

Upplevelsen av rehabilitering i hemmiljö hos äldre personer i Mariehamn

En kvalitativ intervjustudie

Elin Lindqvist

EXAMENSARBETE	
Arcada	
Utbildningsprogram:	Fysioterapi YH
Identifikationsnummer:	3993
Författare:	Elin Lindqvist
Arbetets namn:	Upplevelsen av rehabilitering i hemmiljö hos äldre personer i Mariehamn
Handledare (Arcada):	Ira Jeglinsky-Kankainen
Uppdragsgivare:	Mariehamns stads äldreomsorg och Ålands hälso- och sjukvård
Sammandrag:	
<p>Detta examensarbete är en del av hemrehabiliteringsprojektet ”Rehabilitering i hemmiljö i Mariehamn” och är utformat som en kvalitativ studie. Syftet med studien är att utvärdera klienternas upplevelse av hemrehabiliteringen samt utreda hur klienternas egna uppfattning av rehabiliteringens resultat ser ut. Studiens frågeställning är: ”Hur har klienterna upplevt rehabiliteringen i hemmiljö?” I Finland är detta det första projektet av detta slag medan det i Sverige har utförts ett antal liknande projekt de senaste åren. Skribenten i denna studie har använt sig av halvstrukturerad temaintervju som datainsamlingsmetod. Intervjuerna har bandats och transkriberats. Analysen av materialet skedde genom innehållsanalys där materialet kategoriserades in i fyra kategorier. Åtta informanter deltog i studien. Resultatet visar att samtliga informanter upplevde rehabiliteringen i hemmiljö som mycket positiv särskilt med tanke på att de slapp åka någonstans för att få rehabilitering. Informanterna kände sig trygga att komma hem efter sjukhusvistelsen tack vare hemrehabiliteringsteamet (HRT). HRT upplevdes som trevliga och positiva vilket gjorde hemrehabiliteringen som en höjdpunkt i veckan för informanterna. Oklarheter fanns med tanke på hur man ska få rehabilitering igen om man behöver och det kom fram att fler rehabiliteringstillfällen önskas.</p>	
Nyckelord:	Rehabilitering, Hemmiljö, Upplevelse, Äldre personer, Mariehamn
Sidantal:	36
Språk:	Svenska
Datum för godkännande:	17.12.2012

DEGREE THESIS	
Arcada	
Degree Programme:	Physio Therapy YH
Identification number:	3993
Author:	Elin Lindqvist
Title:	The experience of rehabilitation in the home environment of elderly people in Mariehamn
Supervisor (Arcada):	Ira Jeglinsky-Kankainen
Commissioned by:	Mariehamns stads äldreomsorg and Ålands hälso- och sjukvård
Abstract:	
<p>This thesis is part of the home rehabilitation project "Rehabilitation in the home environment in Mariehamn" and is designed as a qualitative study. The purpose of this study is to evaluate the clients' experience of the home rehabilitation and examine how the clients perceive the results from their rehabilitation. The study question is: "How have the clients experienced rehabilitation in a home environment?" This is the first project of its kind in Finland while a number of similar projects have been carried out in Sweden in recent years. The writer of this study has used semi-structured theme interview as data collection method. The interviews were recorded and transcribed. The analysis of the material was done by content analysis where the material was categorized into four categories. A total of eight respondents were included in the study. The results show that all respondents experienced rehabilitation in the home environment as very positive, especially considering that they did not have to go anywhere to get rehabilitation. The informants felt safe to come home after hospitalization due to the home rehabilitation team (HRT). HRT were experienced as pleasant and positive, which made the home rehabilitation a highlight of the week for the informants. There were ambiguities regarding how to get rehabilitation again if you need and desires for more rehabilitation opportunities were unveiled.</p>	
Keywords:	Rehabilitation, Home Environment, Experience, Elderly People, Mariehamn
Number of pages:	36
Language:	Swedish
Date of acceptance:	17.12.2012

INNEHÅLL / CONTENTS

Förord

1	Inledning.....	8
2	Bakgrund och teoretisk referensram.....	9
2.1	Hemrehabilitering	9
2.2	Tidigare forskning	11
2.3	Presentation av projektet	12
2.3.1	<i>Projektets syften och mål.....</i>	<i>12</i>
2.3.2	<i>Projektets målgrupp och resurser</i>	<i>13</i>
2.3.3	<i>Arbetsbeskrivning</i>	<i>13</i>
3	Problemavgränsning	15
4	Metod	15
4.1	Halvstrukturerad temaintervju.....	15
4.2	Innehållsanalys.....	16
4.3	Motivering för metodval	17
4.4	Målgrupp.....	18
4.5	Design	19
4.6	Etiska reflektioner	20
	<i>Informerat samtycke</i>	<i>20</i>
	<i>Skydd av privatlivet.....</i>	<i>20</i>
	<i>Korrekthet av data</i>	<i>20</i>
5	Resultat	21
5.1	Upplevelsen att komma hem efter sjukhusvistelse	21
5.2	Delaktighet i rehabiliteringen	22
5.3	Upplevelsen av den egna funktionsförmågan efter rehabiliteringen	23
5.4	Upplevelsen av rehabiliteringen i hemmet	24
5.4.1	<i>Psykiskt uppiggande.....</i>	<i>24</i>
5.4.2	<i>Att slippa åka hemifrån för rehabilitering.....</i>	<i>25</i>
5.4.3	<i>Negativa upplevelser</i>	<i>25</i>
5.4.4	<i>Ekonomiska aspekter</i>	<i>26</i>
5.4.5	<i>Övriga upplevelser.....</i>	<i>26</i>
5.5	Sammanfattning av resultat	27
6	Diskussion och kritisk granskning	28
	Källor / References	32

Bilagor..... 34

Bilagor

Bilaga 1. Informationsbrev

Bilaga 2. Informerat samtycke

Bilaga 3. Intervjuguide

Figurer

Figur 1. Rehabiliteringskedja.....14

Figur 2. Kvalitativ metod16

Figur 3. Forskningsprocess.....19

FÖRORD

Jag vill tacka min handledare Ira Jeglinsky-Kankainen för ett gott stöd och vägledning genom examensarbetsprocessen. Jag vill också rikta ett stort tack till informanterna som deltagit i studien och bjudit in mig för en pratstund i deras hem. Dessutom vill jag tacka min familj och mina vänner för att ha stöttat och uppmuntrat mig genom denna process.

Helsingfors, november 2012

Elin Lindqvist

1 INLEDNING

Ett välkänt fenomen idag är att befolkningen lever längre vilket leder till att antalet äldre personer ökar samtidigt som antalet platser på våra äldreboenden består de samma. Det här betyder att vi bör hitta ett sätt för våra åldringar att kunna bo längre hemma både med tanke på de äldres välmående och samhällets kostnader. Margareta Lilja menar i Socialstyrelsens rapport (2001) att många äldre idag bor hemma trots att de har svårigheter att klara av de dagliga rutinerna och detta skulle kunna förhindras genom rätt stöd från omgivningen, alltså insatser från hemtjänst och hemrehabiliteringsteam. Lilja (2001) påpekar att tidigt insatta rehabiliteringsåtgärder kan vara avgörande för om personen klarar av vardagen eller inte samt inverkar på hur stor de anhörigas insats behöver vara.

Man ser ofta på åldrandet som lika med förlust av funktionsförmåga och detta kompenseras vanligen med hjälpinsatser som snarare stjälper än hjälper den åldrande personen. Vi måste börja ändra på våra omvårdnadsinsatser till att bli rehabiliterande istället för serviceinriktade, alltså vi skall hjälpa till självhjälp och inte utföra sysslorna istället för klienten. Allt som sker i klientens liv under dygnets 24 timmar har betydelse för rehabiliteringen. Detta betyder att man alltså inte kan avgränsa rehabiliteringen till några få tillfällen utan den skall integreras i klientens dagliga sysslor. Alla de personer som finns i klientens närhet skall ha ett rehabiliterande synsätt och använda ett stödjande förhållningssätt. (Corlin 2008)

Mariehamns stads äldreomsorg i samarbete med Ålands hälso- och sjukvård och yrkeshögskolan Arcada har initierat ett hemrehabiliteringsprojekt 2011 som har som främsta mål att förkorta klienternas inskrivning på institution eller sjukhus. Som en del av detta projekt har skribenten utvärderat klienternas upplevelser av rehabiliteringen som utförts i hemmiljön.

