individuelle intervju, var tanken å få diskusjoner rundt ulike synspunkt og opplevelser. Dette er diskusjoner som ikke ville oppstått ved individuelle intervju (Flick, 2018). Studiedeltakerne kjente hverandre i forkant av fokusgruppediskusjonene, noe som påvirket gruppedynamikken i fokusgruppen. Det er vanligst og ofte mest hensiktsmessig å ha grupper med fremmede mennesker (Flick, 2018; Malterud, 2012). Det er på bakgrunn av at dersom deltakerne kjenner hverandre godt, kan flere ting bli tatt for gitt. Noe som kan føre til at ting ikke blir fortalt i intervjuet.

3.2 Unicare

Denne masteroppgaven er gjennomført på en rehabiliteringsavdeling i Unicare. Rehabiliteringsavdelingen i Unicare er et rehabiliteringssenter, med tverrfaglig spesialisert rehabilitering. Rehabiliteringssenteret er lokalisert i rolige omgivelser, med turmuligheter i umiddelbar nærhet. Unicare er en del av spesialisthelsetjenestens tilbud i Midt-Norge. De arbeider etter kunnskapsbaserte metoder, for å kunne gi pasientene et best mulig rehabiliteringstilbud. De har flere ulike faggrupper som jobber med rehabiliteringen blant annet lege, psykolog, fysioterapeut, logoped, ergoterapeut, ernæringsfysiolog, sykepleier og sosionom. Det er for å gi pasientene en helhetlig oppfølging gjennom rehabiliteringsoppholdet. Noen deltar på et karleggingsopphold i forkant av rehabiliteringsoppholdet. Kartleggingsoppholdet er for å finne ut av om behandlingstilbudet passer for dem og deres behov.

Rehabiliteringstilbudet som Unicare har er et gruppetilbud for mennesker med muskel- og skjelettplager. Pasientens ønsker, behov og mål er grunnlaget for rehabiliteringsforløpet. Målet med rehabiliteringen er ikke at smertene skal bli borte, men fokuset er å gi pasientene kunnskap og verktøy for å håndtere sine smerter og sin hverdag. Det er et gruppetilbud samtidig som de forsøker å tilpasse på best mulig måte for hver enkelt pasient.

Tilbudet innebærer både gruppetrening, men også individuell oppfølging ut fra egne mål. En viktig del av behandlingen er kognitiv atferdsterapi, som også kalles ACT og er en forkortelse for «Acceptance and Commitment Therapy». Det jobbes helhetlig med et tverrfaglig team. Det vil si at pasientene får oppfølging fra ulike yrkesgrupper. De har fokus på å se hele mennesket gjennom rehabiliteringsforløpet. De tilbyr kognitiv atferdsterapi, fysisk trening, veiledning og undervisning ut fra pasientenes livssituasjon.

Oppholdet består av to uker på rehabiliteringssenteret, to uker hjemme, og avslutningsvis to uker på rehabiliteringssenteret. Hensikten med de to ukene i midten er at pasientene skal prøve ut kunnskapen og verktøyene de har lært i sin naturlige hverdag. På den måten er tanken at de gjør seg noen erfaringer som de kan ha nytte av på siste del av rehabiliteringsoppholdet. Målet med rehabiliteringen er å gi pasienten økt kunnskap og forståelse rundt egen situasjon, samt verktøy for å gjennomføre videre endringsprosesser. Forbedring av funksjon og økt livskvalitet står sentralt. Rehabiliteringsprogrammet har også et ønske om å bidra som motivasjon til videre yrkesaktivitet eller utdanning.

3.3 Forforståelse

Jeg er utdannet ergoterapeut. Min helsefaglige bakgrunn kan ha påvirkning på forforståelsen min på temaet. Som ergoterapeut er jeg opptatt av menneskers ressurser, og har ikke særlig fokus på diagnoser. Jeg er også opptatt av hverdagslivet og meningsfulle aktiviteter. Pasientene med muskel- og skjelettplager kan ha et annet syn, og være mer opptatt av begrensninger og diagnoser. Det jeg ser på som aktiviteter, er ikke sikkert de tenker på som aktiviteter. Min alder og helsefaglige bakgrunn kommer til å ha innvirkning i møte med deltakerne.

Jeg har aldri selv opplevd langvarige muskel- og skjelettplager. Jeg har heller ikke noen i nær relasjon som har levd med muskel- og skjelettplager over tid. Selv om jeg ikke har opplevd smertene selv, har jeg forståelse for at det kan være tøft og at det påvirker hverdagen og livet til pasientene. Samtidig har jeg møtt flere pasienter som sliter med muskel- og skjelettplager gjennom yrket mitt. Mitt fokus er å ha et åpent sinn, og at deres opplevelser er reelle for sitt liv. Her tror jeg min bakgrunn som ergoterapeut vil hjelpe meg, da jeg er vant til å ha bruker i fokus. Brukermedvirkning er noe som står sentralt i ergoterapien, og at bruker er ekspert på eget liv.

3.4 Rekruttering

Det ble gjort en strategisk rekruttering gjennom kontaktpersoner. Studien har et strategisk utvalg som betyr at utvalget har gode forutsetninger for å belyse oppgavens problemstilling (Malterud, 2012). Rekrutteringen av deltakerne gikk gjennom hovedveileder i masterprosjektet og helsepersonellet på Unicare. De ansatte på rehabiliteringssenteret fikk tilsendt informasjon og samtykkeskjema, som de delte ut til pasientene i smertegruppene. Alle pasientene som var en del av rehabiliteringsgruppene for muskel- og skjelettplager på Unicare fikk tilbud om å delta i studien. De ble informert om studien i første del av rehabiliteringsoppholdet. Når de har vært en del av rehabiliteringsgruppen vet man at de mestrer norsk og fungerer i en gruppe. Ut fra det ble det forventet at det ville fungere og inkludere pasientene i en fokusgruppe.

Personalet på Unicare informerte pasientene om prosjektet. Det kan være en fordel at rekrutteringen gikk gjennom personer som pasientene var kjent med og hadde tillit til (Malterud, 2012). Personalet informerte om viktigheten av forskning på temaet. Helsepersonellet på senteret delte ut informasjonsskrivet til alle på gruppen i forkant av intervjuet (Vedlegg 1). På den måten hadde deltakerne mulighet til betenkningstid på å

ta valget om de ønsket å delta eller ikke. Denne rekrutteringsprosessen ble gjort to ganger i løpet av høsten 2022, ut fra når det var smertegrupper på Unicare. Smertegruppene hadde 13 og 15 deltakere. For å tilrettelegge for deltakelse i prosjektet, ble det satt av tid til fokusgruppediskusjon i ukeplanen til pasientene (Malterud, 2012). Hver av smertegruppene på Unicare, ble en egen fokusgruppe.

3.5 Studiedeltakerne

I forkant av fokusgruppediskusjonen svarte deltakerne på et kort spørreskjema. Det bestod av seks spørsmål. Hensikten med spørreskjemaet var å få bakgrunnsinformasjon om hvem deltakerne var. Spørsmålene handlet om blant annet alder, kjønn, smertevarighet og tidligere behandling (se vedlegg 2).

Totalt deltok 15 studiedeltakere, fordelt på to intervjuer med henholdsvis åtte og syv deltakere. Av de 15 deltakerne var tre menn og tolv kvinner. Deltakerne var pasienter som var på rehabilitering for langvarige muskel- og skjelettplager på Unicare. Alderen varierte fra 30 årene til 60 årene. Diagnosene og muskel- og skjelettplagene var ulike for studiedeltakerne. Deltakerne hadde ulike boposisjoner, de aller fleste bodde sammen med noen. Noen bodde med partner, andre med barn og enkelte med både partner og barn. Det var en deltaker som var 100 % i arbeid, ellers varierte det mellom deltid, AAP og ufør. Varigheten på muskel- og skjelettplagene var over fem år for alle. Flertallet av studiedeltakerne hadde levd med muskel- og skjelettplager i over ti år. Alle hadde prøvd noe form for behandling tidligere. Det som gikk igjen var poliklinisk rehabilitering, døgnrehabilitering, kirurgisk inngrep og fysioterapi.

3.6 Datainnsamling

3.6.1 Pilotintervju

Som forberedelse til fokusgruppediskusjonene gjennomførte jeg et pilotintervju på fire medstudenter. Gjennom pilotintervjuet og tilbakemeldinger fra medstudentene, ble jeg gjort oppmerksom på at jeg burde hatt flere oppfølgingsspørsmål klar. Jeg burde også i større grad tørre å gå videre på temaer som kommer opp. Selv om det ikke var en del av intervjuguiden. Det ble tatt lydopptak av intervjuet, slik at jeg i etterkant kunne høre gjennom og lære av gjennomføringen på pilotintervjuet. Ved å høre gjennom opptaket forstod jeg at det jeg underveis i intervjuet opplevde som lange pauser med stillhet, ikke nødvendigvis var så lange likevel.

3.6.2 Gjennomføring av fokusgruppediskusjon

Det ble gjennomført to fokusgruppediskusjoner. Begge fokusgruppediskusjonene var på Unicare, der pasientene oppholdt seg. Intervjuene ble gjennomført i siste del av rehabiliteringsforløpet. Alle deltakerne hadde testet ut å være hjemme to uker i midten

av rehabiliteringen. På fokusgruppediskusjonene var jeg selv moderator og jeg hadde med en medstudent som co-moderator. Som moderator ledet jeg intervjuet, og co-moderator noterte ned hvem som pratet til enhver tid.

Intervjuene var semistrukturerte. Det vil si at intervjuene tok utgangspunkt i en intervjuguide (Kvale & Brinkmann, 2015). Intervjuguiden bestod av seks hovedspørsmål, som alle hadde underspørsmål (se vedlegg 3). Underspørsmålene ble benyttet dersom deltakerne selv ikke kom inn på temaene, og det ikke ble diskusjon ut fra hovedspørsmålet. De ble også benyttet til å stille oppfølgingsspørsmål. Siden studiedeltakerne kjente hverandre fra før var det spesielt viktig at jeg som moderator måtte være ekstra nøye på å stille oppfølgingsspørsmål for å få tilstrekkelig informasjon fra pasientene. Det er på grunn av at de kunne ha felles intern forståelse for noe som jeg eller andre utenforstående ikke forstod.

Vi hadde begrenset tid til intervjuene da deltakerne kom direkte fra trening og skulle rekke middagen like etterpå. I timeplanen deres var det satt av en time. Selve intervjuene varte i 55 minutter og 62 minutter. Det ble servert frukt, kaffe og lefser under intervjuene. Diskusjonen i begge fokusgruppene hadde god flyt, og deltakerne diskuterte ulike erfaringer, forventninger og synspunkter.

3.6.3 Transkripsjon

Intervjuene ble anonymisert samtidig som de ble transkribert gjennom at jeg unngikk å bruke deltakernes navn eller andre personidentifiserende opplysninger. Deltakeroversikt ble lagret separat fra transkripsjonen. Lydopptakene fra fokusgruppene ble transkribert ordrett. Selv om alle informantene snakket med dialekt, ble transkripsjonen skrevet på bokmål. Sitater som er benyttet i oppgaven er skrevet om til riktig norsk grammatikk.

3.7 Refleksiv tematisk analyse

Analysen som ble benyttet var refleksiv tematisk analyse. Tematisk analyse er hensiktsmessig for å identifisere ulike mønstre og temaer som kommer frem i kvalitative forskningsintervju (Braun & Clarke, 2022; Flick, 2018). Tematisk analyse fungerer godt til å analysere fokusgrupper, da det i denne type intervju ofte kommer frem flere ulike temaer som blir diskutert ut fra forskjellige synsvinkler. Refleksiv tematisk analyse fokuserer på den sentrale rollen forskeren har i analyseprosessen (Braun & Clarke, 2022). Refleksivitet går ut på å gjennom hele forskningsprosessen reflektere rundt antakelser, forventninger, valg og handlinger (Braun & Clarke, 2022).

Den refleksive tematiske analyseprosessen består av seks faser (Braun & Clarke, 2022). Den første fasen er å gjøre seg kjent med dataene, fase to går ut på å starte å kode dataene (Braun & Clarke, 2022). I den tredje fasen søkes det etter temakoder, deretter skal man i fjerde fase utvikle temaer og gå gjennom datamaterialet. I den femte fasen skal man finne, definere og navngi temaene. Den siste fasen går ut på å skrive og produsere tekst (Braun & Clarke, 2022). Fasene er ikke klart adskilte fra hverandre, noe jeg selv erfarte i prosessen. Det er en prosess som går frem og tilbake, og av og til stod jeg mellom to faser, eller i to faser samtidig.

Refleksiv tematisk analyse er en variant av tematisk analyse, men man kan gjøre refleksiv tematisk analyse på flere måter (Braun & Clarke, 2022). For eksempel kan man ha ulik orientering til koding. Den kan være induktiv eller deduktiv, eller en kombinasjon av dem. Ved induktiv koding er kodingen data drevet, men ved deduktiv koding er den forsker eller teori drevet (Braun & Clarke, 2022). Kodingen kan også være semantiske eller latente. Semantiske koder holdes nært til studiedeltakernes språk, mens latente koder går dypere (Braun & Clarke, 2022). Analysemetoden tilbyr forskeren mye fleksibilitet. Derfor er det viktig at forsker er aktiv, engasjert og tenker gjennom tilnærmingen som blir valgt (Braun & Clarke, 2022). Det er heller ikke klare regler eller rigide steg som må følges i en refleksiv tematisk analyse, men det er noen prinsipper og en prosess man må ta stilling til (Braun & Clarke, 2022).

Forskers subjektivitet er et sentralt verktøy for refleksiv tematisk analyse, og noe som er viktig å ta hensyn til og bør brukes som en ressurs (Braun & Clarke, 2022). Analysing og tolkning av data kan ikke være korrekt eller objektiv i kvalitativ forskning (Braun & Clarke, 2022). En datamaskin har ikke mulighet til å gjøre kvalitative analyser for oss, de klarer ikke gjøre tenkingen som kreves på samme måte som en person kan (Braun & Clarke, 2022).

3.7.1 Analyseprosessen

Det første jeg gjorde for å komme i gang med analyseprosessen var å skrive ut transkripsjonene med stor linjeavstand, slik at det var mulig å notere på papiret. Deretter leste jeg gjennom transkripsjonen av begge intervjuene, og notert enkelte kommentarer med tanker som oppstod underveis i gjennomgangen. I tillegg hørte jeg gjennom lydopptakene til begge intervjuene på nytt, mens jeg også her noterte ideer underveis. Det ble gjort for å fordype meg i dataene, samtidig som jeg også prøvde å ha en kritisk holdning underveis (Braun & Clarke, 2022). Da ble jeg gjort oppmerksom på at mange deltakere muligens egentlig snakker om aktivitetsbalanse selv om ingen bruker begrepet. Det er ikke noe jeg fikk svar på så tidlig i analysen, men tanker som dukket opp. Bakgrunnen min som ergoterapeut har mest sannsynlig en påvirkning på hvorfor jeg tolker dataene på den måten.

I første fase av analysen var det en stor fordel at jeg selv gjennomførte intervjuene og transkriberingen. Av den grunn hadde jeg allerede god kjennskap til dataene før selve analyseprosessen startet (Braun & Clarke, 2022). Før jeg avsluttet første fase, skrev jeg oppsummerende kommentarer felles for begge intervjuene. Oppsummeringen var med konkrete tanker og nøkkelpunkter jeg satt igjen med etter fordypningen i dataene.

Andre fase av analysen er å starte på kodingen av datamaterialet. En utfordring som oppstod var usikkerhet rundt hvor brede eller konkrete kodene skulle være. I følge Braun and Clarke (2022) er det ikke et konkret fasitsvar på det, men må vurderes ut fra forskningsspørsmålet. Kodingen tok utgangspunkt i en induktiv tilnærming til dataene (Braun & Clarke, 2022). Det var for å få frem deltakernes erfaringer og perspektiver. Samtidig vil alltid subjektiviteten påvirke, så det vil aldri bli fullstendig induktivt. Subjektiviteten er dog en styrke i refleksiv tematisk analyse (Braun & Clarke, 2022). Kodingen tok også utgangspunkt i semantiske koder. Semantiske koder innebærer å utforske mening på overflaten av dataene og de er ofte nært deltakernes språk. Jeg kodet hele datamaterialet grovt først, før jeg gikk gjennom alt flere ganger etterpå.

I tredje fase var hensikten å søke etter temakoder. Her endret fokuset seg fra et mikroperspektiv til et mer makroperspektiv (Braun & Clarke, 2022). Det var i denne fasen jeg så helheten i datamaterialet. Her fant jeg mønster med mening i datasettet. For å ta fatt på denne oppgaven samlet jeg de like kodene, med tilhørende datamateriale i en ny tabell. Det var for å få oversikt over hvilket datamateriale som tilhørte de ulike kodene. Når kodene var samlet, ble det totalt 203 koder. Videre anbefaler Braun and Clarke (2022) å lage tankekart for å se og strukturere dataene. Det gjorde jeg og det bidro til å starte en tankeprosess på mulige temaer, hvordan temaene hang sammen og for å starte å få en helhet i analysen. Tankekart var et verktøy som bidro til å bedre min analytiske forståelse.

Tredje fase endte med ni foreløpige temakoder. De foreløpige temakodene var tanker rundt rehabiliteringsforløpet, erfaringer rundt deltakelse i gruppetilbud, henvisningsprosessen/kartleggingsopphold, utbyttet av rehabiliteringen, meningsfull hverdag/aktivitetsbalanse, støttespillere, endringsprosess, oppfølging/veien videre og ulike forutsetninger og behov. Etter at disse var utarbeidet, startet jeg å skrive ut resultatene.

Fase fire i analysen handlet om å gå gjennom kvaliteten til grupperingene fra fase tre, og undersøke om det var mulighet for bedre mønsterutvikling (Braun & Clarke, 2022). Her fokuserte jeg på validiteten til temaene fra forrige fase. Jeg jobbet for at hvert tema skulle ha sitt eget fokus, grenser og at temaene ikke skulle gå inn i hverandre. Det er noe Braun and Clarke (2022) presiserer for fase fire. Jeg forstod at mine temaer ikke oppfylte kravene om å være avgrenset og ikke overlappende hverandre, og jeg måtte derfor se nærmere på temaene jeg hadde utviklet.

Siden jeg hadde skrevet ut resultatene ut fra de ni temakodene i fase tre, ble det tydelig at flere temaer handlet om det samme. De foreløpige temaene, gikk inn i hverandre og hadde ikke tydelige grenser og fokus. De var ikke levedyktige temaer (Braun & Clarke, 2022). De ni temakodene fra fase tre ble derfor redusert til tre temaer. De tre temaene var: det var viktig med individuell oppfølging for å føle seg ivaretatt, informasjon om rehabiliteringstilbudet bedret utbyttet av rehabiliteringen og mål om en meningsfull hverdag. Senere fant jeg ut at erfaringene rundt deltakelse i gruppetilbud forsvant litt i de ulike temaene, og at det kom overlappende informasjon om det under flere temaer. Derfor fant jeg ut at jeg ville gå tilbake og ha det som et hovedtema. Da ble det fjerde hovedtemaet: Gruppetilbudet påvirket rehabiliteringsforløpet.

I analysefase fem er presisjon viktig, her skulle temaene navngis og defineres (Braun & Clarke, 2022). Temanavnene skal fange oppmerksomhet. Samtidig må de ikke villedde leser, og de må også være informative (Braun & Clarke, 2022). Temaene måtte ha navn som dekket innholdet. Det var en lang prosess for å navngi temaene, slik at de var dekkende og fortalte noe. Jeg startet å produsere tekst før definisjonene og navnene på temaene var klare. På den måten ble undertemaene tydelige og alle hovedtemaene fikk undertemaer. De endelige hovedtemaene ble: Å føle seg ivaretatt under hele rehabiliteringsprosessen var viktig for utbyttet av rehabiliteringen, Gruppetilbudet påvirket rehabiliteringsforløpet, Kunnskap om rehabiliteringstilbudet bedret utbyttet og En meningsfull hverdag var målet med rehabiliteringen.

I den sjette og siste fasen av analysen ble teksten for alvor produsert. Skrivning er en nøkkelfaktor i analyseprosessen i refleksiv tematisk analyse (Braun & Clarke, 2022). Analysen ble produsert underveis mens jeg skrev. Selve skrivingen startet jeg med

tidligere i analyseprosessen. Mye av det som ble skrevet tidligere i analyseprosessen ble endret og justert på i etterkant.

3.8 Etikk

Det er viktig å ha fokus på etiske problemstillinger som kan oppstå i masterprosjektet (Ruyter et al., 2014). Masterprosjektet har blitt godkjent av Norsk Senter for Forskningsdata (NSD), og har referansenummeret: 586304 (se vedlegg 4). Prosjektet ble gjennomført i samarbeid med to veiledere fra NTNU og med god hjelp fra personalet på Unicare.

Masterprosjektet har fokus på et frivillig informert samtykke, ved at deltakerne fikk skriftlig informasjon i forkant av prosjektet. Dermed hadde deltakerne tid til å avgjøre om de ønsket å delta. Informasjonen gikk gjennom andre enn forskeren, som hadde til hensikt å bidra til at deltakerne ikke følte seg presset til å delta. På den andre siden kan noen ha opplevd at det er noe de bør delta på når personalet oppfordrer til det. For å forhindre at noen følte seg presset til deltakelse ble det informert om at det ikke hadde noen konsekvenser for rehabiliteringsforløpet dersom de valgte å ikke delta. De hadde også tid til å vurdere deltakelsen over en lengre periode, siden de fikk informasjonen ei stund før intervjuene. De hadde muligheten til å trekke seg når som helst underveis i prosjektet. Dersom deltakerne kom inn på et tema, og jeg for eksempel hadde spurt enkeltpersoner direkte om hva de tenkte om det. Kan det muligens ha opplevdes ubehagelig for noen.

I kvalitativ forskning er det spesielt viktig med anonymisering. Informasjonen som fremkommer i fokusgruppene ble anonymisert, og lagret i NICE-1 som er NTNUs sikre fillagringsområde. Samtidig er det alltid en risiko for at enkeltdeltakere kan kjennes igjen ut fra informasjonen de deler. Det ble gjort flere tiltak for at anonymiseringen skulle bli så god som mulig. Sitatene ble merket med studiedeltaker og nummer, og det var for å unngå at de skulle gjenkjennes. Det ble vurdert at det var dårlig anonymisering dersom jeg for eksempel hadde brukt kjønn og alder, med tanke på at det var få menn som deltok. Da kunne studiedeltakerne lettere blitt gjenkjent av andre. Det ble heller ikke presisert hvilket rehabiliteringssenter studiedeltakerne var på eller når de var der. Det var for å ivareta anonymiteten til studiedeltakerne.

4.0 Resultater

I dette kapitlet vil problemstillingen besvares. Resultatene er organisert i fire hovedtemaer, og alle har flere undertemaer. Hovedtemaene er: Å føle seg ivaretatt under hele rehabiliteringsprosessen var viktig for utbyttet, Gruppetilbudet påvirket rehabiliteringsforløpet, Kunnskap om rehabiliteringstilbudet bedret utbyttet og En meningsfull hverdag var målet med rehabiliteringen.

4.1 Å føle seg ivaretatt under hele rehabiliteringsprosessen var viktig for utbyttet

Det første hovedtemaet handler om viktigheten av å føle seg ivaretatt under oppholdet og i etterkant av oppholdet. To sentrale faktorer for at studiedeltakerne følte de ble ivaretatt var den individuelle tilnærmingen, og at det var en plan for veien videre etter rehabiliteringsoppholdet. Studiedeltakerne hadde ulike forutsetninger og behov for deltakelsen på døgnrehabiliteringsoppholdet. Derfor hadde de også ulike behov og forventninger til hvordan de følte seg ivaretatt.

4.1.1 Ulike forutsetninger og behov krevde individuell oppfølging

Personene som deltok i rehabiliteringstilbudet på Unicare opplevde at de hadde ulike forutsetninger og behov. De var ulike individer som hadde behov for ulike tilnærminger i rehabiliteringsforløpet. Studiedeltakerne mente det hadde vært bra at det hadde vært et variert tilbud, da hadde alle funnet noe som var nødvendig, relevant og lærerikt for dem. Noen hadde best utbytte av den teoretiske undervisningen, mens andre hadde best utbytte av den fysiske treningen. Den fysiske treningen var også organisert slik at den var tilrettelagt for flere nivåer. På den måten opplevde alle at de fikk godt utbytte av felles treningsøkter. En av studiedeltakerne uttrykte det slik:

Også tror jeg det er store forskjeller på hva vi har behov for. Noen har kanskje behov for å finne rett treningsmåte eller treningsmetode, mens andre har mer behov for mer sånn psykisk. I forhold til verdier og tankesett og handlingsmønster og litt andre ting. (Studiedeltaker 8)

Det at deltakerne fikk tilpasset treningene etter sitt nivå, bidro til at de fleste av studiedeltakerne fikk muligheten til å oppleve mestring. Mange av studiedeltakerne var vanligvis ikke så aktive i hverdagen. Flere opplevde å få motivasjon til å videreføre treningen i hverdagen i etterkant av rehabiliteringsoppholdet. Andre fant ut at de måtte sørge for å tilpasse treningen, også etter oppholdet for at de skulle mestre fysisk aktivitet over tid. På rehabiliteringsoppholdet fikk hver person tilpasset treningen ut fra sitt nivå. Tidligere hadde flere av studiedeltakerne deltatt på ordinær gruppetrening, som de opplevde ble for hardt for dem. Det hadde resultert i at de droppet treningen fullstendig. I løpet av rehabiliteringsoppholdet innså flere at trening er for alle, og at det har en positiv effekt når en tilpasser treningen til egne forutsetninger.

I starten av rehabiliteringsforløpet hadde flere av deltakerne som ikke hadde deltatt på kartleggingsopphold, negative erfaringer med rehabiliteringsoppholdet. Opplegget mente de ikke var individuelt tilpasset, og de følte ikke at de hadde påvirkningskraft på opplegget og hverdagen på døgnrehabilitering. Utover i rehabiliteringsforløpet opplevde flere av studiedeltakerne at tilbudet forbedret seg. De opplevde at de ble hørt og det bidro til bedre oppfølging. Totalt sett ble det et vellykket rehabiliteringsopphold for deltakerne, og generelt var de fornøyde med oppholdet. De opplevde at det var nyttig for dem, og at de fikk individuell hjelp for å gjøre sin hverdag best mulig.

Studiedeltaker 2: Hadde reist på nytt igjen hvis jeg hadde fått tilbudet.

Studiedeltaker 4: Absolutt.

I rehabiliteringen ble studiedeltakerne tilbudt individuelle samtaler som en del av behandlingen. Hver deltaker hadde en primærkontakt under hele forløpet. Primærkontakten sørget for at de fikk ivaretatt sine behov, i forhold til hvilke teori og trening de hadde utbytte av å lære om. Studiedeltakerne følte seg også ivaretatt i perioden hjemme i midten av rehabiliteringsoppholdet, da de fikk telefonsamtaler fra primærkontakten sin på Unicare. Det var en påminnelse og forpliktelse til at de måtte gjøre jobben også når de var hjemme. Samtidig opplevde flere at det var store forskjeller på hvor god hjelp de fikk av primærkontakten sin. Mange av studiedeltakerne var godt fornøyd med egen primærkontakt, men de fortalte at de hadde snakket med andre pasienter som opplevde dårlig oppfølging.

Studiedeltakerne mente det burde vært høyere krav til hvem som kunne være primærkontakt. De mente at de som var primærkontakt og skulle ha individuelle samtaler med dem trengte å ha erfaring. Deltakerne opplevde at det var unaturlig å prate og åpne seg for unge mennesker som akkurat var ferdig utdannet, når de selv har jobbet mange år og har mye livserfaring. Det ble foreslått at det kunne vært en lærlingperiode for å bli primærkontakt. Personalet kunne vært med en periode og observert for å få innblikk i hva rollen faktisk innebærer, før de selv fikk ansvaret som primærkontakt. Siden flere av deltakerne kom med vanskelige opplevelser var det viktig at de følte seg trygg i en samtalesetting. Det at studiedeltakerne hadde opplevd vanskelige hendelser handlet om at de hadde vært plaget med smerter over mange år, og i tillegg hadde flere opplevd traumer i livet. Det var tøft å åpne seg og fortelle om egne opplevelser, samtidig som det gjorde godt dersom de følte at de ble hørt og trodd. Det at det er en utenforstående som kan høre og bekrefte tankene, lettet byrden for studiedeltakerne.

Det er jo bestandig godt å komme å få tømt hode en annen plass en de vante plassene eller ingen plass. (Studiedeltaker 9)

Studiedeltakerne opplevde at den individuelle oppfølgingen bidro til at personalet kunne tilpasse tilbudet etter de ulike behovene de hadde. Ofte var det familie og andre nære studiedeltakerne vanligvis åpnet seg for, og dermed var det for noen litt skremmende å åpne seg for fremmede personer. Etter hvert opplevdes det godt, selv om det samtidig kunne være litt vondt. Det var vondt for noen av deltakerne å åpne opp om tidligere opplevelser som de hadde opplevd som vanskelige. Da måtte de se tilbake på hendelser de hadde prøvd å legge bak seg. Samtidig viste de at oppholdet på døgnrehabilitering hadde en slutt, og da måtte de igjen vente på nye behandlingstilbud. Det gjorde at de følte de måtte starte prosessen på nytt igjen senere.

En utfordring for personalet på Unicare var at pasientene kom med svært ulike forventninger til rehabiliteringen. Det betydde at det var vanskelig å tilfredsstille alle ønsker. Behandlingen opplevdes også veldig ulikt mellom deltakerne. Det tenkte studiedeltakerne kunne skyldes at alle kom med forskjellig livserfaringer og var ulike steder i sykdomsforløpet. På den måten så de for seg at tidligere erfaringer og opplevelser hadde påvirkning på hvordan de opplevde nye ting. En av studiedeltakerne forklarte de ulike erfaringene slik:

Også er vi forskjellig alder og forskjellig livserfaringer og, såå jeg tror vi opplever ting veldig forskjellig de samme tingene [...] Men det er mye bra, det er det. Det er bare at man opplever ting forskjellig. (Studiedeltaker 14)

Studiedeltakerne uttrykte forståelse for at det var vanskelig å tilpasse rehabiliteringen slik at alt var optimalt for alle. De opplevde at gruppen bestod av veldig ulike mennesker, som samtidig hadde felles problematikk. Derfor hadde mange bruk for mye av det samme, samtidig som de samme tingene også ble oppfattet ulikt. Det de lærte var ikke like hensiktsmessig for alle, ut fra hvilke problemer de opplevde i sin hverdag. For eksempel var det mye fysisk trening, men noen hadde allerede god kontroll på treningen og hadde heller hatt et større behov for andre strategier for å gjøre hverdagen bedre. Hverdagene deres var veldig ulike, og de trengte verktøy og kunnskap om ulike situasjoner i hverdagen.