2 BAKGRUND OCH TEORETISK REFERENSRAM

I detta kapitel kommer skribenten att förklara de centrala begreppen i detta arbete. Den teoretiska bakgrunden baserar sig på forskningar och artiklar som har sökts upp via databaserna EBSCO, PubMed, CINAHL och Google Scholar.

2.1 Hemrehabilitering

Det finns ingen klar definition på begreppet hemrehabilitering men Landstingsförbundet i Sverige (1998) har förklarat det som: ”Rehabilitering som enligt sjukvårdshuvudmannens åtagande och ansvar ges i patientens bostad eller där patienten vistas. Insatserna ska ha föregåtts av individuell vårdplanering. Ansvaret för de medicinska insatserna ska vara sammanhängande över tiden.” (Liss et. al 2009)

Rehabilitering är något som alla ska ha tillgång till när vi har behov av det. Åldrandet medför tillstånd som nedsatt syn, hörsel samt att rörligheten successivt minskar. Till detta försämras även minnet. Om personen dessutom drabbas av en sjukdomsattack såsom stroke eller får en fraktur så ändras livssituationen för den här personen radikalt. Personen blir initialt intagen på sjukhus och får den första vården där men utmaningen kommer då personen skall återvända till hemmet. Nu behövs insatser för att personen skall klara av sin dagliga situation trots att han/hon utöver sina ålderskrämpor även har en sjukdom i bagaget. Det är här som hemrehabiliteringen kommer in i bilden. Hemrehabiliteringen sker i hemmiljö och det handlar om att återfå funktions- och aktivitetsförmåga efter sjukhusvistelsen. Detta sker genom specifik träning med hjälp av arbetsterapeut/ergoterapeut och sjukgymnast/fysioterapeut i det egna hemmet. (Liss et. al 2009)

Rehabiliteringen går ut på att ta vara på det friska och förstärka det så att det ”sjuka” inte blir lika betydande. Det finns många studier som visar på att om man inte använder sina färdigheter så tappar man dem vartefter och detta gäller även dagliga aktiviteter (ADL). Rehabilitering kan därför ses som ett sätt att hålla dessa färdigheter vid liv och därigenom underlätta så att personen kan klara sig själv hemma längre in på ålderns höst. (Lilja 2001) Begreppet ADL – på engelska Activities of Daily Living - betyder alla slags aktiviteter som vi utför i det dagliga livet såsom att klä på sig, tvätta sig, laga

mat, äta och så vidare. Genom att testa dessa aktiviteter kan man få en uppfattning om en persons behov av hjälp i hemmet eller rehabilitering. (MedicineNet 2012)

Young och Forster lyfter fram fördelar och nackdelar med hemrehabilitering i sin artikel 2010. Fördelar med hemrehabilitering kan vara att klienten slipper ta sig till en rehabiliteringspoliklinik eller sjukhus vilket kan vara mycket tids- och energikrävande för en funktionsnedsatt person. Samtidigt kräver det i många fall att klienten har någon med sig vilket kanske inte alltid finns att tillgå. Vidare kan hemrehabilitering vara mer klientcentrerad då man kan jobba med tillgångarna i det egna hemmet samt att anhöriga kan involveras för att lära dem hur de kan hjälpa klienten. Däremot finns det också punkter som talar emot hemrehabilitering som till exempel att rehabiliteringen kan bli oregelbunden och sakna den intensitet som skulle behövas för att nå optimalt resultat. (Forster & Young 2010) Dow och McDonald skriver i sin artikel (2007) att den forskning som hittills finns visar på att hemrehabilitering ger samma resultat om inte bättre jämfört med om rehabiliteringen utförs utanför hemmet. Dessutom har det kommit fram att klienterna föredrar att vara hemma framför institution och att de är generellt nöjda med hemrehabiliteringen.

Den ekonomiska biten är också en betydande faktor vid planering av rehabilitering. Eftersom de äldre blir allt fler samtidigt som de arbetsföra, skattebetalande inte ökar i samma utsträckning vilket betyder att vi måste klara av att ta hand om åldringarna med samma medel som vi gjorde då de var färre. Det finns i nuläget inte uttalat mycket forskning gjord angående hur kostnadseffektivt hemrehabilitering är jämfört med rehabilitering på institution men mycket talar för rehabilitering i hemmet. Eftersom hemrehabilitering visat sig ge färre antal dagar på institution så ger detta reducerade sjukvårdskostnader. (Rydwik et. al 2011)

Rehabilitering av äldre strävar till att bibehålla eller till en viss mån förbättra den fysiska funktionsförmågan men också att ge livskvalitet eftersom förmågan att kunna utföra all dagliga aktiviteter har en positiv inverkan på välbefinnandet hos äldre. Träningen skall inte vara uttröttande eller betungande utan skall innehålla övning av vardagliga saker såsom till exempel att gå i trappor, promenera ute eller träna rörligheten i armar och ben. Målet skall uppmuntra till egen aktivitet och ansvar hos den äldre. (Corlin 2008)

2.2 Tidigare forskning

Orsaken till varför man på många håll både här i Norden och i övriga världen börjat tillämpa hemrehabilitering är för att man tror att man genom detta kan hitta en lösning på problemet att ekonomin och resurserna inte räcker till för att ta hand om vår åldrande befolkning.

I Sverige har ett betydande antal liknande projekt som Mariehamns projekt utförts med goda resultat både rehabiliteringsmässigt och ekonomiskt. I Falun gjordes år 2009 ett projekt där kommunen införde hemrehabilitering i ett tidigt skede för klienterna och kunde därefter redovisa ett gott resultat på självständighet hos de enskilda klienterna samt att behovet av hemtjänst därmed minskade (Liss et al 2009). Som ett annat exempel kan nämnas Örebros projekt ”Rehabilitering i hemmet” 2008 som kunde redovisa att genom att öka samarbetet, ha en god kommunikation och utveckla rutinerna i hemtjänst och hemrehabiliteringsteam kan man få ökad självständighet och aktivitets- och funktionsförmåga hos deltagarna (Corlin 2008).

I Finland har ännu inte några liknande projekt inom hemrehabilitering gjorts men däremot finns hemrehabilitering tillgänglig bland annat för krigsveteraner. I Karleby stad har man börjat ändra rehabiliteringen för veteranerna från att vara institutionell rehabilitering till dag- och hemrehabilitering (Karleby stad 2011).

Många undersökningar visar att rehabilitering i hemmet jämfört med på institution ger lika bra resultat på daglig aktivitet och fysisk funktionsförmåga och även i vissa fall till och med något bättre. Vid jämförelse mellan poliklinisk rehabilitering och hemrehabilitering i en randomiserad kontrollerad studie i Australien med 229 deltaganden visar resultatet att hemrehabilitering är till fördel då man tittar på risken att deltagarna åter igen skrivs in på sjukhus. I studien delades deltagarna in i två grupper där den ena fick rehabilitering i hemmet och den andra poliklinisk rehabilitering. Interventionstiden var tre månader och resultatet visade att grupperna hade liknande resultat av rehabiliteringen funktionsmässigt men gruppen som fått rehabilitering på poliklinik krävde mer hjälp i hemmet än hemrehabiliteringsgruppen. Vad som vidare är intressant med denna artikel är att trots att poliklinikgruppen fick mer rehabilitering än hemrehabiliteringsgruppen så nådde båda grupper samma resultat. Detta ger en aning om kostnadseffektiviteten hos hemrehabiliteringen. (Crotty et al 2008)

2.3 Presentation av projektet

År 2009 godkändes förslaget att hemrehabilitering skall ingå i Mariehamns Äldreomsorgsprogram 2008-2030. Pilotprojektet är initierat av Mariehamns stads äldreomsorg och utförs tillsammans med Ålands Hälso- och Sjukvård samt yrkeshögskolan Arcada. En arbetsgrupp för hemrehabilitering tillsattes våren 2010 och de har under året 2010 gjort en projektplan, definierat rehabiliteringskedjan och hemrehabiliteringsprocessen. Därefter har ett hemrehabteam bildats under början av 2011 bestående av fysioterapeut, ergoterapeut, hemtjänst, sjukskötare och läkare. Verksamheten har inletts i mars 2011 och planeras utvärderas under våren 2013 tillsammans med yrkeshögskolan Arcada. (Lindén & Jansson 2011)

2.3.1 Projektets syften och mål

Syftena med projektet var formulerade enligt följande:

1. Förlänga hemmaboende genom att förbättra rehabiliteringskedjan med optimal användning av resurserna.
2. Förkorta äldre personers inskrivning på institution eftersom långvarig institutionsvård påverkar funktionsförmågan negativt.
3. Starta ett multiprofessionellt hemrehabiliteringsteam vars uppgift är att stödja hemmaboende genom att tidiga samordnade insatser och hemrehabilitering för äldre i Mariehamn.
4. Utvärdera och formulera projektet och modellen till ett hemrehabiliteringsprogram för Mariehamns stad, för att på ett bra sätt kunna implementeras i ordinarie verksamhet.

Målen för projekten var uppdelade i tre grupper för klienten, personalen och organisationen:

- Klienten:
 - Kortare vårdtider, tryggare och snabbare hemkomst, tidig kontakt med hemrehabteamet.
 - Återfå/ upprätthålla ADL och fysisk funktionsförmåga
 - Ökad delaktighet och självständighet i vardagen
- Personalen:
 - Ökad motivation genom målfokuserat arbete
 - Kompetenshöjande genom teamarbete med olika yrkeskategorier
- Organisationen:
 - Förbättra samverkan mellan organisationerna
 - Förbättra ekonomin

(Lindén & Jansson 2011)

2.3.2 Projektets målgrupp och resurser

Projektets målgrupp personer var bosatta i Mariehamn 65+ år som har drabbats av stroke, fraktur, fall eller fallrisk. Kriterierna var att personen har en god rehabiliteringspotential och vill bo hemma. Dessutom skulle personen ha motivationen att komma hem samt ha motiverade anhöriga. Om målgruppen blir för stor så kan en prioriteringsordning arbetas fram tillsammans med projektledningsgruppen.

Befintliga resurser från Mariehamns stad äldreomsorg och Ålands hälso- och sjukvård används. Förutom en ergoterapeutjänst (100%) som delas jämt på de två organisationerna. Övriga kostnader uppskattades till ca 45 500 € per år under projekttidens två år. (Lindén & Jansson 2011)

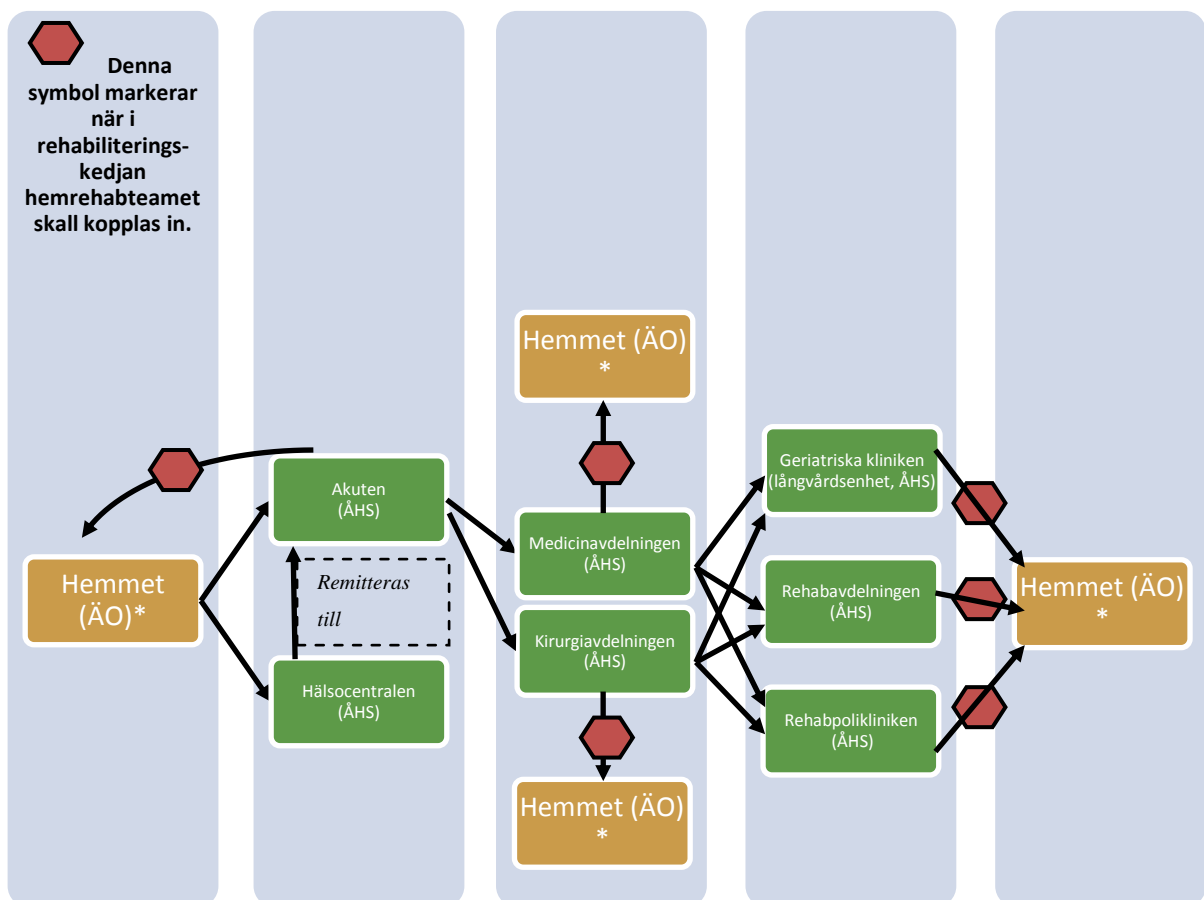
2.3.3 Arbetsbeskrivning

Under pilotprojektet var processen enligt följande: en klient som uppfyller kraven för hemrehabiliteringens målgrupp i Mariehamn initierades från någon av sjukhusets avdelningar, hemtjänsten eller det privata korttidsboendet Villa Gustava. Ålands hälso-

och sjukvård (ÅHS) kontaktade hemrehabiliteringsteamet (HRT) som sedan träffade klienten och anhöll om klientens samtycke till samarbete mellan organisationerna. Om möjligt planerade men redan i det här skedet hemgången för klienten och målen för hemrehabiliteringen. Detta gjorde HRT i samarbete med eventuella anhöriga, sjukhuspersonalen och hemtjänstledare.

Därefter kom hemrehabiliteringsteamet bestående av fysioterapeut och ergoterapeut tillsammans med klienten överens om en första besökstid. Vid det tillfället bedömde de hemsituationen samt funktions- och aktivitetsförmågan med hjälp av ett testbatteri och en hemrehabiliteringsplan upprättas.

Träningsperioden kunde räcka mellan ett fåtal besök till flera månader allt beroende på klientens sjukdom och framsteg i rehabiliteringen. När HRT bedömde att rehabiliteringen kunde avslutas så utvärderades träningsperioden på nytt med hjälp av testbatteriet och fortsatta insatser eller ett avslut planeras. (Lindén & Jansson 2011)



Figur 1. Rehabiliteringskedja Ålands hälso- och sjukvård (ÅHS) – Mariehamns stads äldreomsorg (ÄO)

3 PROBLEMAVGRÄNSNING

Mariehamns stads äldreomsorg och Ålands hälso- och sjukvård samarbetar med yrkeshögskolan Arcada för att utvärdera resultatet av projektet ”Rehabilitering i hemmiljö i Mariehamn”. Syftet med detta examensarbete är, som en del av hemrehabiliteringsprojektet i Mariehamn, utvärdera klienternas uppfattning om hemrehabiliteringen och utreda hur klienternas egna uppfattning av rehabiliteringens resultat ser ut. Resultatet från detta arbete kommer också att användas som eventuell motivering för fortsättning i ordinarie verksamhet. (Jansson & Åkerblom 2012)

Frågeställningen för detta arbete är:

- Hur har klienterna upplevt rehabiliteringen i hemmiljö?