4.1.2 Videre oppfølging var viktig for at deltakerne følte seg ivaretatt

Det var mye spenning og usikkerhet for studiedeltakerne, rundt hva som tilbys etter endt rehabilitering. Samtlige av deltakerne opplevde at de hadde behov for videre oppfølging. Samtidig visste de ikke nok om hva som tilbys eller hvilke muligheter de hadde for veien videre. Studiedeltakerne uttrykte at det var ønskelig med et lengre rehabiliteringsforløp, for eksempel med et nytt opphold etter ei stund hjemme. De fortalte at et nytt opphold hadde opplevdes motiverende for dem ved at de hadde hatt noe å se frem til. Samtidig opplevde de at det hadde vært en forpliktelse, til å jobbe videre etter rehabiliteringsoppholdet de var på under intervjuet. Da måtte de faktisk fortsatt prosessen på egenhånd, siden de hadde kommet tilbake og måtte delt fra sin prosess. Derfor måtte de gjøre jobben, også over lengre tid. Et nytt opphold kunne gitt de mulighet for veiledning når de stod midt i prosessen. En deltaker forklarte hva hen tenke om muligheten for et nytt rehabiliteringsopphold:

Så å ha fått en sånn, kanskje nesten mer litt sånn som en liten forpliktelse da. At vi om seks måneder så skal vi tilbake og se på hvordan det har gått liksom. Det tror jeg hadde vært....Det hadde vært en slags motivasjon, spør du meg. (Studiedeltaker 14)

Mange hadde unngått å tenke på at rehabiliteringsforløpet avsluttes brått, og følte seg ikke forberedt til å stå på egne bein. Samtidig hadde de gjort mindre forberedelser i rehabiliteringsforløpet som å sette mål for veien videre, og ha fokusområder for hjemkomsten. De følte ikke at de hadde hatt fokus på at det skulle være en overgang, samtidig hadde de fortsatt ei uke igjen på rehabilitering når intervjuene ble gjennomført. Det var utfordrende for de å tenke på hvordan overgangen faktisk ville bli. Da de var hjemme 14 dager i midten av rehabiliteringen var det en travel hverdag som møtte dem,

som de ikke helt klarte å holde følge med. Da var det for flere av studiedeltakerne viktig at de hadde et nytt opphold å se frem til. Nedenfor er et eksempel på en samtale om overgangen tilbake til hverdagen etter endt rehabiliteringsopphold:

Studiedeltaker 8: *Jeg har ikke forberedt meg i hele tatt jeg.*

Studiedeltaker 4: *Jeg skulle si er vi forberedt?*

Studiedeltaker 8: *Bare hopper uti.*

Studiedeltakerne tenkte at det ikke hadde krevd så mye for at de skulle følt seg ivaretatt også etter endt rehabiliteringsopphold. En form for jevnlig kontakt tenkte de hadde vært positivt. Dersom et nytt opphold hadde vært aktuelt, hadde det heller ikke vært behov for å være der over 14 dager slik de har vært nå. Det hadde vært til stor hjelp om det bare var ei uke. Nå må de kontakte og organisere videre oppfølging på egenhånd, noe de opplevde som krevende i en allerede slitsom prosess. Nedenfor kommer et utdrag fra diskusjonen om videre oppfølging fra ei av fokusgruppene:

Studiedeltaker 6: *Det hadde vært greit med ei uke til litt senere. Etter ei stund ja.*

Studiedeltaker 3: *Det hadde vært nok med ei uke.*

Studiedeltaker 6: *Jeg tror vi hadde fått mere ut av det da. Enn vi får nå når vi skal hjem om ei uke.*

Deltakerne organiserte videre oppfølging med fastlege, nav, fysioterapeuter, psykologer og psykiatrisk sykepleiere selv. Noen fikk også litt bistand fra primærkontakten sin. Det primærkontakten hadde bistått studiedeltakerne med var å tipse om hva som var hensiktsmessig for veien videre. Noen primærkontakter hadde også kontaktet fysioterapeut eller andre fagpersoner som studiedeltakerne skulle ha videre oppfølging av. De som hadde fått bistand fra primærkontakten hadde opplevd at det var nyttig. Da slapp de å forklare alt de har vært gjennom og primærkontakten letter litt av overgangen for dem.

Fastlegen var viktig for mange av studiedeltakerne, med tanke på veien videre. De fleste hadde bestilt legetime til de kom hjem. De så for seg at legen kunne bistå i overgangen fra rehabilitering og tilbake til hverdagen. Deltakerne tenkte at fastlegen kunne bistå i valg av videre oppfølging. En av deltakerne som hadde legetime klart til hjemkomsten, forstod ikke helt hva som skulle komme ut av timen. Deltakeren hadde kun gjort det siden fastlegen hadde anbefalt det. Andre hadde ikke avklart hva de skulle etter endt rehabilitering. Men for alle var det ønskelig å i det minste fått mer informasjon om veien videre, og hvilke muligheter de hadde. Dette ønsket ble uttrykt av en studiedeltaker på denne måten:

Jeg har jo hatt et ønske om at de kunne ha tatt inn litt ekspertise før vi dro hjem i forhold til alt i fra NAV til hjelpemiddelsentralen eller hva det måtte være?

(Studiedeltaker 14)

Et annet forslag som kom frem for å gjøre overgangen best mulig var at det hadde blitt organisert en lokal oppfølging, som hadde kunnskap om rehabiliteringsforløpet de hadde deltatt i. En av studiedeltakerne foreslo at den lokale oppfølgingen gjerne kunne vært etablert allerede til den 14 dagers pausen de hadde hjemme i midten av rehabiliteringen. Det kom ikke frem hvem som skulle organisere en eventuell lokal oppfølging, og heller ikke hva den skulle bestå av. Deltakerne opplevde at dersom de hadde fått oppfølging hjemme, hadde de følt seg bedre ivaretatt. Flere av deltakerne sa seg enige i at det hadde vært bedre.

En utfordring studiedeltakerne opplevde med at det var en brå avslutning på oppfølgingen, var at de rippet opp i vanskelige ting som de ikke fikk fullført. Når de vanskelige opplevelsene ble tatt opp i samtaler under oppholdet åpnet det sår. De opplevde at sårene ikke heles på så kort tid. Da kan det bli utfordrende for deltakerne å åpne seg for noen nye etterpå, når de har erfaring med at oppfølgingen ikke fullføres.

Og det der er jo både bra og dårlig da, fordi at de åpner jo sår også skal vi hjem etter fire uker, så egentlig er det ingenting mer. Det er en telefonsamtale og det hjelper så lite hvis de har revet av plasteret og det blir et stort sår som står og blør liksom. Også har du ikke noe mer oppfølging så må du vente på time til fastlegen også må du kanskje henvises videre da også er det ventetid og også går tiden da. (Studiedeltaker 6)

Dersom det går lang tid før deltakerne får videre oppfølging, tenker de at det kan bidra til økt terskel for å dele vanskelige tanker. Det var krevende for de å dele, så når de først gjorde det mener de at det burde blitt fulgt opp til de hadde bearbeidet det. Motivasjonen deres for å ta opp igjen problemene sine tenkte de ville blitt lavere i løpet av en eventuell venteperiode.

4.2 Gruppetilbudet påvirket rehabiliteringsforløpet

Døgnrehabilitering i gruppe påvirket rehabiliteringsforløpet til studiedeltakerne. De opplevde både fordeler og ulemper ved å være en del av et gruppetilbud. Tilbudet skapte fellesskap mellom deltakerne og det opplevdes godt å bli forstått av andre i samme situasjon. De delte mye informasjon med hverandre innad i gruppen. På den andre siden opplevde de i enkelte sammenhenger at de var for mange i gruppen.

4.2.1 Gruppetilbudet skapte fellesskap

Deltakelse i et gruppetilbud opplevdes positivt for studiedeltakerne. Begge gruppene hadde vært en sammensveiset gjeng, noe som hadde hatt stor betydning for trivselen på oppholdet. Gruppetilbudet hadde bidratt til et fellesskap der deltakerne møtte andre i samme situasjon. Det at de fikk møte andre i samme situasjon var viktig. For noen opplevdes det trøstende da de så at de ikke var alene. De så at det var flere som forstod dem, og også hadde mange av de samme utfordringene. En av deltakerne reflekterte rundt gruppetilbudet på denne måten:

Vi har vært veldig heldig med gruppen vår vil jeg vel si. Vi har jo vært en gjeng, selv hvor forskjellig vi er så har vi klikket veldig godt ilag. Og det, derfor tror jeg vi sitter igjen med at det er positivt som gruppe. Men vi kunne jo risikert og komme sammen med folk som man ikke klikker sammen med. Og da blir det mye frustrasjon når man er sliten. Så det vil vel sikkert være forskjellig. Jeg tror at det jeg har hørt av alle sammen er at vi har hatt det veldig bra som gruppe. (Studiedeltaker 14)

Studiedeltakerne fant trøst og støtte ved å dele livserfaringer, og opp- og nedturer med hverandre. Når alle hadde langvarige muskel- og skjelettplager som påvirket hverdagen

og livet skapte det en felles forståelse. De hadde selv kjent det på kroppen, og forstod hverandre godt uten å måtte utdype problemene. Deltakelse i døgnrehabilitering hadde vært positivt med tanke på samholdet i gruppen. Da var deltakerne sammen selv etter at det organiserte opplegget var ferdig, og de ble derfor godt kjent med hverandre.

Deltakerne opplevde at det var annerledes å ha usynlige sykdommer og skader sammenlignet med synlige sykdommer og skader. De opplevde at andre mennesker rundt dem ikke forstod smertene og skadene de ikke kunne se. Det var godt for deltakerne å være rundt mennesker som forstod situasjonen deres. Når de opplevde at de ble forstått, var det lettere å være seg selv. Det at deltakerne i gruppetilbudet hadde forståelse for situasjonen til hverandre bidro positivt til fellesskapet. Rundt andre mennesker følte de at med en gang det var en bandasje eller lignende fikk de mye større forståelse fra dem. Det oppleves vanskelig å ikke bli forstått, og spesielt når de opplevde å ikke bli tatt på alvor og trodd. Flere av studiedeltakerne hadde de samme opplevelsene rundt dette, og de satte pris på å kunne dele erfaringer med hverandre. Nedenfor er et eksempel på hvordan det oppleves å leve med en usynlig sykdom.

Men det er noe helt annet (med synlig skade), da jeg kom uten fatle og gikk inn på jobben på besøk. Så bare å ja du er bra nå. Det er jo sånn folk ser på usynlige skader tror jeg. Når en ikke ser det så er det vanskelig å forstå [...] Men når jeg tok den av (fatle) så trodde alle at jeg var bra. Det er veldig stor forskjell på å bruke den og ikke bruke den. (Studiedeltaker 15)

4.2.2 Deling av informasjon innad i gruppen

Det var lange geografiske avstander mellom hjemstedene til studiedeltakerne. Avstandene var noe de tenkte kunne være positivt med tanke på at det kunne være lettere å åpne seg for noen de ikke møtte på lokalbutikken til vanlig. Det var en trygghet da de på den måten unngikk at informasjonen ble delt til noen kjente eller bekjente, eller at rykter spres på hjemstedet deres. På den andre siden kunne deltakerne hatt bedre utbytte av hverandre dersom de kunne møttes jevnlig i etterkant av rehabiliteringen. De så for seg at de kunne støttet og veiledet hverandre. Det tenkte de kunne vært en motivasjonsfaktor, da de ville følt seg forpliktet til å opprettholde endringene etter endt rehabiliteringsopphold. Flere av studiedeltakerne opplevde at de hadde fått venner for livet. Men at det var synd at de bodde så spredt. Det begrenset den daglige kontakten, og hindret at de kunne fortsette å gjøre aktiviteter sammen.

Å delta i et gruppetilbud på døgnrehabilitering var krevende og utmattende. Det at de hele tiden måtte være påskrudd og ha fokus tæret på kreftene. Etter 14 dager på døgnrehabilitering, var pausen hjemme viktig for å samle krefter og forberede seg til neste opphold. En annen faktor som var krevende var at teoriundervisningen hadde lang varighet. Det førte til at studiedeltakerne ikke følte at de fikk optimalt utbytte av undervisningen. Som igjen førte til at de mistet nyttig kunnskap, som de kunne hatt nytte av senere. Samtidig var det mange deltakere i undervisningen, som bidro til at det var vanskelig å åpne seg og dele. En studiedeltaker beskrev gruppestørrelsen på ACT timene slik:

Ulempen er vel på de ACT timene at vi er så mange. 15 stykker på en sånn ACT time, det er litt vanskelig. Det er lettere å snakke når vi er syv. Vi ser jo bare nå,

vi snakker ikke så mye på det der til sammen på de tre ukene vi har vært, som vi har gjort nå. (Studiedeltaker 13)

Dersom gruppene hadde vært mindre kunne det forbedret tilbudet. Det kunne senket terskelen for å tørre å dele og snakke høyt foran resten av gruppen. Ut fra sitatet over ser vi at de erfarte at det var lavere terskel for å dele, da de var rundt halvparten av gruppen fra gruppetilbudet i fokusgruppen.

4.3 Kunnskap om rehabiliteringstilbudet bedret utbyttet

For best mulig utbytte av rehabiliteringen var det hensiktsmessig med kunnskap om rehabiliteringstilbudet. Informasjon i forkant av rehabiliteringen bidro til at studiedeltakerne stilte forberedt til rehabiliteringen. På rehabiliteringsoppholdet var det viktig at det ble gitt tydelig informasjon. For å få utbytte av kunnskapen i etterkant var det fra deltakernes side ønskelig med et bibliotek for å lagre teorien og verktøyene de lærer. Det var viktig å dele informasjonen innad i gruppen.

4.3.1 Hensiktsmessig med forventningsavklaring ved henvisning

Det var ulikt hvilke forberedelser deltakerne hadde gjort og fått tilbud om i forkant av rehabiliteringen. Noen hadde deltatt på et kartleggingsopphold i forkant av selve rehabiliteringen. På kartleggingsoppholdet ble det vurdert om det var rehabilitering de hadde behov for. Kartlegging hadde en positiv effekt på rehabiliteringen, for deltakerne som hadde deltatt på kartleggingsopphold. Da stilte de bedre forberedt, og visste mer om hva opplegget gikk ut på. Det bidro også til bedre utbytte av oppholdet på Unicare. De som ikke hadde deltatt på kartlegging, kom med andre forventninger til rehabiliteringen. En forventning de opplevde ikke ble møtt var at de på rehabiliteringen skulle få fysisk behandling. For eksempel at de skulle få massasje av fysioterapeutene. Flere ble skuffet da opplegget ikke samsvarte med forventningene, og det krevdes omstilling for å komme inn i opplegget og faktisk få utbytte av oppholdet. En av deltakerne som hadde vært på kartlegging delte sin erfaring:

Jeg opplevde det litt annerledes egentlig. Men nå er det noen her som har vært på kartleggingsopphold først. Ei uke. Også er det andre som ikke har vært det. Jeg var på kartlegging. Så jeg viste litt mer hva jeg gikk til, når jeg kom tilbake på det her oppholdet. (Studiedeltaker 4)

Det var ønskelig å få bedre informasjon ved henvisningen. Mye av informasjonen studiedeltakerne fikk ved henvisning opplevde de at ikke stemte med deres egne erfaringer fra rehabiliteringsoppholdet. De trodde opplegget var annerledes enn det var, og noen opplevde også at det var annerledes fra behandlingsopplegg de hadde deltatt på tidligere. Deltakerne tenkte at desto mer de vet på forhånd, desto bedre blir oppholdet og utbyttet av oppholdet. En studiedeltaker fortalte:

Det som jeg og skulle si, jeg tror kanskje at det som er viktig er at leger og de som eventuelt henviser oss hit. At de er mer informert om hva det er, så de kan fortelle oss hva vi går til før vi kommer. (Studiedeltaker 14)

Flere opplevde at legene som henviste dem, ikke selv var klar over hva oppholdet bestod av. Mange av deltakerne måtte selv lese seg opp, og den informasjonen de fikk var gjennom internett og nettsidene til Unicare. Noen av studiedeltakerne tok selv initiativ til oppholdet, etter å ha hørt andre med gode erfaringer derfra, og måtte informere legen sin om tilbudet. Det var også viktig at rehabiliteringsoppholdet ikke ble for lenge etter kartleggingsoppholdet. Noen av studiedeltakerne var desperate etter hjelp og de kunne mistet motivasjonen dersom det ble for lang tid mellom oppholdene.