4 METOD

I detta kapitel presenteras metodvalen och motiveringen till dessa. I den här studien har intervju använts som metod. När man skall välja metod till studien så behöver man välja om studien skall vara kvalitativ eller kvantitativ. Här har kvalitativ metod använts och det betyder att antalet informanter är lägre och intervjun är mer öppen i sin design. (Jacobsen 2007 s. 48)

4.1 Halvstrukturerad temaintervju

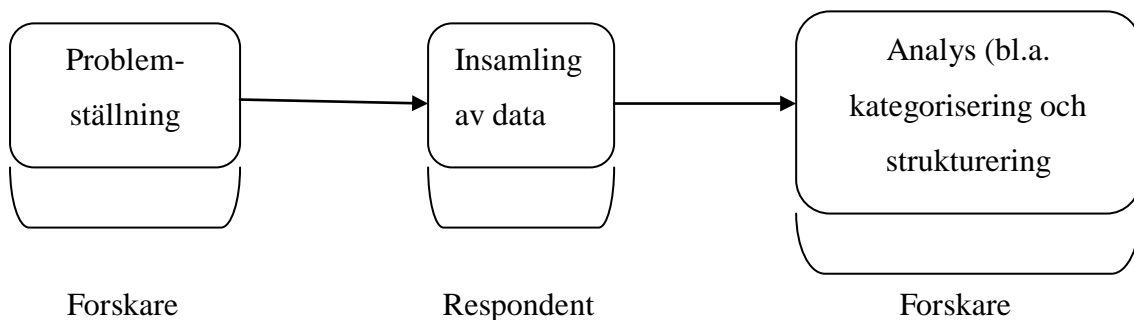
En intervju kan beskrivas som en kommunikation mellan en intervjuare, en respondent och en eventuell åskådare där intervjuaren har tagit initiativet till intervjun. Skillnaden mellan en intervju och ett samtal är att intervjun har en fast rollfördelning och den har ett klart syfte som önskas uppfyllas. Intervjuaren är den som styr samtalet och ställer planerade frågor till respondenten för att få upplyst de teman som intervjun skall innefatta. Därefter analyseras och tolkas innehållet av intervjuaren före den publiceras. (Jacobsen 1993 s. 10-11)

Före intervjuerna börjar så skall man ha rätt ut följande saker:

- Hur skall informationen samlas in?

- Hur skall deltagarna väljas ut??
- Vilken analysmetod skall användas?

En halvstrukturerad temaintervju kan göras både via ett personligt möte eller via telefon. Den karaktäriseras av att parterna samtalar om ett tema som bestämts på förhand och intervjuaren kan ha en intervjuguide till hjälp. Intervjun dokumenteras vanligen med hjälp av bandspelare eller skriftligen. Denna metod lämpar sig bäst när relativt få deltagare medverkar eftersom det är en mycket tidskrävande metod på grund av administrationen runt omkring och mängden data som samlas in. Halvstrukturerad temaintervju passar även bra då man vill få fram människors åsikter eller då man vill veta hur människor tolkar eller förstår någonting. (Jacobsen 2007 s. 92-93)



Figur 2. Kvalitativ metod (Jacobsen 2007 s. 49)

4.2 Innehållsanalys

Intervjuerna analyserades genom innehållsanalys. Vad som är främst utmärkande för innehållsanalys är indelningen av materialet i olika kategorier i vilka man sedan placerar in de olika teman som man hittat i texten. Denna analysmetod uppdelas i fem faser:

1. Kategorisering, materialet delas in i olika kategorier som kan samla in de olika teman man hittar i texten
2. Fylla kategorierna med innehåll, illustrera dem med hjälp av citat
3. Räkna hur många gånger ett tema nämns i varje kategori
4. Jämföra intervjuerna och plocka ut likheter och skillnader
5. Granska likheterna och skillnaderna

(Jacobsen 2007 s. 139)

Kategorisering innebär att man samlar citat från intervjuerna i teman vilket bildar en struktur för materialet och gör det lättare att få en överblick och senare en grund för att kunna jämföra intervjuerna med varandra. Det är särskilt viktigt att man granskar samtliga intervjuer samtidigt för att kategorier som gäller alla intervjuer. (Jacobsen 2007 s. 139-140)

4.3 Motivering för metodval

Metoden som använts för att utvärdera hur klienterna har upplevt hemrehabiliteringen var kvalitativ intervju. Intervju valdes framför enkät eftersom äldre och samtidigt fysiskt funktionshindrade människor kan ha svårt att se eller skriva och därmed kan svarsfrekvensen bli lägre än vid intervju. Dessutom har intervju som fördel att missförstånd och missuppfattningar kan bli utredda och därmed blir svaren mer korrekta samtidigt som äldre människor ofta har lättare att uttrycka sig muntligt än via skrift (Carlsson 1997 s. 81). På grund av detta ansågs detta metodval vara bäst lämpat för arbetet eftersom frågeställningen i detta arbete syftar till att få svar på klienternas upplevelse av rehabiliteringen.

Kvalitativ intervju är mer öppen än kvantitativ vilket betyder att den intervjuade har större möjlighet att uttrycka sig fritt utan att intervjuaren styr samtalet för mycket. I en kvantitativ intervjustudie måste man kategorisera och strukturera innan man samlar in data vilket gör att informationen man kan få från informanterna blir mer styrd. Genom att använda kvalitativ intervju får man säkrare fram åsikter och tolkningar. Med tanke på detta så har denna metod valts för att säkrare få fram upplevelserna av rehabiliteringen hos klienterna. (Jacobsen 2007 s. 48-49)

Intervjuaren i denna studie använde sig av en intervjuguide (bilaga 3) med strukturerade frågor grupperade i fyra grupper med fokus på olika aspekter inom hemrehabiliteringen. Grupperna i intervjuguiden var: ”Från sjukhuset till hemmet och kontakten till hemrehabiliteringsteamet i utslussningsskedet”, ”Rehabiliteringen i hemmet”, ”Delaktighet och kontakt med personalen”, ”Upplevelse av förmåga; ADL och fysisk funktionsförmåga”. Dessa grupper och frågorna inom dem valdes för att motsvara de

klientcentrerade målen för projektet i Mariehamn. Genom detta kan organisationerna få svar på om de hittills lyckats nå sina mål.

Vid intervjuerna tilläts det att intervjuaren ställde följdfrågor eller hoppade över en fråga om informanten redan svarat på den vid en tidigare fråga, vilket kännetecknar en halvstrukturerad intervju (Hansagi 1994 s. 32). Hela intervjutillfällena spelades in på band för att sedan transkriberas före analysering.

Formen av intervju var besöksintervju som karakteriseras av att intervjuaren besöker informanten i hemmet eller på arbetsplatsen enligt överenskommelse. Denna metod kan tyckas vara både tid- och kostnadskrävande men är ibland nödvändig för att få svar med tillräckligt hög kvalitet. (Dahmström 1996 s. 58-59) Orsaken till att intervjuaren valt att utföra intervjuerna hemma hos informanterna är att göra det lättare för dem att minnas rehabiliteringstillfällena då de har utförts på samma plats. Dessutom behöver inte informanterna flytta sig från hemmet om det utgör ett hinder för dem att delta i undersökningen.

För att kontrollera att intervjuguiden (bilaga 3) fungerar som den skall gjordes två pilotintervjuer med personer som inte deltog i själva datainsamlingen. Med en pilotstudie kan man kontrollera att frågorna är relevanta för att belysa frågeställningen (Carlsson 1997 s. 78). Därutöver ville intervjuaren kontrollera hur mycket tid som behövde distribueras för varje intervjutillfälle för att kunna lägga upp ett tidsschema.