Det var ulike tanker om hvor langt rehabiliteringsopphold som var optimalt. Noen ønsket ikke lengre opphold av gangen enn 14 dager slik det var. Da så de for seg at de ville blitt mer nedbrutt enn gevinsten de får, og at de vil kjenne på et stort savn for hverdagen og de hjemme. Andre så for seg at et lengre opphold ville gjort kroppen bedre rustet til hverdagen etterpå. Det ble argumentert med at det tar tid å bygge seg opp både fysisk og psykisk. Siden det var uenighet mellom studiedeltakerne ble det foreslått at det kunne vært to ulike typer forløp. Ved hjelp av et kartleggingsopphold kunne de kartlagt hvilket av alternativene som passet best til hver enkelt. På den måten tenker studiedeltakerne at døgnrehabilitering kunne ivareta flere ulike ønsker og behov.

4.3.2 Tydelighet var viktig for å få best utbyttet av rehabiliteringen

Sammenlignet med erfaring fra tidligere rehabilitering så opplevde deltakerne at de fikk mye av samme informasjonen, men at tilbudet på Unicare var annerledes. Det var ikke fysisk behandling av smertene, som mange hadde sett for seg. Tilbudet handlet mer om å lære seg å leve et best mulig liv med smertene. Studiedeltakerne innså også at det ikke var sannsynlig å bli smertefrie. Det var heller ikke fokuset for rehabiliteringen. De opplevde at fokuset var å lære strategier og teknikker for å håndtere smertene i hverdagen.

En utfordring studiedeltakerne hadde erfart i rehabiliteringsforløpet, var å vite hva som var viktig og nødvendig å ta med seg videre for den enkelte. De måtte selv ta ansvar for å få best mulig utbytte av rehabiliteringsopplegget. Det var en jobb som måtte gjøres for at det skulle skje en forbedring i hverdagen. Det var ingen som gjorde jobben for dem. En deltaker uttrykket det slik:

Hva var min jobb liksom? For det måtte jeg finne ut selv. For når du får en timeplan, så går du automatisk ut ifra at det her forventes det at en skal være med på. Så jeg syns de kunne sagt litt mer tydelig i starten at jeg måtte finne min vei.
(Studiedeltaker 8)

Studiedeltakerne hadde ønsket at de hadde fått tydelig beskjed fra personalet om at de selv bestemte hva de skulle delta på. Deltakerne ønsket å være pliktoppfyllende gjennom å delta i tilbudet. Enkelte ble derfor med på litt for mye, og ble av den grunn utslitt av oppholdet. Dersom de hadde fått tydelig informasjon om at det er lov og forventet at de selv skulle gjøre individuelle tilpasninger, kunne de raskere tilpasset opplegget ut fra deres forutsetninger og behov.

Deltakerne opplevde at personalet på Unicare fortalte motsigende informasjon til dem, noe som skapte usikkerhet i rehabiliteringsgruppen. De opplevde å få ulik informasjon om teorien de lærte og at ting som de lærte i starten av oppholdet ble sagt imot senere.

Enkelte i personalet opplevdes mer troverdige for studiedeltakerne enn andre, ut fra hvordan de formulerte og forklarte informasjonen. Da førte til at de tok med seg mest av det de sa, og mindre fra annet personal. Det betyr at de kan ha mistet viktig kunnskap og tips til overgangen tilbake til hverdagen. Fra studiedeltakernes side var det ønskelig med tydeligere informasjon fra personalet. Det hadde opplevdes lettere å forholde seg til informasjonen dersom personalet var mer samstemte.

På grunn av uenighet og forskjellig informasjon i løpet av rehabiliteringsoppholdet, var deltakerne usikre på hva de har fått ut av tilbudet. I løpet av rehabiliteringen har de gjennomgått mye som deltakerne allerede visste fra før, men samtidig var det informasjon som aldri kunne presiseres nok. Det er for at det er essensielle faktorer for å endre hverdagen. De hadde også forventninger om at kunnskapen ville synke inn i etterkant av oppholdet. Når hverdagen kom tenkte studiedeltakerne at de ville bli mer oppmerksomme på hva de faktisk hadde lært. En av studiedeltakerne beskrev det slik:

Og det kan jo hende at når vi kommer hjem at vi ser ting enda mere annerledes, for det første så er vi jo ikke ferdig her, også er det noe med at man må absorbere og svelge unna litt det man har opplevd også i etterkant, liksom fikse litt opp i det. (Studiedeltaker 14)

Det krever litt tid å fordøye alt fra oppholdet siden det er et intenst opphold, og ting går i ett. Derfor er det vanskelig å underveis i prosessen innse hva de faktisk fikk ut av det. Det er også en annen hverdag hjemme der de faktisk skal ta kunnskapen i bruk. På den andre siden var det ikke mulig å huske alt de har lært selv med tiden til hjelp. De klarte ikke å ha fullt fokus under hele oppholdet. Derfor opplevde de at det hadde vært hensiktsmessig med et «bibliotek» som samlet kunnskapen de har gjennomgått. På den måten var de ikke avhengig av å huske alt, da kan de gå tilbake å se gjennom ved behov. En studiedeltaker uttrykte ønsket om et «bibliotek» slik:

Men det er jo igjen så mye som blir sagt at det er lett for å gå i glemmeboka, så vi har jo ønsket at de kunne samlet alt til en app eller ja. Så vi blir påminnet det når vi kommer hjem da. (Studiedeltaker 3)

Studiedeltakerne hadde ulike forslag på hvordan informasjonen kunne samles. Felles var at det var ønskelig at de på en eller annen måte hadde et oppslagsverk. På den måten kunne de funnet tilbake til verktøy, teori og kunnskap når de hadde behov for en oppfriskning eller litt ekstra motivasjon.

4.4 En meningsfull hverdag var målet med rehabiliteringen

Målet med rehabiliteringen for studiedeltakerne var at de skulle få en meningsfull hverdag. For at de skulle klare det var det viktig med verktøyer og strategier for å håndtere smertene. På den måten kunne de tilpasse hverdagen sin. Deltakerne opplevde at den hverdagen de skulle tilbake til var kjent, dermed var det ikke så skummelt. En utfordring de så for seg var å klare å få til en god aktivitetsbalanse. Flere av studiedeltakerne hadde tendenser til å gjøre litt for mye for sitt eget beste. Det var viktig at de klarte å fortsette endringsprosessen de hadde startet på rehabiliteringsoppholdet.

4.4.1 Rehabiliteringsoppholdet ga kunnskap for en bedre hverdag

Det var ulike verktøy som studiedeltakerne så viktigheten av å ta med seg tilbake til egen hverdag. Teoretisk kunnskap var viktig for deltakerne, slik at de hadde verktøy for kunne gjøre tilpasninger i hverdagen etter situasjonen de var i. Det var hensiktsmessig for å optimalisere livet ut fra deres forutsetninger. For eksempel ved å ha fokusert på søvn og ernæring kunne de bedret livskvaliteten. Teknikker for tankemønster opplevde de bidro til at de fikk det bedre i situasjonen de var i. Fysisk aktivitet var også en viktig del av læringsutbyttet på rehabilitering. De hadde fått prøvd mange ulike aktiviteter. De fleste fant noe de likte å holde på med, og når det var aktiviteter de likte var det også større sannsynlighet for at de ville klare å opprettholde fysisk aktivitet over tid. I tillegg var pusteøvelser og avspenningsteknikker gode å ta med videre i en stressende hverdag.

De lærte også viktigheten av å fokusere på seg selv og ta pauser, på den måten tenkte de at de ville fungert bedre i hverdagen. De lærte at det var greit å si ifra dersom de hadde en dårlig dag eller en dårlig periode. De har lært at det er greit å be om hjelp, og ta imot hjelp, og det gjør dem ikke til dårligere mennesker. Med økt kunnskap kom også økt forståelse, derfor så de viktigheten av å videreformidle kunnskapen til menneskene rundt seg. På den måten kunne de få større aksept dersom de hadde en dårlig dag, og forstå at det ikke betyr at de var late.

Også hadde vi jo nettverksdag forrige fredag, der vi kunne invitere familie eller leger eller venninner eller hva man valgte da. Det og var bra da vertfall syns nå dem. Det er nå litt forskjellig hva folk opplevde den dagen og. For min egen del, de to jeg hadde med de forstod kanskje litt mer hva det er jeg står i. Så det var lærerikt da. (Studiedeltaker 10).

Studiedeltakerne hadde også fått presisert at det var greit å fjerne negative faktorer fra livet sitt. Flere opplevde at det var en lettelse å få denne bekreftelsen og påminnelsen fra noen andre. Dersom personer og relasjoner påvirket studiedeltakerne negativt var det greit å utelukke de fra livet sitt. Noen relasjoner kunne ta mer krefter enn de ga, noe som opplevdes vanskelig. På rehabiliteringsoppholdet fikk de presisert at de bestemmer hvem og hva de skal bruke tiden sin på.

4.4.2 Ønskelig med endringer i hverdagen etter rehabiliteringsoppholdet

Hverdagen etter rehabilitering er den hverdagen studiedeltakerne var kjent med. Oppholdet på rehabiliteringen tenkte de på som et avbrekk fra hverdagen. Det opplevdes betryggende at de i hovedsak visste hva som ventet i hverdagen. Samtidig var poenget med rehabiliteringen at de skulle prøve å gjøre endringer. Hverdagen måtte derfor tilpasses ut fra personens forutsetninger og ikke at de måtte innrette seg etter hverdagen, de så for seg at de da fort kunne bli utbrent. Det var noe flere kjente at de måtte gjøre om på etter rehabiliteringsforløpet. Det var en viktig forutsetning for at de skulle få et bedre og mer bærekraftig liv.

Det er nå det som er hverdagen vår da, sant. Det her er jo bare et pusterom i hverdagen egentlig. (Studiedeltaker 10)

Deltakerne hadde mange tanker og følelser rundt hverdagen. Hvordan den ville bli og om den ble endret. De var spente på om de kunne få en bedre hverdag. Samtidig så de fleste fram til hverdagen. Det var når hverdagen kom at de ville få testet om de hadde lært noe på rehabiliteringen. Studiedeltakerne så for seg at det ville bli utfordrende å ta med verktøyene og implementere de i hverdagen. De presiserte at hjemme var ikke forholdene tilrettelagt på samme måte som på rehabilitering. Det tenkte de ville komplisere hverdagen. Kunnskapen og aktivitetene som hverdagen bestod av på rehabilitering, tenkte de derfor at kunne bli vanskeligere å implementere og opprettholde etter hjemkomst. Da hadde deltakerne flere forpliktelser og roller å ta hensyn til. Hverdagen var for de fleste travel, og da var det fare for å nedprioritere seg selv. Mange er samboer og forelder, og de rollene har mange oppgaver som følger med. For eksempel skulle barn følges opp og hus skulle vaskes.

Studiedeltaker 4: Jeg er litt spent på hva. Hvordan hverdagen blir, kan du si. Når jeg kommer hjem.

Studiedeltaker 2: Blir jo litt krevende tenker jeg å sjonglere det her opp mot livet sitt, også prøve å finne balansen.

I tillegg måtte studiedeltakerne ofte reise for å komme til treningssenter, det var ikke lenger rett utenfor døren. På toppen av det måtte de også betale for treningssenter, noe som hevet terskelen betydelig for å prioritere det. Det å bruke penger på seg selv var ikke alltid lett. Samtidig kunne det virket forpliktende til at de måtte de vertfall benytte seg av det. På rehabiliteringsoppholdet var det også flotte naturomgivelser, ikke alle hadde samme turmuligheter rett utenfor hjemmet. Fine uteområder kunne være med å påvirke motivasjonen for fysisk aktivitet utendørs. Hvile var også en utfordring i hverdagen, det var ikke alltid mulighet for å hvile ved behov. Det ble begrunnet med at de har flere forpliktelser og mer ansvar der. Alt ble ikke tilrettelagt rundt de på samme måte som på rehabiliteringen.

4.4.3 Aktivitetsbalanse i hverdagen var viktig for et bærekraftig liv

En viktig faktor for at hverdagen til studiedeltakerne skulle bli bærekraftig tenkte de var forventningsavklaring. Både for seg selv, men også med andre. De tenkte at de måtte endre kravene de hadde til seg selv. Det var noe de hadde innsett i løpet av oppholdet på døgner rehabilitering. Deltakerne hadde stor valgfrihet, og det var lite de absolutt måtte gjøre. Mange av de la et stort press på seg selv, og forventet at de skulle gjøre mer enn nødvendig i hverdagen. For å unngå dårlig samvittighet tenkte de at forventningene måtte senkes. Energiøkonomisering var et sentralt begrep her, og de foreslo for eksempel at de kunne dele opp husvasken over flere dager. Eller at de hadde innlagte hvilepauser imellom ulike gjøremål. De så viktigheten av å planlegge hverdagen og ikke minst å ta pauser.

Studiedeltaker 8: Og endre forventningene til seg selv slik at de stemmer med evne.

Studiedeltaker 15: Trenger ikke vaske hele huset på en dag.

Studiedeltaker 6: Det er greit og delta i en time på fest istedenfor fem timer.

Jobb var en viktig arena i hverdagslivet for flere av studiedeltakerne. Noen av de uttrykt sterke ønsker om å komme tilbake i jobb. Andre hadde godtatt at 100% deltakelse i

arbeidslivet ikke var mulig for dem, og at det var greit med deltidsstilling. Deltakelse i arbeidslivet var viktig både for å fylle hverdagen med noe meningsfullt, men også på grunn av det sosiale miljøet. Det å brått stå utenfor arbeidslivet, førte for noen til identitetskrise. Det var uvisst hvem de var uten arbeidsmiljøet de hadde vært en del av gjennom mange år. Hva skulle erstatte arbeidshverdagen? Tomrommet etter en hverdag med arbeid, opplevde de at var vanskelig å fylle. De hadde et sterkt ønske om å ha meningsfulle aktiviteter å fylle tiden med, men utfordringer med å vite hva det skulle være. Det var ønskelig å få hjelp til overgangen fra jobb til uføretrygd. Det var viktig for studiedeltakerne å ha en meningsfull hverdag. Et tips som ble trukket frem var å ha forpliktende avtaler, det å ha noe fast å gå til var viktig for deltakerne. En studiedeltaker fortalte om opplevelsen av å brått stå utenfor arbeidslivet:

Jeg vil jo selvfølgelig ha meningsfylte dager. Og det og synes jeg er litt sånn skremmende for livet mitt har vært mye arbeid, og det sosiale livet mitt har også vært mye på arbeid. Plutselig så er det liksom borte og det kjennes ja. Det er tøft, steintøft. (Studiedeltaker 11)

Støttespillere var viktig for studiedeltakerne i overgangen tilbake til hverdagen. Siden hverdagen involverte flere enn dem selv, hadde deltakerne behov for at menneskene rundt dem hadde forståelse for situasjonen deres. Støttespillerne hadde en viktig rolle i endringsprosessen. Det var en utfordrende prosess som de fleste følte de hadde behov for støtte gjennom. Familien og de som de bor med ble regnet som de viktigste i en slik prosess. Det var ofte de som var nærmest og var med i opp- og nedturer. Helsepersonell og venner kunne også være viktige. Helsepersonell var positivt med tanke på at de hadde mer kunnskap om hva studiedeltakerne har deltatt i og hvordan situasjonen deres var.