4.4 Målgrupp

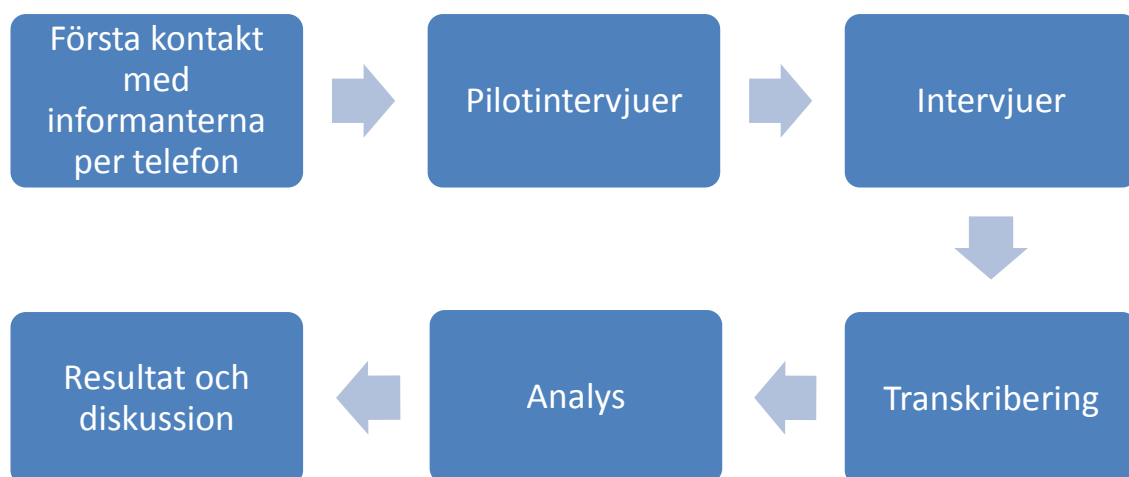
Målgruppen för intervjuerna var densamma som målgruppen för projektet i Mariehamn. Det var önskvärt från hemrehabiliteringsteamets sida att samtliga klienter som avslutat sin hemrehabilitering skulle delta förutsatt att de gav sitt medgivande. Det var vid studiens påbörjan sammanlagt elva klienter som avslutat sin hemrehabilitering. Inklusionskriterier för deltagande var att de inte skulle lida av någon minnessjukdom och förstås fortfarande vara i livet.

4.5 Design

Hemrehabiliteringsteamet kontaktade de elva personer som avslutat sin hemrehabilitering vid denna studies start. Personerna informerades om intervjun och frågades om de ville delta. Tio personer sade sig vilja delta i studien och frågades om intervjuaren kunde kontakta dem om tidpunkt för intervjun. Skribenten fick en lista med de tio personer som ville delta och ringde sedan upp dessa för att bestämma tid och plats för intervjuerna.

Datainsamlingen påbörjades med två pilotintervjuer varefter resterande sju intervjuer gjordes från mitten av juni till slutet av juli 2012. Intervjuerna skulle enligt plan ha varit åtta men studien fick ett bortfall. Informanterna intervjuades alla under enskilda tillfällen i deras hem och samma intervjuguide (bilaga 3) användes till samtliga. Före intervjuerna fick informanterna ta del av ett informationsbrev (bilaga 1) och delge sitt deltagande genom att skriva under ett informerat samtycke (bilaga 2). Intervjuerna spelades in på band och de varade mellan 18 och 56 minuter.

När samtliga intervjuer var genomförda transkriberades de och gav 36 sidor text.



Figur 3. Forskningsprocess

4.6 Etiska reflektioner

I och med en intervju så gör man ett intrång i informanternas privatliv och detta måste noggrant respekteras och en plan för hur informanterna skall hållas anonyma krävs. I enlighet med detta så finns några krav som man skall försöka uppfylla: informerat samtycke, skydd av privatlivet och krav för att informanterna skall återges korrekt. (Jacobsen 2007 s. 21) Projektet som helhet hade prövats vid Mariehamns sjukvårdsdistrikts etiska kommitte, samt vid Arcadas etiska kommitté för idrott, hälsa och socialvård, Etix.

Informerat samtycke

I ett informerat samtycke skall det finnas information om undersökningen, vad materialet kommer att användas till, anonymiteten som ges informanterna, att deltagande är frivilligt och att informanterna skall ha förstått informationen (Jacobsen 2007 s. 22-23). Detta uppfylldes i detta arbete genom ett informerat samtyckesbrev (bilaga 1) som delgavs informanterna vid intervjutillfället med en bifogad blankett där de fick underteckna om de förstått informationen och ville delta (bilaga 2).

Skydd av privatlivet

Lika viktigt som frivilligheten för informanterna att delta är också att man kan erbjuda dem anonymitet i undersökningen. Man bör noga överväga hur känslig och privat informationen man får ta del av under intervjuerna är och hur stor möjligheten är att informanterna kan identifieras från undersökningsdatan. (Jacobsen 2007 s. 24)

I denna studie erbjöds informanterna anonymitet genom att deras namn kodades med nummer som enbart skribenten hade tillgång till. Deras namn nämns aldrig under intervjuerna och de finns ej heller nerskrivna någonstans i materialet.

Korrekthet av data

Man skall försöka återge resultatet så fullständigt som möjligt och man bör vara noggrann med att informera om hela sammanhanget då ett citat används i texten för att undvika misstolkningar. Därutöver är det viktigt att skribenten har tillräckliga

anteckningar eller bandupptagningar för att hela materialet skall kunna användas så att felaktiga data undviks. (Jacobsen 2007 s. 26-27)

Intervjuerna i denna undersökning har bandats i sina helheter och därefter transkriberats vilket gör att chansen att material skulle falla bort är minimal.

5 RESULTAT

Sammanlagt nio intervjuer genomfördes varav åtta togs med i studien. Planerat var att två intervjuer skulle vara pilotintervjuer men på grund av ett bortfall så togs åtta intervjuer med i studien som planerat. Alla informanter svarade för sig själva men vid tre av intervjuerna var informantens fru eller man med. De fungerade som stöd för informanterna genom att hjälpa till att påminna informanten om rehabiliteringstillfällena. I resultatredovisningen har endast upplevelser av informanterna tagits med.

Resultatet från intervjuerna utmynnade i fyra kategorier som är de samma som grupperna i intervjuguiden (bilaga 3); upplevelsen att komma hem efter sjukhusvistelse, delaktighet i rehabiliteringen, upplevelsen av den egna funktionsförmågan efter rehabiliteringen och upplevelsen av rehabiliteringen i hemmet.

Genom resultatredovisningen vill skribenten belysa frågeställningen för studien. Resultatet redovisas enligt kategorierna.

5.1 Upplevelsen att komma hem efter sjukhusvistelse

Informanterna hade spridda åsikter om hur det kändes att få vara så kort tid på sjukhuset. En del tyckte inte alls om att vara på sjukhuset medan andra gärna skulle ha tillbringat en längre tid där eftersom de upplevde det otryggt att komma hem så snart efter inskrivning på grund av rädsla att ramla igen.

”Jag ville ju ut från sjukhuset så fort som möjligt för jag trivdes inte alls där. Det var nog det bästa som ha hänt det att få komma hem från sjukhuset.” (1)

”Det var inte tryggt för jag gick så dåligt så jag tycker att jag fick vara för kort tid på sjukhuset. Jag skulle gärna ha velat vara där några dagar till men dom hade inte rum.” (5)

”Jag var väl kanske inte nervös men jag väl lite otrygg. Jag var rädd att ska jag ramla igen. Och det har satt sig som en liten fläck hos mig fortfarande också när jag går ut i trappan.” (3)

”Det gick nog bra att komma hem men sen har det gradvis blivit sämre och sämre igen.” (7)

När det var dags för hemfärd från sjukhuset så upplevde samtliga informanter att de fått bra förberedelse och information från HRT. Det gav en trygghet till informanterna vilket lättade på den största spänningen. De flesta av informanterna berättade att man hade varit hem till dem före hemkomsten för att kontrollera om det krävdes modifieringar i hemmet såsom att flytta mattor eller installera hjälpmedel.

”Vi hade träff med de här flickorna då på sjukhuset och sen kom dom ju hem till oss ganska flitigt då i början. Jag upplevde att dom här flickorna var ett så himla bra stöd då man skulle få komma hem. Man var inte bara lämnade i en grop inte.” (1)

”Jo, dom var hit då före jag skulle komma hem och vi behövde bygga om lite så jag skulle slippa in med rullstolen på toaletten och trösklar och sånt smått. Därför måste jag in på rehabavdelningen medan dom byggde om här. Det var bara roligt att komma hem, det kändes att jag hade fått den hjälp som behövdes. Dom har ställt upp till tusen och jag har ingenting att klaga på på något vis.” (8)

”Jodå för jag prata ju med socialsköterskan på sjukhuset innan jag kom hem när jag börja fundera hur det ska gå för mig att gå i trapporna när jag kommer hem. Å så sa hon att har du ramla i trappan då, nej sa jag, nå bra, lägg av med det då, du ramla ju på golvet hemma. Så då blev jag glad och tänkte att nog ska jag kämpa på för jag ville ju inte flytta. Det här är ju så bra och är mitt i stan.” (3)

”Sen då jag blev utskiven så kom dom hem med mig och vi tog taxi då och då var jag ju lite spänd. Heller de hade ju varit tidigare hem en dag då de skulle kolla hur det skulle vara att komma upp här och då var jag ju sådär riktig eländig och hade gips och allt möjligt. Men det gick bra så tänkte jag nog det lägger jag på sidan och det bryr jag mig inte längre om utan det klarade jag nog bra. Och vi kom hem där sen så tyckte jag att jaha, den där trappan är väl ingenting att oroa sig för.” (3)

”Ja, jag hade ju min dotter här så på så sätt kändes det bra och dom hade ju varit här tidigare och tittat hur lägenheten såg ut och om det behövdes ordnas någonting före jag fick komma hem.” (2)

5.2 Delaktighet i rehabiliteringen

De flesta informanter hade svårt att minnas om de varit med och satt upp några mål för rehabiliteringen men samtliga minns att de första gången diskuterade med HRT vad de

skulle träna och varför. Några av informanterna upplevde att HRT hade bestämt på förhand vad som skulle tränas och hade ett färdigt gymnastikprogram med sig. Detta var däremot ingenting som de såg på negativt utan tvärtom bra så att de även kunde gymnastisera på egen hand då de ville.

”Vi prata lite först och diskutera hur det var med min hälsa och om det var något speciellt som jag behövde eller skulle göra då vi gick ut eller sådär. Det var ju naturligtvis viktigt att jag skulle lära mig att gå i trapporna och sen också då att jag skulle klara mig själv eftersom jag så gärna vill det. Sen att jag skulle kunna köra bil. Det tyckte jag var viktigt och att jag skulle få träna upp mitt knä. Jag har ju alltid hållit på med gymnastik i olika former. Jag kunde ju säga vilka saker som var bra och vilka saker som var mindre bra. Jag fick ju då olika förslag på rörelser på papper hur jag skulle göra.” (2)

”Vi diskuterade att värken skulle lätta och att jag skulle få det bättre. Det var målet. Det fick jag vara med och bestämma.” (4)

”Dom hade det färdigt på papper sådär som med annan gympa. Så det var väl inte så mycket annorlunda än annan gympa.” (6)

”Dom hade ett gymnastikprogram för armar och benen och fötterna. Inget komplicerat men faktum är att jag blev väldigt trött ändå.” (7)

En informant påpekade vikten i att själv ta ansvar för sin rehabilitering eftersom det är ingen annan som kan göra det åt en utan HRT kan endast hjälpa en att nå sina mål.

”Det var ingenting med träningen som har varit onödigt eller sånt. Det tycker jag inte. Det är ju det också att man måste hjälpa till själv, det är ju ingen som kan göra det åt mig. Så nog måste jag vara envis och lära mig göra det och det fast det tar tid.” (3)

5.3 Upplevelsen av den egna funktionsförmågan efter rehabiliteringen

För majoriteten av informanterna så gjorde rehabiliteringen i hemmet att de kom igång i vardagen igen och kunde börja göra en del ADL-sysslor igen. Men samtidigt så upplever de att de skulle vilja kunna göra mera och att de blivit sämre igen då rehabiliteringen avslutats. Vad som framkom som den främsta önskan att klara av är att kunna göra alla ADL själv och slippa ha hemtjänst.

”Det var så trevligt när de var här och det sporrade mig också att gå. Jag skulle helt säkert inte kommit igång lika snabbt om jag inte hade haft den hjälpen. Jag kunde röra mig på ett bättre sätt.” (2)

”Speciellt så skulle jag vilja kunna gå utan rollatorn. Det irriterar mig när jag ser andra göra saker som jag skulle vilja kunna göra.” (1)

”Jo, det enda jag skulle vilja bli av med är trapporna. Vissa dagar när jag känner mig dålig så skulle jag inte vilja gå i trapporna alls. Sen har jag ju stuga också men dit kan jag inte komma. Jag har ju bil också men har inte vågat köra ännu. Jag tar nog taxi men inte är det ju samma sak inte. Jag är mer såndär som skall klara mig själv.” (5)

”Jag försöker göra allting här hemma men det vill inte ritkigt bli som jag skulle vilja ha det.” (6)

”Nu är det just på gränsen att jag klarar att gå här hemma med rollatorn. Det har varit skrutit nu på senaste tiden. Jag känner mig ganska osäker och igår senast så var jag nära att falla igen.” (7)

”Ja vad jag inte ännu kan göra så är att dammsuga. Så det är nog bara det där ännu att kunna städa lite. Men jag får så mycket hjälp av alla möjliga så jag har det nog så bra.” (3)

5.4 Upplevelsen av rehabiliteringen i hemmet

Under denna kategori kom ett antal olika aspekter fram av intervjuerna varför de delats in i underkategorier för att tydliggöra resultatredovisningen.

5.4.1 Psykiskt uppiggande

Flertalet informanter lyfter fram att det var mycket uppiggande och roligt att HRT kom hem och tränade med dem. Det blev för många lite av en höjdpunkt i veckan och några berättar att de satt bara och väntade att HRT skulle komma. En informant påpekar att det kändes tryggt att ha någon som man kunde fråga och diskutera med om det uppstod några problem eller om man hade några funderingar. En informant berättade att en sådan liten sak som att kunna ta sig in i bilen gav en möjlighet till att ta sig vart man vill och det gav mycket.

”Dom har varit väldigt glada och positiva och det har nog piggat upp väldigt mycket. Just det där att veta att dom kommer hem till en kändes så otroligt fint att det är någon som bryr sig om en. Det bästa var när man titta i fönstret och såg att dom kom. Dom var alltid så glada och pigga, inga surmulenheter och tog sig tid.” (1)

”Jag tyckte att just med det här att dom kom hem så var att de var väldigt trevliga och det var roligt att jag kunde vänta på nånting för det var ju inget roligt att sitta ensam och inte kunna röra sig på

samma sätt som förut. Så det var ett väldigt stöd. Det var trevligt att ha någon som man kunde diskutera med om det var något man hade bekymmer med eller undrade över.” (2)

”Det som var mest fantastiskt var då de här flickorna visade hur jag skulle slippa in i bilen. För då kan vi fara vart vi vill. Fin kombination med fysioterapeut och ergoterapeut, dom komplettera varann så bra. Kändes bra när man fick saker och hjälpmedel som fungerade och gjorde att man kände sig tryggare.” (1)

5.4.2 Att slippa åka hemifrån för rehabilitering

Samtliga informanter tyckte att det var en stor fördel att inte behöva åka till Gullåsen för att få rehabilitering eftersom de upplever att det skulle ha kunnat försvåra eller till och med förhindra helt rehabiliteringen. Några av dem kan inte ta sig någonstans på egen hand och har dessutom ingen anhörig som kan hjälpa dem med själva resan till sjukhuset.