4.4.4 Rehabiliteringsoppholdet startet en endringsprosess

Studiedeltakerne igangsatte en endringsprosess på rehabiliteringsoppholdet. Utfordringen deres var å fortsette endringsprosessen på egenhånd etter endt rehabilitering. De hadde fått ulike verktøy for endring, men de måtte finne veien sin selv. Hvordan de skulle tas i bruk var opp til dem selv. Jobben gjorde seg ikke selv, og de måtte aktivt jobbe for at endringene skulle implementeres i hverdagslivet deres. Det var en lang og krevende jobb for at endringene skulle bli varige. I oppholdet hjemme underveis i rehabiliteringsforløpet fikk deltakerne testet ut endringene i hverdagen. Da opplevde studiedeltakerne at det var lett å komme tilbake til gamle uvaner i hverdagen. Oppholdet hjemme var også tankevekkende i forhold til at de hele tiden aktivt måtte jobbe for å ta riktige valg. Samtidig var det viktig å få testet kunnskapen i praksis, også fikk de en ny sjanse til å gjøre endringer og tilpasninger i hverdagen etter siste del av rehabiliteringsoppholdet. De opplevde at det var betryggende at de fikk en ny mulighet til å endre hverdagen.

Studiedeltaker 5: Også fikk jeg jo sånn midt i fleisen liksom at ja. Jeg har en del å ta tak i og jeg er inne på et spor som vi sa. Jeg følte det gikk bra. Så jeg må bare klare å fokusere. Det er mye vaner da som må, som en er nødt til å endre.

Studiedeltaker 1: Det gikk opp noen lys kanskje da at du får ikke en tablett som du putter i deg, også blir det greit. Du må gjøre jobben selv. Det kanskje var litt sånn nyttig for min del.

Studiedeltaker 8: *Det er jo en jobb som må gjøres for å implementere de her verktøyene til å bli en naturlig. At de skal komme litt av seg selv. I livet. For det gjør de ikke nå enda, de må stå på ukeplanen.*

Endringsprosessen opplevdes som en tidkrevende oppgave. Endringene var ikke gjort på de seks ukene de ble fulgt opp på rehabiliteringen. Det var en hel livsstil de skulle endre. Da tenkte de at det var viktig å ikke gå for hardt ut, da ville mange mistet motivasjonen etter kort tid. Det krevdes små endringer, også etter hvert når de blir innøvde kunne de implementere flere og flere endringer. Det var også viktig å ikke bli begrenset av frykten for at det ikke skulle bli varige endringer. Flere av studiedeltakerne kjente på en frykt for at de skulle mislykkes. Dersom de ikke prøvde, ville de aldri få vite hvordan livet deres kunne bli. I løpet av rehabiliteringsforløpet økte motivasjonen for endring i takt med forbedring. De opplevde det motiverende når de så at tiltakene hadde effekt.

Så jeg må ta litt små steg. Jeg kan ikke svelge det store bestandig, som jeg bestandig gjør for da smeller det. (Studiedeltaker 9)

En viktig faktor for å lykkes med endring, var å akseptere situasjonen de var i. Det å akseptere at smertene mest sannsynlig ikke vil forsvinne, men at de heller måtte lære å leve med dem. Når studiedeltakerne hadde akseptert det forstod de også at det kun er dem selv som kunne forbedre situasjonen. Det var også viktig å godta at det er lov å be om hjelp, selv om endringsprosessen var deres eget ansvar.

Og jeg innser det selv nå, for før har jeg ikke gjort det da. [...] Jeg må akseptere at ting er sånn. (Studiedeltaker 1)

5.0 Diskusjon

Studiedeltakerne hadde behov for å føle seg ivaretatt under hele rehabiliteringsforløpet. Det var særlig viktig med individuell oppfølging for å oppleve at de ble ivaretatt. Alle studiedeltakerne kom på rehabiliteringsoppholdet med ulike forutsetninger og behov som krevde ulik tilnærming. Det at rehabiliteringsoppholdet var organisert i grupper, hadde påvirkning på deltakernes erfaringer og forventninger. En faktor deltakerne savnet var mer og tydeligere informasjon om tilbudet både i forkant av oppholdet, men også underveis. Målet studiedeltakerne hadde med rehabiliteringsoppholdet var å skape en meningsfull hverdag. De innså at det var viktig med aktivitetsbalanse for å få en bærekraftig hverdag. I etterkant av rehabiliteringsoppholdet opplevde studiedeltakerne at de hadde behov for videre oppfølging, og det var ulike tanker rundt hvordan de kunne fått videre oppfølging. Det var ikke alle som opplevde at rehabiliteringsoppholdet kun var starten på en rehabiliteringsprosess, og at det er mye jobb som må gjøres etter endt rehabiliteringsopphold.

5.1 Struktur, innhold og organisering av rehabilitering for muskel- og skjelettplager

Det er viktig å sikre at rehabiliteringen gir best mulig utbytte både for pasientene del, men også for samfunnet. Pasientene bruker tid og krefter på deltakelse i døgnrehabilitering, og da er det viktig at de får noe igjen for det. For pasientene kan det være utfordrende dersom de ikke klarer å mestre hverdagen (Bautz-Holter et al., 2007). Studiedeltakerne i denne studien var innstilt på at det ville bli en utfordrende overgang. Samtidig er det også viktig for samfunnet som brukte mye penger og ressurser på tilbudet (Kamper et al., 2014). Det er hensiktsmessig å undersøke, hva som skal til for å gi best mulig effekt av rehabiliteringstilbudene.

Berdal, Bø, et al. (2018) undersøkte i sin studie om individuelt tilpassede tilleggfunksjoner i rehabiliteringen økte utbyttet, sammenlignet med standard tverrfaglig behandling. De fant at pasientene kun opplevde bedre livskvalitet ved utskrivelse, og ikke bedre etter seks og tolv måneder. Det tyder på at det ikke er hensiktsmessig å legge ned ekstra ressurser på den måten, når det ikke gir langvarig effekt (Berdal, Bø, et al., 2018). Studiedeltakerne i denne studien opplevde at individuell tilpasning var viktig for rehabiliteringsprosessen. Det som har vist seg å være hensiktsmessig er en tverrfaglig tilnærming til pasienter med muskel- og skjelettplager (Henzoz et al., 2010; Kamper et al., 2014). Det er blant annet viktig for å sikre at pasientene får en individuell tilnærming. Hver pasients smerter og symptomer bør tas hensyn til i en rehabiliteringsprosess (Foster, 2011). Det var noe studiedeltakerne i denne studien opplevde at ikke ble oppfylt i starten av oppholdet.

Helhetlige pasientforløp for pasientgruppen er under arbeid hos Helsedirektoratet (Helsedirektoratet, 2022). For mange pasienter med muskel- og skjelett problematikk er det utfordrende å forholde seg til mange ulike anbefalinger rettet mot pasientgruppen (Koes et al., 2010). Ved helhetlige pasientforløp er formålet at forløpene er godt strukturerte og mer forutsigbare (Helsedirektoratet, 2022). Studiedeltakerne i denne

studien opplevde at de fikk motstridende informasjon, og at det kunne være vanskelig å vite hva de kunne stole på. Mange av deltakerne hadde også prøvd veldig mye forskjellig behandling før de deltok i gruppetilbudet på Unicare. Med et helhetlig pasientforløp vil forhåpentligvis pasientene oppleve at de blir tatt vare på i motsetning til slik de opplevde tilbudet de var på der det var mye forskjellig informasjon, og at de får god oppfølging med en tydelig plan.

En faktor det er felles enighet om, er at fysisk aktivitet er en viktig faktor i behandlingen for langvarige muskel- og skjelettplager (Koes et al., 2010). Det er noe pasientene på Unicare lærte mye om. På rehabiliteringsoppholdet fikk de testet ut mange ulike former for fysisk aktivitet. Det er positivt da det gir flere muligheter til å finne noe de liker å holde på med. Det øker muligheten for at det er noe pasientene fortsetter med på eget initiativ i etterkant av rehabiliteringsoppholdet.

Det vil være viktig for både pasientene og samfunnet å i større grad undersøke om døgnrehabilitering faktisk gir langvarige effekter, eller om poliklinisk rehabilitering kan fungere like godt. Dersom poliklinisk rehabilitering gir like god effekt, kan det være samfunnsøkonomisk å prioritere det fremover. Siden pasientene hadde behov for døgnrehabilitering, tyder det på at tilbudene de har deltatt på tidligere ikke har hatt tilstrekkelig effekt. Samtidig har Aasdahl et al. (2023) funnet i sin studie at døgnrehabilitering totalt sett er mest lønnsomt for samfunnet, men det var med tanke på arbeidsrettet rehabilitering. Videre kan det være interessant å se om flere studier finner det samme når de ikke ser på arbeidsrettet rehabilitering som utfall, og om polikliniske rehabiliteringstilbudet kan videreutvikles til å gi samme effekten.

Det er viktig at behovet til pasientene kartlegges grundig slik at det er de som har behov for døgnrehabiliteringen som får det. Av studiedeltakerne i denne studien var det bare noen som hadde deltatt på kartleggingsopphold i forkant av rehabiliteringsoppholdet. Tilbudet passer ikke for alle, og for noen kan poliklinisk rehabilitering fungere bedre. Det er kommunen som har ansvaret for å sikre at pasientene får nødvendig oppfølging (Forskrift om habilitering, 2012). Riktig behandling, på riktig sted til riktig tid er sentralt for utbyttet av behandlingen (St.meld. nr. 47 (2008-2009)). Alle kommuner skal ha en koordinerende enhet for rehabilitering, som blant annet jobber for å sikre riktig behandling (omsorgstjenesteloven, 2011). En utfordring i Norge er geografien. Norge er et langstrakt land, som gjør det vanskelig å tilby poliklinisk rehabilitering mange mindre steder i landet. Det er utfordrende siden da måtte mange reist langt flere dager for å delta på rehabiliteringstilbud.

Rehabiliteringsforløpet til deltakerne i denne studien var ikke ferdig etter seks uker på rehabiliteringsopphold. De hadde fortsatt mye jobb foran seg, som de selv måtte gjøre for at de skulle få til varige endringer. Klevanger et al. (2018) fant i sin studie at personalet hadde en viktig rolle i rehabiliteringsprosessen. Eierskap til rehabiliteringsprosessen er spesielt viktig for den videre endringsprosessen ved endt rehabiliteringsopphold. I denne studien hadde studiedeltakerne varierende erfaring med personalet. Mange var fornøyd med egen primærkontakt, og da kan primærkontakten være en viktig ressurs for studiedeltakernes forløp. På den andre siden hadde noen studiedeltakere dårligere erfaring med primærkontakten, som da kan bidra negativt i rehabiliteringsprosessen. De dårlige erfaringene handlet om at de opplevde at primærkontakten ikke var tilgjengelig eller at de ikke var trygge i rollen.

Motivasjon var viktig for studiedeltakerne i denne studien. Det er kun personene selv som kan endre livsstil. Kristensen et al. (2011) fant ut at målsetting spiller en viktig rolle.

Studiedeltakerne i denne studien hadde fokus på å sette mål under rehabiliteringsoppholdet. Til perioden i midten av rehabiliteringsoppholdet hadde alle satt seg mål for hva de skulle gjøre i løpet av de to ukene hjemme. At pasientene har klare mål, har det vist seg å bidra til økt motivasjon for å fortsette prosessen (Kristensen et al., 2011). Samtidig kan målene endres underveis i rehabiliteringsprosessen, som Berdal, Sand-Svartrud, et al. (2018) fant i sin studie. Der endret pasientenes fokus og bekymringer underveis i endringsprosessen, og det var ulike ting pasientene hadde fokus på til ulik tid (Berdal, Sand-Svartrud, et al., 2018). Studiedeltakerne i denne studien fikk økt kunnskap utover i rehabiliteringsforløpet, noe som også påvirket målene deres. Fremgang var for mange også en viktig faktor for motivasjonsnivået. Når de ser at de faktisk har fremgang og at ting fungerer, kan det gi en trygghet og tro på at det de gjør faktisk har effekt.

Rehabiliteringsforløpet på Unicare hadde en to ukers periode hjemme i midten av oppholdet. Hensikten med oppholdet hjemme var at de skulle prøve ut det de hadde lært i naturlige omgivelser. På den måten fikk de også et inntrykk av hvordan overgangen fra rehabilitering og tilbake til hverdagen ville bli. Det var en stor fordel at de fikk opplevd noe tilsvarende før de avsluttet oppfølgingen fra Unicare, siden det er en utfordrende overgang fra rehabilitering og tilbake til hverdagen (Hara et al., 2018). På den måten gjorde de seg nyttige erfaringer som var hensiktsmessig å ta med inn i siste del av rehabiliteringstilbudet. Perioden hjemme var ikke bare en pause, slik som pasientene omtale den i fokusgruppene. De to ukene hjemme hadde en viktig funksjon i det seks uker lange rehabiliteringsforløpet.

5.2 Overgangen fra rehabilitering tilbake til hverdagen

Tidligere studier har vist at det er viktig å oppleve at overgangen fra rehabilitering tilbake til hverdagen er godt organisert og at det er planlagt videre oppfølging, noe som gjelder for flere pasientgrupper (Messerli & Deutsch, 2020; O'Callaghan et al., 2022; Saal et al., 2019). Det var viktig for at pasientene skulle oppnå best mulig resultater etter rehabiliteringen. Opplevelsen av at overgangen er organisert bidrar til trygghet og tillit til rehabiliteringsforløpet. Det er viktig siden overgangen fra rehabilitering er en sårbar fase (Hara et al., 2018).

Behandlingstilbudet studiedeltakerne fikk opplevdes ikke tilstrekkelig for flere av deltakerne i denne studien. De kjente på et behov for mer oppfølging etter deltakelsen i det seks uker lange rehabiliteringstilbudet. O'Callaghan et al. (2022) fant at støtteintervensjoner ved overgangen fra behandling til livet hjemme hadde positiv effekt for mennesker som hadde hatt hjerneslag. Studiedeltakerne i denne studien som er på rehabilitering for muskel- og skjelettplager kunne også hatt utbytte av støtteintervensjoner i den sårbare overgangen. På den andre siden er et seks ukers behandlingstilbud på døgnopphold et svært omfattende behandlingstilbud. Vi ser at det er få land som tilbyr døgnbasert rehabilitering, og de aller fleste har poliklinisk rehabilitering. På et tidspunkt bør pasientene ta ansvar for egen rehabiliteringsprosess på egenhånd, for at de skal få varig effekt. Klevanger et al. (2021) fant i sin studie at terapeutene har en viktig rolle i overgangen, når pasientene selv må ta ansvar for egen prosess. Terapeutene kan bistå pasientene med å lage seg meningsfulle og bærekraftige liv. Klinikere på Unicare rapporterer at pasienter med fedme som har et rehabiliteringstilbud som strekker seg over ett år, også opplever at det hadde vært

ønskelig med nye oppfølgingsopphold. Det kan bety at uansett hvor langt rehabiliteringsopphold de hadde hatt så ville det blitt utfordrende når det skulle avsluttes.