”Det var nog jättebra det där att dom kommer hem till en för jag kan ju inte ta bussen längre så då måste jag ta taxi om jag skall ta mig till Gullåsen. Förut har jag ju orkat åka bussen men det är så långt att gå från bussen till Gullåsen.” (6)

”Jag tycker dom ska fortsätta komma hem såhär och träna med en så man slipper hålla på och åka till Gullåsen. Det var nog jättebra det. Det är ett sånt projekt när man skall ta sig nånstans. Bara att få kläder på sig så går inte ibland riktigt som jag skulle vilja.” (6)

”Jag skulle inte ha orkat åka iväg ända till Gullåsen så då kanske det inte skulle ha blivit någon träning. För ingen av oss kan köra bil mera. Så det är nog bra ordnat, jag har nog ingenting att klaga på där heller.” (7)

”Ja det hade varit jobbigt om dom inte hade kommit hem hit och tränat med mig. Så nog var det ju bra på så vis. Man vill ju ogärna åka nånstans egentligen.” (8)

5.4.3 Negativa upplevelser

De flesta av informanterna upplevde att rehabiliteringen var kort och skulle gärna önskat flera besök av HRT eller att de skulle ha kommit i en omgång till efter en tid för att de upplevde sig bli sämre igen efter att hemrehabiliteringen avslutades.

”De skulle gärna ha fått komma flera gånger.” (6)

”Man tycker väl nog att det kunde ha varit lite mera. Men det är inte sagt att man orkar heller. Jag hade ju programmet hemma men det kanske inte blir lika effektivt när man gör själv som när man har någon som säger vad man skall göra. Någon som vet hur det skall vara och kan instruera en.” (7)

En informant som måste in en andra omgång på sjukhuset funderade över varför hon inte fick rehabilitering den andra gången eftersom hon tyckte sig behöva det lika mycket som första gången. Klienten upplevde det otryggt att komma hem den andra gången då hon inte hade samma stöd då och visste inte om det var hon som skulle kontakta HRT eller om de skötte det.

”Det är klart att nu blev det ju lite olyckligt när inte min operation blev bra och jag hade ju ingen hjälp när jag kom hem andra gången inte. Att om man själv ska ta kontakt eller så. Det kanske hade varit så att om jag själv hade tagit kontakt så hade jag haft hjälp igen. För det var lika omständigt att komma hem efter den operationen så det hade varit bra med en omgång till.” (2)

5.4.4 Ekonomiska aspekter

Två av informanterna berättade att om de inte fått rehabilitering hemma så skulle de nog ha behövt anlita en privat fysioterapeut att komma hem eftersom de ansåg att de inte kunde ta sig hemifrån till Gullåsen. Detta skulle ha blivit dyrt och kunde ha betytt att de skulle ha avstått från rehabilitering helt och hållet.

”Om dom inte skulle ha kommit hem hit så då skulle jag väl ha fått ta nån privat terapeut hit hem.” (7)

”Om det inte funnits så hade jag väl fått ta privat då bara och då hade det kostat mycket mera för mig. Eller så hade jag struntat i det, jag vet inte. Jag tycker det är jättebra att det finns.” (3)

5.4.5 Övriga upplevelser

Många av informanterna sade att de önskade att hemrehabiliteringen skulle få finnas kvar eftersom de gärna skulle vilja ha samma hjälp igen om de behövde. Den allmänna åsikten om HRT var att de var kunniga och drivna samt mycket glada och positiva vilket höjde humöret hos informanterna.

”Vi kan väl säga till sist att vi tycker att det är underbart med den här hemrehabiliteringen och hoppas att den får fortsätta. Den är jättebra! Flickorna verkar ha viljan och kunskapen att göra det här. Dom verkade ha egna ideer om hur det skulle utvecklas så det skulle nog bli bra.” (1)

”Ja jag hoppas att jag kan få den här hjälpen igen när jag behöver. Det är en väldig tillgång om det får finnas kvar för att jag tror att alla som har blivit opererade måste känna det som en väldig trygghet att det kommer någon hem och hjälper en att komma igång. För man går ju inte ut själv om man är rädd att man skall ramla. Och att dom berättar lite hur man kan göra för att göra saker lättare.” (2)

”Dom här flickorna som kom hit var väldigt duktiga och det är säkert många som i fortsättningen skulle behöva säkert både få fysisk hjälp men säkert också psykisk hjälp. När dom kom och var sådär väldigt glada och humoristiska så vi hade ju jätteroligt. Så man vänta bara att dom skulle komma.” (4)

5.5 Sammanfattning av resultat

Det kommer fram av resultatet att den allmänna upplevelsen av hemrehabiliteringen är mycket positiv hos informanterna. De flesta har upplevt det tryggt att komma hem på grund av att man träffats före hemkomsten och gått igenom det praktiska samt gjort hembesök och ordnat det praktiska i hemmet.

De flesta informanter uppger att man vid första rehabiliteringstillfället har gått igenom vad som skall tränas på och informanten har fått ta del av målen med träningen. Detta har gjort att informanterna har känt delaktighet i sin rehabilitering.

Några av informanterna skulle ha önskat sig fler rehabiliteringstillfällen eftersom de upplevde att de blivit sämre igen en tid efter att rehabiliteringen hade avslutats. Dessutom var en informant fundersam över varför hon inte fått samma rehabilitering igen den andra gången hon kom hem från sjukhuset vilket hon skulle önskat.

Saker som särskilt lyfts fram som positivt är att de sluppit åka hemifrån för att rehabiliteras eftersom många sett det som ett stort hinder. Det var även några informanter som tog upp att de förmodligen inte skulle ha haft någon rehabilitering alls om de inte fått den i hemmet eftersom de inte hade möjlighet alls att ta sig någonstans.

Positivt är också att HRT har med sitt goda humör och positiva inställning gett mycket glädje och trygghet till informanterna vilket medfört att de upplever sig ha kämpat lite hårdare för att få resultat med sin träning. Många av informanterna önskar att hemrehabiliteringen skulle få finnas kvar.

6 DISKUSSION OCH KRITISK GRANSKNING

Intervjuerna försvårades något på grund av att det var lång tid sedan informanterna hade avslutat sina rehabiliteringar och flera av dem hade därför svårt att minnas detaljer. Dessa intervjuer har gjorts mellan sex månader upp till ett år efter att informanternas rehabilitering har avslutats. Därtill var samtliga informanter från den äldre befolkningsgruppen vilket naturligt gör att minnet kan svika. På grund av detta var jag tvungen att påminna dem om vem som var HRT och vem som tillhörde hemtjänsten. Jag försökte underlätta för informanterna att minnas genom att utföra intervjuerna i deras hem för att de skulle kunna visa vad för praktiska saker de gjort under rehabiliteringen. För att undvika detta problem skulle det ha varit fördelaktigt att ha kunnat tidigarelägga intervjuerna till tidpunkten för rehabiliteringens avslutning.

Formen av intervju var besöksintervju vilket har visat sig vara fördelaktigt då man vill ha fram personers åsikter eftersom människor verkar ha lättare att tala om känsliga teman om man träffas (Jacobsen 2007 s. 100). Risken med besöksintervju är det man brukar kalla *intervjuareffekten* vilket betyder att den intervjuade kan bli påverkad av intervjuarens kroppsspråk och ansiktsuttryck. På grund av detta försöker den intervjuade rätta sig efter vad han tror att intervjuaren vill få ut av intervjun. (Jacobsen 2007 s. 101) Jag var medveten om detta och försökte under intervjuerna vara så neutral som möjligt och undvika att ställa ledande frågor till informanterna.

Före de verkliga intervjuerna tog plats så utfördes två pilotintervjuer varav senare en fick tas med i analysen på grund av ett bortfall. Men genom dessa pilotstudier kunde intervjuguiden testas för att se om den innehöll korrekta frågor för att belysa frågeställningen och för att kunna få ut så mycket information som möjligt. Under intervjuerna uppdagades däremot att informanterna var mycket olika i sin förmåga att

berätta om rehabiliteringen vilket gjorde att jag fick ställa en rad följdfrågor för att få den information som behövdes.