Rehabilitering har som tidligere nevnt formål om å optimalisere funksjonsevnen til pasientene (WHO, 2023). Da er målet at de skal bli mest mulig selvstendige og fungere best mulig i hverdagen. Et seks ukers rehabiliteringsforløp, som vel og merke er ganske lenge burde gjøre pasientene rustet til å være selvstendige til å fortsette rehabiliteringsprosessen på egenhånd. Spesielt med tanke på kostnadene som brukes på rehabiliteringen (Kamper et al., 2014). Samtidig fant Aasdahl et al. (2023) at døgnrehabilitering har høyere kostnadseffektivitet sammenlignet med poliklinisk rehabilitering, når det kommer til arbeidsrettet rehabilitering. Til tross for at døgnrehabilitering i seg selv koster mye, og krever mye ressurser, så gir det bedre effekt og totalt sett lønner det seg når vi ser på det med et samfunnsperspektiv (Aasdahl et al., 2023). For at rehabiliteringen faktisk skal ha effekt er det viktig at deltakerne selv opplever at de har redskapene som kreves for å fortsette prosessen på egenhånd. Innsatsen de selv legger ned, har stor betydning for utfallet etter endt rehabilitering (Mæhlum, 2020). For at de skal få langvarige effekter, er de derfor helt avhengig av egen motivasjon og innsats. De fleste deltakerne i denne studien, var sykemeldt eller ufør. Det betyr at det er stor sannsynlighet for at flere ikke kommer tilbake i arbeidslivet. Det er viktig å ha realistiske mål, Saltychev et al. (2014) fant at dersom målene ikke var realistiske kunne de ha en hemmende effekt. Samtidig er det viktig at alle mennesker har god livskvalitet og en meningsfull hverdag. Til tross for at flere av studiedeltakerne ikke vil bli ressurser for samfunnet i form av arbeidskraft, så er det viktig for individene at de har gode liv. Det kan også føre til at de har behov for mindre helsetjenester senere.

Det kom også frem at studiedeltakerne mener det hadde hjulpet med en form for jevnlig kontakt i etterkant av oppholdet. Det opplevde de at ikke var mye som krevdes for at de hadde følt seg ivaretatt etter rehabiliteringsoppholdet, men at det hadde betydd mye for dem. Fra pasientenes perspektiv er det små ting. Men når vi ser på helsevesenets perspektiv blir det fort store tiltak. Siden det hele tiden kommer nye pasienter til Unicare, ville det fort blitt svært ressurskrevende å følge opp alle i etterkant. Døgnrehabilitering med tverrfaglig kompetanse er som tidligere nevnt allerede et svært ressurskrevende tilbud (Kamper et al., 2014; Meld. St. nr. 21 (1998-99)). Dersom det skulle vært en videre oppfølging over en lengre periode, hadde det blitt veldig mange pasienter å følge opp. Det kunne gått ut over kapasiteten til å følge opp de som er på rehabiliteringsopphold. Hara et al. (2018) som undersøkte om telefonoppfølging etter rehabilitering påvirket arbeidsdeltakelsen, fant at det hadde en positiv effekt for arbeidsdeltakelsen. Det er mulig at telefonoppfølging kan overføres til andre kontekster. Telefonoppfølging kunne bidratt til bedre utbytte av oppholdet, og økt selvstendighet i hverdagen. Telefonoppfølging er også et ressurskrevende tilbud (Hara et al., 2018), men mindre ressurskrevende sammenlignet med flere rehabiliteringsopphold. Telefonoppfølging kunne bidratt til at deltakerne i denne studien hadde følte seg ivaretatt også etter fullført rehabiliteringsopphold.

Siden samtlige av studiedeltakerne i denne studien ønsket og følte et behov for videre oppfølging, kan man sette spørsmål ved om overgangen er for brå. De går fra døgnrehabilitering med tett oppfølging hele døgnet, tilbake til hverdagen der de skal fortsette prosessen på egenhånd. Deltakerne i denne studien opplevde at de ikke stilte forberedt til overgangen tilbake til hverdagen. Det er mulig at forberedelsene på hjemreisen bør starte tidligere i rehabiliteringsoppholdet. På den måten kan det være at

deltakerne hadde følt at de stilte bedre forberedt, og hadde opplevd at overgangen ble mindre brå. Allerede i første del av rehabiliteringsoppholdet, kunne det blitt presisert at det blir en overgang fra tett oppfølging i tilrettelagte omgivelser tilbake til hverdagen. Det er også hensiktsmessig å påpeke jevnlig at pasientene selv må velge ut det som er mest relevant for deres hverdag. Her er personalet viktig for å hjelpe pasientene med å ta eierskap til prosessen, og velge ut det de får utbytte av (Klevanger et al., 2018). Slik at hele rehabiliteringsforløpet blir best mulig tilpasset deres liv. Det var også noe studiedeltakerne i denne studien savnet.

Avstanden mellom hjemstedene til studiedeltakerne i denne studien hadde positive og negative sider. Mellom de fleste av deltakernes hjemsteder var det store avstander. Det mente de ville gjøre det utfordrende å holde kontakten. Finlay and Elander (2016) fant i sin studie at deltakelse i støttegrupper i etterkant av rehabilitering, kan være en positiv faktor i overgangen. Dersom studiedeltakerne i denne studien hadde hatt kortere avstander mellom hverandre når de kom hjem, kunne de fått bedre utnyttet av hverandre i overgangen fra rehabilitering og tilbake til hverdagen. På den måten kunne de bistått hverandre, og samtidig brukt det som en læringsarena (Finlay & Elander, 2016). Deltakerne kunne både lært av hverandres erfaringer, men også repetert kunnskapen fra Unicare i fellesskap. Samtidig finnes det tilbud i kommunene som de kan benytte, for eksempel ulike tilbud i regi av frisklivssentraler. Der er det ulike pasientgrupper som deltar, og derfor er det ikke sikkert de får samme fellesskapsfølelse som de gjorde på rehabiliteringsoppholdet.

5.3 Energiøkonomisering og aktivitetsbalanse

Selv om ikke studiedeltakerne i denne studien nevnte begrepene aktivitetsbalanse og energiøkonomisering, kom de inn på temaet. De snakket blant annet om hvordan de kunne tilpasse og tilrettelegge hverdagen, og at det var viktig å dele opp og fordele aktivitetene. Begrepene er fagbegreper og derfor er det naturlig at studiedeltakerne ikke bruker begrepene. Rise et al. (2015) fant i sin studie at døgnrehabilitering bidro til at pasientene ble mer bevisst og oppmerksom på belastninger fra ytre krav og forventninger. Det kan se ut som deltakerne i denne studien også har blitt mer bevisste og oppmerksomme på ulike belastninger, siden de opplevde at det var viktig å tilpasse hverdagen. Tidligere studier har funnet at det er komplisert og utfordrende å leve et liv med kroniske smerter (Ambrosio et al., 2015). Studiedeltakerne i dette prosjektet hadde erfart at det var hensiktsmessig å senke forventningene til seg selv. Til tross for det fant Fjellså et al. (2019) i sin studie at det var utfordrende å ta hensyn til seg selv og sine behov. Det betyr at deltakerne i denne studien virkelig så viktigheten av å tilpasse hverdagen ut fra deres forutsetninger. Fjellså et al. (2019) fant også at mange ville skjerme sine nære fra sine egne problemer, men studiedeltakerne i denne studien opplevde at det var viktig at pårørende fikk mer informasjon. Det bidro til at de hadde bedre forståelse for situasjonen deltakerne var i, og på den måten kunne være viktige støttespillere.

Aksept var viktig for å kunne mestre og tilpasse hverdagen med kroniske smerter (Ambrosio et al., 2015). Studiedeltakerne i denne studien fant ut at gjøremål kunne deles opp og fordeles utover dagen eller uka. Det handler om aktivitetsbalanse og energiøkonomisering, som handler om å prioritere hva kreftene skal brukes på (Brandt et

al., 2013). Muskel- og skjelettplager og smerter påvirker ofte energinivået til personen. Det reduserte energinivået gjør det ekstra viktig å være oppmerksom på hva energien brukes på. Aktivitetsbalansen er ulik fra person til person, og er en subjektiv opplevelse. Å være i aktivitetsbalanse henger tett sammen med god helse (Brandt et al., 2013). Deltakerne i denne studien tok med seg lærdom innen energiøkonomisering. De fikk ny kunnskap og innså viktigheten av å tilpasse og planlegge hverdagen ut fra sine behov og forutsetninger.

Det er viktig med energiøkonomisering for å oppnå aktivitetsbalanse, og når personer opplever at de er i aktivitetsbalanse er det større mulighet for god helse (Brandt et al., 2013). Målet til studiedeltakerne i denne studien var å ha bærekraftige liv, og det kan de få med blant annet aktivitetsbalanse. For at de skal være i aktivitetsbalanse er det viktig at de prioriterer å bruke energi på aktiviteter som de opplever som meningsfulle og som kan gi noe tilbake. De måtte godta at det muligens måtte gjøres endringer i hverdagen for å skape en bærekraftig hverdag (Ambrosio et al., 2015). De fleste deltakerne i denne studien innså at hverdagen krevde endringer. Samtidig kan store endringer gå ut over selvtillit og selvbilde til pasientene (Fjellså et al., 2019). Det er viktig å få til en balanse slik at de ivaretar identiteten sin i endringene som gjøres. Hverdagen må ikke kun bestå av hverdagslige gjøremål, da er det vanskelig å oppleve aktivitetsbalanse. Det er viktig og også ha aktiviteter som de kan se frem til, og som muligens også kan gi energi. Energiøkonomisering og aktivitetsbalanse er viktig for at pasientene skal få langvarig effekt av rehabiliteringsoppholdet. Uten å snakke om begrepene, var teorien og prinsippene med i endringsprosessen deltakerne var i.

5.4 Metodediskusjon

I denne delen av diskusjonen vil metoden i masteroppgaven diskuteres. Metodevalgene som er tatt underveis i prosessen har både styrker og svakheter. Det er tatt utgangspunkt i Kvale and Brinkmann (2015) sin litteratur om metodekvalitet. Metodediskusjonen tar utgangspunkt i kvalitetskriteriene validitet og reliabilitet. Samtidig finnes det mange andre begreper som også brukes for å diskutere metodekvaliteten i kvalitativ forskning (Tracy, 2010). I denne oppgaven ble det valgt å holde kvalitetskriteriene til de to overordnede begrepene validitet og reliabilitet, for å få en oversiktlig inndeling av kapitlet.

5.4.1 Validitet

Validitet handler i forskningssammenheng om hvorvidt en metode egner seg til å undersøke det som var formålet å undersøke (Kvale & Brinkmann, 2015). I denne masteroppgaven var hensikten å undersøke personer som deltok i gruppebasert døgner rehabilitering for langvarige muskel- og skjelettplager. Da vil det egne seg best med intervju. På den måten får forskeren mulighet til å gå i dybden på deltakernes tanker.

Alle i rehabiliteringsgruppene på Unicare fikk tilbud om å delta i studien. Rundt halvparten i begge gruppene valgte å delta i studien. Det kan ha ført til at det var flere erfaringer og forventninger som ikke ble med i studien. Deltakelsen i studien var frivillig,

men noen kan ha hatt ekstra motivasjon for å delta. Det kan tenkes at de som valgte å delta hadde sterke tanker rundt temaet som de ønsket å formidle, og av den grunn ønsket å delta. Det kunne igjen føre til at de som ikke hadde like sterkt behov for å formidle erfaringene sine droppet å delta i studien. Derfor er det ikke sikkert alle pasientene som deltok i gruppetilbudet sine synspunkter er med i denne studien.

På den andre siden kan det være at det var de sykeste som ikke deltok. Det kan skyldes at de ikke hadde overskudd for deltakelse i forskningsprosjektet. Derfor vil ikke studien nødvendigvis gi ett bilde av alle erfaringer og forventninger som mennesker med muskel- og skjelettplager har når det kommer til døgnrehabilitering og overgangen tilbake til hverdagen. Samtidig er det bra at rundt halvparten faktisk valgte å bruke tid på deltakelse i studien, siden de er flere forskjellige individer som får frem ulike erfaringer og forventninger til temaet. På den måten ble temaet diskutert fra ulike synspunkter, og det bidro til gode diskusjoner.

I dette masterprosjektet ble det gjennomført to fokusgrupper. Det var med grunnlag i tidsbegrensningen prosjektet hadde. Det kunne vært hensiktsmessig og gjennomføre flere intervjuer for å få enda flere perspektiver på temaet. Jeg kunne også aktivt jobbet for å få med de som ikke velger å delta, da de kan ha andre tanker om rehabiliteringsoppholdet enn de som ønsker å delta. Det er utfordrende siden deltakelsen skal være frivillig og det er ikke ønskelig at noen skal føle seg presset til å delta dersom de ikke ønsker. Samtidig avhenger antall studiedeltakere av formålet til studien (Kvale & Brinkmann, 2015), og formålet i denne studien var å undersøke pasientene med muskel- og skjelettplager som deltok på døgnrehabilitering sine erfaringer og forventninger. Det betyr at pasientgruppen ble avgrenset i stor grad. Avgrensningen gjør at man ikke trenger like mange studiedeltakere, sammenlignet med om en skulle undersøkt alle pasienter med muskel- og skjelettplager sine erfaringer og ikke bare de som deltar på døgnrehabilitering.

Fokusgruppene fungerte godt, og studiedeltakerne var villige til å dele erfaringer og forventninger. Samtalen gikk lett i begge intervjuene, og i analysene så jeg at jeg hadde fått interessante data fra de to fokusgruppediskusjonene. Det er også viktig at det ikke blir for mange studiedeltakere, da det kan føre til mindre gode analyser av intervjuene (Kvale & Brinkmann, 2015). Jeg var også fersk som intervjuer. Selv om jeg hadde prøvd meg som intervjuer i pilotintervju, opplevde jeg når jeg transkriberte og analyserte at jeg gjerne skulle stilt flere oppfølgingsspørsmål. At det var få oppfølgingsspørsmål påvirket også datamaterialet. Det kunne potensielt vært enda rikere data dersom jeg hadde vært en mer erfaren intervjuer. I fokusgrupper har moderator begrenset kontroll over intervjuforløpet, og samspillet i gruppen kan føre til at intervjuene blir noe kaotiske (Kvale & Brinkmann, 2015). Jeg opplevde at vi klarte å ha kontroll og oversikt i fokusgruppediskusjonene, og jeg opplevde at det var en trygghet å ha med co-moderator.

Det at jeg var moderator i egne intervjuer, bidro til at jeg kunne oppklare spørsmålene om nødvendig. Jeg kunne også stille oppfølgingsspørsmål for å sikre at spørsmålene ble besvart slik som ønsket. Det var en svakhet i studien at jeg og min medstudent var ferske i rollene som moderator og co-moderator. Dersom vi hadde vært tryggere i rollene, kunne det bidratt til å vi hadde fått mer og bedre svar fra studiedeltakerne. Vi kunne med fordel stilt mer direkte spørsmål.

En annen faktor som kan ha påvirket datainnsamlingen er alderen til co-moderator og meg som moderator. Vi var en del yngre enn studiedeltakerne. Forskeren har betydning

for studiens validitet (Kvale & Brinkmann, 2015). I intervjuene snakket de om at unge primærkontakter ikke forstod deres livserfaringer. Da kan det bety at de opplevde at vi ikke kunne forstå deres livserfaringer, ettersom vi ikke har levd et like langt liv og opplevd like mye som dem. Det kan være en faktor som bidrar til at de holder igjen personlige erfaringer og forventninger. På den andre siden kan det gjøre at de utdyper og beskriver erfaringene sine nøyere slik at vi kan forstå de på best mulig måte.

Intervjuene gjennomførtes med en semistrukturert intervjuguide. En intervjuguide bidrar til å styre samtalen (Kvale & Brinkmann, 2015). Det kan være en styrke at fokusgruppediskusjonene fulgte en intervjuguide, siden da blir de samme temaene tatt opp i begge fokusgruppene. Samtidig som det ikke legger klare føringer, og studiedeltakerne har i en viss grad mulighet til å påvirke retningen samtalen eller diskusjonen tar. På den andre siden kan den også begrense dataene, og det kunne vært mange flere temaer som også kunne vært relevante og undersøkt. I denne studien fokuserte jeg på å formulere åpne spørsmål, og ikke legge føringer på svarene for studiedeltakerne. Noe som er positivt med tanke på kvaliteten i studien. Type spørsmål en stiller, kan påvirke validiteten i studien (Kvale & Brinkmann, 2015). Intervjuguiden gjorde det lettere å sikre at spørsmålene som ble stilt var åpne spørsmål. Da disse var planlagt og tenkt gjennom i forkant av intervjuet.

En annen styrke med prosessen var at studiedeltakerne var i rehabiliteringsforløpet når intervjuene ble gjennomført. Erfaringene og forventningene var det de opplevde der og da. De måtte ikke tenke tilbake i tid, noe som bidro til at de faktisk viste hva de tenkte om temaet. De hadde erfaringene og tankene ferskt i minnet. Det hadde vært mer utfordrende dersom intervjuene ble gjort i etterkant, og de måtte husket tilbake til hvilke erfaringer de hadde. Da er det lett at enkelte ting kan glemmes. Samtidig hadde de ei uke igjen av rehabiliteringsopplegget når intervjuene ble gjennomført. Det kan bety at dersom intervjuene var nærmere overgangen, ville de muligens hatt andre forventninger til overgangen.

5.4.2 Reliabilitet

Reliabilitet i kvalitativ forskning handler om resultatenes troverdighet og konsistens (Kvale & Brinkmann, 2015). I denne masteroppgaven var det både fordeler og ulemper med å benytte fokusgrupper for å innhente data. En fordel med metoden var at den var effektivt. I løpet av kort tid ble det innhentet data fra flere studiedeltakere. Samtidig ga det mulighet for diskusjon av temaer. På den måten kom det frem flere ulike synspunkter som sannsynligvis ikke ville kommet frem i individuelle intervju. På den andre siden kan det være at studiedeltakere vegret seg for å dele personlige ting i gruppeintervjuet. Det kan være informasjon som lettere hadde kommet frem i individuelle intervju. Samtidig er det viktig å ikke fokusere for mye på reliabilitet i kvalitativ forskning, siden intervjueren vil ha en påvirkning på datainnsamlingen (Kvale & Brinkmann, 2015).

Grappesammensetningen påvirket også gruppedynamikken. Ved fokusgrupper kan man risikere at noen prater veldig mye og andre overkjøres. I noen grupper kan det også være vanskelig å få i gang samtalen. I fokusgruppediskusjonene kom alle til ordet, men noen snakket betydelig mer enn andre. Det er noe jeg som moderator, kunne vært mer observant på underveis i intervjuene. Jeg kunne hatt en mer aktiv rolle som ordstyrer,

for å sikre at alle fikk sagt det de ønsket. Svarene til studiedeltakerne kunne ha vært annerledes dersom det var en annen som var moderator (Kvale & Brinkmann, 2015). I fokusgruppediskusjonene kan det hende at noen følte på ubehag, og at de følte seg presset til å dele mer enn de var komfortable med. Samtidig mener Barbour (2018) at det ikke er et stort problem at deltakere i fokusgruppe ikke vil dele sine erfaringer, men heller at alle konkurrerer om å fortelle sin historie. Det kan være en fordel at studiedeltakerne kjente hverandre og forhåpentligvis hadde blitt trygge på hverandre, og at de dermed turte å dele egne erfaringer selv om de ikke hadde samme opplevelser. På den andre siden kan det ha vært negativt dersom gruppen hadde en dårlig gruppedynamikk. Da kunne det blitt dårlige fokusgruppediskusjoner, der deltakerne ikke ønsket å dele personlige forventninger. Det kunne ført til dårlig samhandling i fokusgruppen (Malterud, 2012).

Begge intervjuene ble transkribert av meg, det er noe som kan øke troverdigheten. Når flere ulike personer gjennomfører intervju eller transkripsjon kan det bli gjort ulikt (Kvale & Brinkmann, 2015). Intervjuene ble transkribert ordrett, noe som også øker troverdigheten i oppgaven. Samtidig snakket studiedeltakerne dialekt, og det ble transkribert på bokmål. Det kan ha ført til at enkelte utsagn kan ha blitt tolket annerledes enn det som var ment. På den andre siden bidro det til å ivareta studiedeltakernes anonymitet. I fokusgruppene hendte det at noen snakket på likt. Det førte til vanskeligheter med transkripsjonen, men det ble tatt to opptak med to ulike opptakere. Lydopptakerne lå i hver sin ende av bordet, som bidro til at det aller meste ble tydelig i opptakene.

I analyseprosessen ble det laget 203 koder, noe som var mange med tanke på størrelsen av datamaterialet. Det kan ha påvirket prosessen positivt med at dataene ble nøye gjennomgått. Utviklingen av temaene ble diskutert med veileder. Det er en fordel at temaene ble utviklet sammen med en annen person som har erfaring med kvalitativ forskning. Da ble det stilt kritiske spørsmål, og jeg opplevde at jeg i større grad måtte reflektere rundt temaene. Temaene ble også gjennomgått og endret i mange omganger, som betyr at de er gjennomarbeidet og dekkende temaer. Samtidig overlapper ikke temaene hverandre i betydelig grad.

5.5 Relevans for folkehelse

I Norge har vi en egen lov om folkehelsearbeid, og i lovens formål står det at:

Folkehelsearbeidet skal fremme befolkningens helse, trivsel, gode sosiale og miljømessige forhold og bidra til å forebygge psykisk og somatisk sykdom, skade eller lidelse (Folkehelseloven, 2011).

Temaet i denne masteroppgaven er relevant for folkehelse ved at muskel- og skjelettplager rammer mange i Norge. Det gjør at mange havner utenfor arbeidslivet. Rutiner og meningsfulle aktiviteter er viktig for god helse. Mange med muskel- og skjelettplager har behov for rehabilitering. Overgangen fra rehabilitering og tilbake til hverdagen er en utfordrende overgang, og det er spesielt viktig å fokusere på de sårbare periodene. Det er ønskelig at menneskene som deltar på rehabilitering faktisk får utbytte av det, og at det kan bidra positivt for helsen deres. Samfunnets viktigste kapital er befolkningens helse, og det er en samfunnsoppgave å investere i helse (Mæland, 2021).

Det er viktig å sette søkelys på helsefremming og forebygging av sykdom, og prøve å unngå at så mange mennesker rammes av muskel- og skjelettplager som begrenser livet. I vertfall at så mange blir hemmet av muskel- og skjelettplager i så stor grad at de har behov for døgnrehabilitering. Vi må formidle viktigheten av blant annet fysisk aktivitet, kosthold og søvn. Ikke alle vet hvor mye det har å si for helsen. Fysisk inaktivitet og økt kroppsvekt har negativ påvirkning på muskel- og skjelettplager. Vi må også prøve å legge opp samfunnet, slik at det er tilrettelagt for bevegelse og sunnere valg. Nå er mye organisert slik at ting krever svært lite fysisk aktivitet, og det er lett å velge usunne matvarer.

Denne studien vil være nyttig for å vite hvordan man kan strukturere døgnrehabiliteringen, og hvordan man kan sikre overgangen tilbake til hverdagen best mulig. Studien er interessant både for spesialisthelsetjenesten der døgnrehabiliteringen er organisert, men også for kommunehelsetjenesten siden de er tette på pasientene før og etter rehabiliteringsoppholdet. Andre lignende tilbud kan også ha nytte av å se hva pasientene tenker om overgangen, for eksempel poliklinisk rehabilitering, kurs og trening i regi av frisklivssentraler. Studien vil også være til nytte for andre pasientgrupper som har døgnrehabilitering.

Til videre forskning vil det være hensiktsmessig med flere studier som undersøker overgangen fra døgnrehabilitering og tilbake til hverdagen for mennesker med muskel- og skjelettplager, og ulike tiltak for å sikre en best mulig overgang. Det ville også vært hensiktsmessig og snakket med pasientene etter at de hadde kommet hjem, og hadde fått erfaringer for hvordan overgangen var. Det vil også være interessant å sammenligne opplevelsene, erfaringene og effekten av døgnrehabilitering med poliklinisk rehabilitering, når det kommer til overgangen tilbake til hverdagen, og ikke arbeidsrettet rehabilitering.

6.0 Konklusjon

Det er både positive og negative sider med hvordan døgnrehabiliteringen for pasienter med muskel- og skjelettplager er organisert i dag. Døgnrehabilitering er et dyrt behandlingstilbud, og det er viktig å sikre at det gir effekt både for pasientene som deltar, men også for samfunnet som bruker mye penger på det. Under rehabiliteringsoppholdet var individuell oppfølging viktig selv om de deltok i et gruppetilbud. Studiedeltakerne hadde behov for å føle seg ivaretatt også etter rehabiliteringen, og det kunne gjøres på ulike måter. Nye opphold og telefonoppfølging kunne vært tilbud som sikret opplevelsen av å bli ivaretatt. Det var positive sider med å delta i et gruppetilbud, siden det skapte et fellesskap mellom deltakerne. For å utnytte potensialet til gruppetilbudet i overgangen fra rehabilitering og tilbake til hverdagen, kunne det vært arrangert støttegrupper i etterkant. Det er utfordrende med tanke på at studiedeltakerne kom fra ulike steder, samtidig finnes det ulike tilbud i regi av kommunene. De fleste var skeptiske til overgangen tilbake til hverdagen, og forventet at den kom til å bli brå og utfordrende. Deltakerne innså i løpet av rehabiliteringsoppholdet at det var mye som måtte gjøres på egenhånd i etterkant for varige endringer. I løpet av rehabiliteringsoppholdet opplevde deltakerne at de hadde fått kunnskap og verktøy som de trengte for å gjøre endringer, som blant annet kunnskap om aktivitetsbalanse og energioptimalisering. Samtidig var de innstilt på at det kom til å bli utfordrende å opprettholde endringene.

Litteraturliste

- Ambrosio, L., Senosiain García, J. M., Riverol Fernández, M., Anaut Bravo, S., Díaz De Cerio Ayesa, S., Ursúa Sesma, M. E., Caparrós, N., & Portillo, M. C. (2015). Living with chronic illness in adults: a concept analysis. 2357-2367.
<https://doi.org/10.1111/jocn.12827>
- Barbour, R. (2018). *Doing focus groups* (2. ed.). SAGE.
- Bautz-Holter, E., Svein, U., Sjøberg, H., & Røe, C. (2007). Utfordringer og trender i rehabilitering. *Tidsskrift for Den norske legeforening*.
<https://tidsskriftet.no/2007/02/tema-rehabilitering/utfordringer-og-trender-i-rehabilitering>
- Berdal, G., Bø, I., Dager, T. N., Dingsør, A., Eppeland, S. G., Hagfors, J., Hamnes, B., Mowinckel, P., Nielsen, M., & Sand-Svartrud, A. L. (2018). Structured goal planning and supportive telephone follow-up in rheumatology care: results From a pragmatic, stepped-wedge, cluster-randomized trial. *Arthritis Care & Research*, 70(11), 1576-1586.
<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdfdirect/10.1002/acr.23520>
- Berdal, G., Sand-Svartrud, A.-L., Bø, I., Dager, T. N., Dingsør, A., Eppeland, S. G., Hagfors, J., Hamnes, B., Nielsen, M., & Slungaard, B. (2018). Aiming for a healthier life: a qualitative content analysis of rehabilitation goals in patients with rheumatic diseases. *Disability and rehabilitation*, 40(7), 765-778.
<https://doi.org/10.1080/09638288.2016.1275043>
- Brandt, Å., Madsen, A. J., & Peoples, H. (2013). *Basisbog i ergoterapi : aktivitet og deltagelse i hverdagslivet* (3. ed.). Munksgaard.
- Braun, V., & Clarke, V. (2022). *Thematic analysis : a practical guide*. SAGE.
- Brooks, P. M. (2006). The burden of musculoskeletal disease - a global perspective. 778-781. <https://doi.org/10.1007/s10067-006-0240-3>
- Christensen, J., & Berg, O. T. (2022, 12.08.22). *Velferdsstat*. Store Norske Leksikon.
<https://snl.no/velferdsstat>
- Clarsen, B. M., Steingrimsdottir, O. A., Holvik, K., & Ørstavik, R. E. (2022, 23.09.22). *Muskel- og skjeletthelse i Norge*. Folkehelseinstituttet.
<https://www.fhi.no/nettpub/hin/ikke-smittsomme/muskel-og-skjeletthelse/>
- Dong, C., Gardener, H., Rundek, T., Marulanda, E., Gutierrez, C. M., Campo-Bustillo, I., Gordon Perue, G., Johnson, K. H., Sacco, R. L., & Romano, J. G. (2023). Factors and Behaviors Related to Successful Transition of Care After Hospitalization for Ischemic Stroke. *Stroke*, 54(2), 468-475.
<https://doi.org/10.1161/strokeaha.122.040891>
- Finansdepartementet. (2012, 23.01.2012). *Velferdsstaten* Ungdoms konferanse, https://www.regjeringen.no/contentassets/4a5d1aeefca94265accb3ceb1ec85f4e/faktahefte_velferdsstaten.pdf
- Finlay, K. A., & Elander, J. (2016). Reflecting the transition from pain management services to chronic pain support group attendance: An interpretative phenomenological analysis. *British Journal of Health Psychology*, 21(3), 660-676.
<https://doi.org/10.1111/bjhp.12194>
- Fjellså, I. F., Stokken, R., & Tjora, A. (2019). Arbeidsrettet rehabilitering og hverdagens motstand. *Tidsskrift for velferdsforskning*, 22(2), 146-162.
<https://doi.org/10.18261/issn.2464-3076-2019-02-04>
- Flick, U. (2018). *An introduction to qualitative research* (6. ed.). SAGE.
- Folkehelseinstituttet. (2021). *Folkehelse rapporten - Helsetilstanden i Norge*.
<https://www.fhi.no/nettpub/hin/>

- Lov om folkehelsearbeid, (2011). <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-29>
- Forskrift om habilitering, rehabilitering og koordinator, (2012). <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2011-12-16-1256>
- Foster, N. E. (2011). Barriers and progress in the treatment of low back pain. *BMC medicine*, 9(1), 1-5. <https://bmcmmedicine.biomedcentral.com/articles/10.1186/1741-7015-9-108#citeas>
- Gran, J. T. (2009). Definisjon og klassifisering av revmatiske sykdommer. *Norsk Epidemiologi*, 18(1). <https://doi.org/10.5324/nje.v18i1.54>
- Hara, K. W., Bjørngaard, J. H., Brage, S., Borchgrevink, P. C., Halsteinli, V., Stiles, T. C., Johnsen, R., & Woodhouse, A. (2018). Randomized controlled trial of adding telephone follow-up to an occupational rehabilitation program to increase work participation. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 28, 265-278. <https://doi.org/10.1007/s10926-017-9711-4>
- Helsedirektoratet. (2019). *Forsøk statlig finansiering av omsorgstjenester- Kriterier for tildeling av omsorgstjenester* (IS-2391). https://www.helsedirektoratet.no/tilskudd/statlig-finansiering-av-omsorgstjenester/Kriteriedokument%20for%20tildeling%20av%20omsorgstjenester.pdf/_attachment/inline/5023f9ef-ee0b-49e1-a238-b473c0f7e065:fc0ab56988e25b34e7b9c2cd36b1a48d5ed3114d/Kriteriedokument%20for%20tildeling%20av%20omsorgstjenester.pdf
- Helsedirektoratet. (2022, 22.08.22). *Langvarige og sammensatte smertetilstander - helhetlig pasientforløp*. Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/horinger/langvarige-og-sammensatte-smertetilstander-helhetlig-pasientforlop#bakgrunn>
- Helsenorge. (2019). *Habilitering og rehabilitering*. Helsenorge. <https://www.helsenorge.no/hjelpetilbud-i-kommunene/habilitering-og-rehabilitering/>
- Helsenorge. (u.å.). *Ventetider for Rehabilitering: Langvarig muskel- og bløtdelssmerte*. Helsenorge. <https://tjenester.helsenorge.no/velg-behandlingssted/behandling/ventetider-for?bid=357>
- Henzoz, Y., de Goumoëns, P., So, A., & Paillex, R. (2010). Functional multidisciplinary rehabilitation versus outpatient physiotherapy for non-specific low back pain: randomised controlled trial. *Swiss Med. Wkly*, 140, w13133. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21181567/>
- Kamper, S. J., Apeldoorn, A. T., Chiarotto, A., Smeets, R. J. E. M., Ostelo, R. W. J. G., Guzman, J., & van Tulder, M. W. (2014). Multidisciplinary biopsychosocial rehabilitation for chronic low back pain. CD000963. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000963.pub3>
- Kinge, J. M., Knudsen, A. K., Skirbekk, V., & Vollset, S. E. (2015). Musculoskeletal disorders in Norway: prevalence of chronicity and use of primary and specialist health care services. *BMC musculoskeletal disorders*, 16, 1-9. <https://doi.org/10.1186/s12891-015-0536-z>
- Klevanger, N. E., Fimland, M. S., Johnsen, R., & Rise, M. B. (2018). Unfolding the values of work—Therapists experience of addressing the return to work process in occupational rehabilitation based on acceptance and commitment therapy. *BMC Health Services Research*, 18, 1-17. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3035-8>
- Klevanger, N. E., Fimland, M. S., & Rise, M. B. (2021). Aligning stakeholders' understandings of the return-to-work process: a qualitative study on workplace meetings in inpatient multimodal occupational rehabilitation. *International Journal*

- of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 16(1), 1946927.
<https://doi.org/10.1080/17482631.2021.1946927>
- Koes, B. W., van Tulder, M., Lin, C.-W. C., Macedo, L. G., McAuley, J., & Maher, C. (2010). An updated overview of clinical guidelines for the management of non-specific low back pain in primary care. *European Spine Journal*, 19(12), 2075-2094. <https://doi.org/10.1007/s00586-010-1502-y>
- Kristensen, H. K., Persson, D., Nygren, C., Boll, M., & Matzen, P. (2011). Evaluation of evidence within occupational therapy in stroke rehabilitation. *Scandinavian journal of occupational therapy*, 18(1), 11-25.
<https://www.tandfonline.com/doi/full/10.3109/11038120903563785?scroll=top&needAccess=true&role=tab>
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg. ed.). Gyldendal akademisk.
- Malterud, K. (2012). *Fokusgrupper som forskningsmetode for medisin og helsefag*. Universitetsforlaget.
- Meld. St. nr. 21 (1998-99). *Ansvar og meistring*. Retrieved from
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-21-1998-99/id431037/>
- Messerli, A. W., & Deutsch, C. (2020). Implementation of Institutional Discharge Protocols and Transition of Care Following Acute Coronary Syndrome. *Cardiovasc Revasc Med*, 21(9), 1180-1188. <https://doi.org/10.1016/j.carrev.2020.02.013>
- Murray, C. J. L., Abbafati, C., Abbas, K. M., Abbasi, M., Abbasi-Kangevari, M., Abd-Allah, F., & Lim, S. S. (2020). Five insights from the Global Burden of Disease Study 2019. *The Lancet*, 396(10258), 1135-1159. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(20\)31404-5](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(20)31404-5)
- Mæhlum, S. (2020, 25.09.2020). *Rehabilitering*. Store Norske Leksikon.
<https://sml.snl.no/rehabilitering>
- Mæland, J. G. (2021). *Forebyggende helsearbeid : folkehelsearbeid i teori og praksis* (5. ed.). Universitetsforlaget.
- NAV. (2022a, 22.12.22). *Arbeidsavklaringspenger (AAP)*. NAV. <https://www.nav.no/aap>
- NAV. (2022b). *Nedgang i det totale sykefraværet*. NAV. <https://www.nav.no/no/nav-og-samfunn/statistikk/sykefravar-statistikk/nyheter/nedgang-i-det-totale-sykefravaeret>
- NAV. (2023a, 17.01.23). *Sykepenger*. NAV. <https://www.nav.no/sykepenger>
- NAV. (2023b, 17.01.23). *Uføretrygd*. NAV. <https://www.nav.no/uforetrygd>
- O'Callaghan, G., Fahy, M., Murphy, P., Langhorne, P., Galvin, R., & Horgan, F. (2022). Effectiveness of interventions to support the transition home after acute stroke: a systematic review and meta-analysis. *BMC Health Services Research*, 22(1), 1-12.
<https://doi.org/10.1186/s12913-022-08473-6>
- Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester, (2011).
<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>
- Regjeringen. (2023, 16.01.2023). *Grunnstrukturen i helsetjenesten*. Regjeringen.no.
<https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/sykehus/vurderes/grunnstrukturen-i-helsetjenesten/id227440/>
- Rise, M. B., Gismervik, S. Ø., Johnsen, R., & Fimland, M. S. (2015). Sick-listed persons' experiences with taking part in an in-patient occupational rehabilitation program based on Acceptance and Commitment Therapy: a qualitative focus group interview study. *BMC Health Services Research*, 15(1), 1-12.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26613944/>
- Saltychev, M., Laimi, K., Pentti, J., Kivimäki, M., & Vahtera, J. (2014). Short- and long-term changes in perceived work ability after interdisciplinary rehabilitation of

- chronic musculoskeletal disorders: prospective cohort study among 854 rehabilitants. *Clinical Rehabilitation*, 28(6), 592-603.
<https://doi.org/10.1177/0269215513513602>
- Skogli, E., Theie, M. G., Stokke, O. M., & Lind, L. (2019). *Muskelskjelettsykdom i Norge: Rammer flest og Koster mest*. MenonEconomics. <https://www.menon.no/wp-content/uploads/2019-31-Rammer-flest-koster-mest.pdf>
- St.meld. nr. 47 (2008-2009). *Samhandlingsreformen— Rett behandling – på rett sted – til rett tid*. Retrieved from <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-47-2008-2009-/id567201/?ch=1>
- Saal, S., Kirchner-Heklau, U., Müller, T., Wohlfarth, K., Hamzei, F., Müller, M., Strobel, S., & Clewing, C. (2019). Optimized Transition from Inpatient Stroke Rehabilitation to Home Care - Current Practice and Analysis of Factors Influencing Transition. 39-49. <https://doi.org/10.1055/s-0043-124347>
- Tracy, S. J. (2010). Qualitative quality: Eight “big-tent” criteria for excellent qualitative research. *Qualitative inquiry*, 16(10), 837-851.
<https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/1077800410383121>
- WHO. (2023, 30.01.2023). *Rehabilitation*. World Health Organization.
<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/rehabilitation>
- Zeidler, J., Mittendorf, T., Vahldiek, G., Zeidler, H., & Merkesdal, S. (2008). Comparative cost analysis of outpatient and inpatient rehabilitation for musculoskeletal diseases in Germany. 1527-1534. <https://doi.org/10.1093/rheumatology/ken315>
- Aasdahl, L., Fimland, M. S., Bjørnelv, G. M., Gismervik, S. Ø., Johnsen, R., Vasseljen, O., & Halsteinli, V. (2023). Economic Evaluation of Inpatient Multimodal Occupational Rehabilitation vs. Outpatient Acceptance and Commitment Therapy for Sick-Listed Workers with Musculoskeletal-or Common Mental Disorders. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 1-10.
<https://link.springer.com/article/10.1007/s10926-022-10085-0>

Vedlegg

Vedlegg 1: Informasjonsskriv

Vil du delta i forskningsprosjektet

"Fra rehabilitering til hverdagen etterpå?"

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å få innblikk i tanker pasienter med smerteproblematikk har om overgangen fra rehabilitering til hverdagslivet etterpå. I dette skrevet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Formålet med prosjektet er å undersøke hvilke forventninger mennesker som er på døgner rehabilitering for langvarig smerteproblematikk, har om overgangen fra rehabiliteringen og tilbake til hverdagen?

Forskningsprosjektet er et masterstudentprosjekt.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie ved NTNU er ansvarlig for prosjektet.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Du får denne henvendelsen fordi du deltar i et rehabiliteringsprogram for langvarig smerteproblematikk. Ved å samle denne informasjonen fra personer som har deltatt i rehabilitering ønske vi å kunne utvikle bedre rehabiliteringstilbudene for pasienter i din situasjon.

Hva innebærer det for deg å delta?

Deltakelsen innebærer et gruppeintervju på ca. 1 – 1,5 time. I tillegg er det et kort individuelt spørreskjema i forkant av intervjuet som vil ta deg ca. 2 minutter. Opplysningene som samles inn, vil omhandle dine erfaringer knyttet til deltakelse i rehabilitering og overgangen til hjemmesituasjon etterpå. Det vil bli tatt opptak av intervjuet og intervjuer vil kunne ta notater underveis i samtalen.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykket tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle dine personopplysninger vil da bli slettet. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

Det er ingen risiko ved å delta i forskningen. Å være med vil ikke gi deg noen direkte fordeler, utenom at du bidrar til utvikling av ny kunnskap.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrevet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personverregelverket.

Alle opplysningene vil bli behandlet uten navn og fødselsnummer eller andre direkte gjenkjenner opplysninger. Det er kun de to masterstudentene og veiledere i tilknytning prosjektet som har tilgang på lagret datamateriale. Data vil oppbevares sikkert etter NTNU sine retningslinjer.

Hva skjer med personopplysningene dine når forskningsprosjektet avsluttes?

Prosjektet vil etter planen avsluttes 31.12.23. Etter prosjektslutt vil datamaterialet med dine personopplysninger slettes.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra Norges teknisk- naturvitenskapelige universitet (NTNU) og prosjektleder Lene Aasdahl har Personverntjenester vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Dine rettigheter

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- innsyn i hvilke opplysninger vi behandler om deg, og å få utlevert en kopi av opplysningene
- å få rettet opplysninger om deg som er feil eller misvisende
- å få slettet personopplysninger om deg
- å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å vite mer om eller benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

- Norges teknisk- naturvitenskapelige universitet ved Tina Kleven, telefon 48604474, epost: tinaklev@ntnu.no eller Lene Aasdahl, telefon 93224342, epost: lene.aasdahl@ntnu.no
- Vårt personvernombud: Thomas Helgesen, epost: thomas.helgesen@ntnu.no

Hvis du har spørsmål knyttet til Personverntjenester sin vurdering av prosjektet, kan du ta kontakt med:

- Personverntjenester på epost (personverntjenester@sikt.no) eller på telefon: 53 21 15 00.

Med vennlig hilsen

Lene Aasdahl
(Forsker/veileder)

Tina Kleven

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet: fra rehabilitering til hverdagen etterpå, og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta i fokusgrupperintervju
- å delta i spørreskjema

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Vedlegg 2: Spørreskjema

SPØRRESKJEMA

Alder: 18-29 30-39 40-49 50-59 60-69 70-79 80+

Kjønn: Kvinne Mann Annet

Bosituasjon: Bor alene Samboer ~~Samboer~~ med barn Med barn

Jobbstatus: Fulltid Deltid Sykemeldt Ufør Annet

Oppstart smerteproblematikk: 0-12 mnd. 1-2 år 3-5 år 5-10 år 10år +

Tidligere behandling for smerteproblematikk:

Poliklinisk rehabilitering Døgnrehabilitering Kirurgiske inngrep

Annet:

Kommentar _____

Vedlegg 3: Intervjuguide

Intervjuguide 2.0

Innledningsvis:

- Uformell prat, tilby mat og drikke. Levere informasjonsskrivet og innhente samtykke.
- Bakgrunn for intervjuet: vi er to masterstudenter i folkehelse ved NTNU i Trondheim.
- Formålet er å høre om hvilke forventninger dere har om overgangen fra rehabiliteringstilbudet dere har deltatt i, til hverdagslivet etterpå.
- Levere spørreskjema, denne informasjonen hentes inn for at vi skal få bedre innblikk i hvem dere er
- Vi har taushetsplikt, og vi oppfordrer dere til å holde informasjonen som fremkommer til dere selv.
- Det er ingen riktige eller gale svar, og heller ikke et mål om å være enig med hverandre. Ulike synspunkt er bare bra.

Samtalen blir tatt opp, og nå starter jeg opptaket.

Hovedspørsmål:

1. Kan dere fortelle litt om hvordan dere har opplevd behandlingstilbudet her?
 - a. Hva har dere lært?
 - b. Hva har fungert?
2. Hva fra rehabiliteringen tar dere med dere videre?
 - a. Hvilke/hvis noen verktøy/strategier for å håndtere smertene tilbake til hverdagen?
 - b. Hvordan ta dem i bruk – nytteverdien?
 - c. Relasjoner i gruppen
3. Hva tenker dere om at dere nå skal stå på egne ben hjemme?
 - a. Positive og negative tanker/følelser
 - b. Hvordan har dere forberedt dere på overgangen?
 - c. Hvordan opplevde dere de to ukene dere var hjemme i midten av rehabiliteringstilbudet?
4. Hvordan har dere forberedt dere på å avslutte rehabiliteringen?
 - a. Har dette/ på hvilken måte har dette blitt diskutert underveis i behandlingsforløpet?
5. Ser dere for dere noen endringer i hverdagen i etterkant av behandlingsforløpet?
 - a. Motivasjonen for dette
 - b. Arbeid, familie, venner og hobbyer, oppfølging av helsevesenet, smertenivået/funksjon
 - c. Oppfølging?
6. Hva tenker dere skal til for å gjøre overgangen fra rehabilitering til hverdagslivet best mulig?
 - a. Har dere noen tanker om utforming og innhold i tilbudet som kunne vært annerledes?
 - b. Viktige støttespillere? (Familie og venner, helsepersonell)

Ha med: Hvordan opplevde dere tidsperioden/pausen/utprøving hjemme i midten av rehabiliteringstilbudet?

Avsluttende spørsmål:

- Er det noe dere håpte jeg skulle spørre om?
- Er det noe annet dere har lyst til å dele?
- Har dere noen spørsmål?

Tusen takk for deltakelsen, nå stopper jeg opptaket og ønsker dere lykke til videre.

Vedlegg 4: NSD godkjenning

[Meldeskjema](#) / [Fra rehabilitering til hverdagen etterpå -masterprosjekt Tina Kleven](#) / Vurdering

Vurdering av behandling av personopplysninger

Referansenummer 586304	Vurderingstype Standard	Dato 13.09.2022
----------------------------------	-----------------------------------	---------------------------

Prosjekttittel

Fra rehabilitering til hverdagen etterpå -masterprosjekt Tina Kleven

Behandlingsansvarlig institusjon

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet / Fakultet for medisin og helsevitenskap (MH) / Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie

Prosjektansvarlig

Lene Aasdahl

Student

Tina Kleven

Prosjektperiode

14.09.2022 - 31.12.2023

Kategorier personopplysninger

Alminnelige

Særlige

Lovlig grunnlag

Samtykke (Personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a)

Uttrykkelig samtykke (Personvernforordningen art. 9 nr. 2 bokstav a)

Behandlingen av personopplysningene er lovlig så fremt den gjennomføres som oppgitt i meldeskjemaet. Det lovlige grunnlaget gjelder til 31.12.2023.

[Meldeskjema](#) 

Kommentar

OM VURDERINGEN

Personverntjenester har en avtale med institusjonen du forsker eller studerer ved. Denne avtalen innebærer at vi skal gi deg råd slik at behandlingen av personopplysninger i prosjektet ditt er lovlig etter personvernregelverket.

Personverntjenester har nå vurdert den planlagte behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at behandlingen er lovlig, hvis den gjennomføres slik den er beskrevet i meldeskjemaet med dialog og vedlegg.