Materialet från intervjuerna lämnade en del att önska eftersom många av informanterna ogärna ville säga något negativt om rehabiliteringen utan undvek frågor om detta. Därtill hade flertalet av informanterna svårt att minnas vilket försvårade och gjorde att en del frågor förblev obesvarade. Det var svårare än jag trodde att få svar på intervjufrågorna och att leda bort informanterna från samtalsämnen som de hellre talade om. Därmed blev materialet som direkt svar på forskningsfrågan kanske lite magrare. En lösning på dessa problem kunde vara att inkludera de anhöriga i intervjuerna. Då får man ett lite annat perspektiv på rehabiliteringen och får en bättre helhet av svaren.

Studien analyserades med innehållsanalys enligt Jacobsen (2007) vilket ansågs lämpligt för denna typ av studie. Dessutom var intervjuguiden redan uppdelad i olika kategorier vilket sedan gjorde att analysen blev lättare att utföra. Vid analysen tycktes materialet vara tillräckligt trots att det funnits tvivel på detta tidigare i processen. Jag anser att intervjuerna gav tillräckligt material för att belysa frågeställningen samt ge en bra bild av informanternas upplevelser av rehabiliteringen i hemmet.

Inom litteraturen fanns en allmän åsikt att hemrehabilitering som arbetssätt kommer att ta över mer och mer från institutvården när vi talar om äldreomsorgen. Det är både ett arbets- och kostnadseffektivt sätt att vårda äldre personer samtidigt som de har möjlighet att bo kvar i sitt hem vilket är hos de flesta äldre önskvärt. (Dow & McDonald 2007) Genom att dessutom förändra hemvårdens arbetssätt till mer rehabiliterande kan man även nå ett ännu bättre resultat. (Lilja 2001) Vi ska hjälpa våra äldre att hjälpa sig själva istället för att göra allting åt dem eftersom det betyder att vi då stjälpmer mer än hjälper. I rehabiliteringen av äldre ska man rikta in sig på att de skall kunna klara av ADL sysslor i hemmet och därför är det det vi måste träna. (Liss et. al 2009) Resultatet från denna studie berättar att informanterna har genom hemrehabiliteringen kommit igång i vardagen och kan utföra ADL efter sin egen förmåga vilket de upplever som en stor vinst. De flesta var nöjda med hur de klarade sig i hemmet för tillfället men det största problemet visade sig vara städningen i hemmet som de flesta inte klarade själva utan måste ha hjälp antingen via hemtjänst eller någon anhörig.

I studien kom fram att de flesta informanter blev lite nervösa då de skulle få åka hem från sjukhuset så snart efter inskrivningen men nervositeten lättades mycket av stödet och tryggheten som HRT gav. Lilja skriver i Socialstyrelsens rapport (2001) att för att få de äldre att känna sig trygga i hemmet bör man i början av rehabiliteringsprocessen ha kontinuitet i hemtjänstens insatser samt att ge rehabiliteringsinsatser tidigt i form av träning, anpassning av hemmet och hjälpmedel så kan detta bidra till att personen känner sig tryggare. Detta tillgodosågs i detta projekt genom att HRT träffade klienten före hemkomsten samt gjorde ett besök i hemmet för att anpassa hjälpmedelsbehoven och upplevdes som en trygghet av klienterna som deltagit i projektet. Viktigt är att man inte till varje pris skall hålla de äldre hemma så länge som möjligt utan man ska undvika att vara för sträng i sin bedömning av den äldres förmåga att bo hemma. Om den äldre är otrygg i sitt eget hem så gör det skada åt dennes självförtroende och samtidigt blir det mycket betungande för de anhöriga (Lilja 2001).

För vissa av informanterna i denna studie var det ett stort hinder att ta sig någonstans för rehabilitering och det kunde enligt dem själva ha varit en orsak för att de inte skulle ha haft rehabilitering över huvudtaget. Detta var en av fördelarna med hemrehabilitering som Forster och Young tog upp i sin artikel från 2010. De menade att det kan upplevas som ett stressmoment för den äldre att lämna sitt hem och därmed kan man eventuellt få ett sämre resultat av rehabiliteringen. Det finns i de flesta fall lösningar på transportproblemet men informanterna såg det som ett stort steg att behöva åka till Gullåsen varje vecka för fysioterapi. Utöver svårigheten att ta sig någonstans utanför hemmet så påpekade informanterna att om de inte fått hemrehabilitering så skulle de ha anlitat privat fysioterapeut vilket skulle varit ohållbart kostnadsmissigt.

Eftersom detta arbetssätt är nytt i Finland och det finns hittills begränsat antal liknande projekt i Norden så är möjligheten till förbättringar stor. I en tid då fokus ligger på besparingar inom hälso- och sjukvården så kan denna typs arbetssätt få möjligheten att visa framfötterna mer eftersom det visat sig vara både arbets- och kostnadseffektivt (Rydwick et.al 2011). Mer forskning kring ämnet behövs för att ytterligare styrka påståendet om kostnadseffektiviteten eftersom det verkar vara av stort intresse för organisationerna som tar i bruk hemrehabilitering samtidigt som det tycks finnas begränsat material om den just den aspekten. Som förslag till fortsatta studier kunde det

vara av intresse att göra en sammanställning av projekt om hemrehabilitering för att jämföra och kunna dra slutsatser för vad som är det bästa upplägget för rehabilitering i hemmet.

KÄLLOR / REFERENCES

Carlsson, Bertil. 1997, *Grundläggande forskningsmetodik för medicin och beteendevetenskap*, 2:a uppl., Stockholm: Liber AB, 198 s.

Corlin, Katarina. 2008, *Rehabilitering i hemmet – Projekt inom Vård och omsorg Öster*, Tillgänglig:

https://www.orebro.se/download/18.66c39092120616c4538800060501/Slutrapport_081223.pdf, Hämtad: 25.4.2012

Crotty, Maria, Giles, C. Lynne, Halbert, Julie, Harding, Julie, Miller, Michelle. 2008, *Age & Ageing*, Home versus day rehabilitation: a randomized controlled trial, nr 37, s. 628-633

Dahmström, Karin. 1996, *Från datainsamling till rapport*, 2:a uppl., Lund: Studentlitteratur, 262 s.

Dow, Briony, McDonald, John. 2007, *Australian Health Review*, The invisible contract; shifting care from the hospital to the home, nr 31, s. 193-202

Forster, Anne, Young, John. 2010, *Age & Ageing*, Community rehabilitation for older people: day hospital or home-based services, nr 40, s. 2-4

Hansagi, Helen & Allebeck, Peter. 1994, *Enkät och intervju inom hälso- och sjukvård*, Lund: Studentlitteratur, 140 s.

Jacobsen, Dag Ingvar. 2007, *Förståelse, beskrivning och förklaring*, Lund: Studentlitteratur, 316 s.

Jacobsen, Jan Krag. 1993, *Intervju – Konsten att lyssna och fråga*, Lund: Studentlitteratur, 219 s.

Jansson, Agneta & Åkerblom, Victoria. 2012, Delrapport, *Delrapport: Rehabilitering i hemmiljö i Mariehamn Mars 2012*

Karleby stad, *Veteraner*, 2011, Hämtad: 25.4.2012, Tillgänglig:
https://www.kokkola.fi/vanhusten_palvelut/veteraanit/sv_SE/veteraanit/

Lilja, Margareta, Socialstyrelsen, 2001, *Äldres rehabiliteringsbehov i hemmiljö*,
Tillgänglig:
http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/11489/2001-123-74_200112375.pdf , Hämtad: 28.3.2012

Lindén, Ulrica & Jansson, Agneta. 2011, Projektplan, *Rehabilitering i hemmiljö i Mariehamn*,

Liss, Ingrid, Jansson, Lotta, Olai, Lena, *Slutrapport för projektet: Rehabilitering i hemmiljö Bjursås – Sågmyra hemtjänstområde*, Januari 2009, Hämtad: 28.3.2012,
Tillgänglig: [http://www.falun.se/www/falun/omv.nsf/V-bild/776270E8888D57CFC1257585003C8EFB/\\$FILE/Slutrapport%20Rehab%20i%20hemmet.pdf](http://www.falun.se/www/falun/omv.nsf/V-bild/776270E8888D57CFC1257585003C8EFB/$FILE/Slutrapport%20Rehab%20i%20hemmet.pdf)

MedicineNet, 20.9.2012, Hämtad: 5.11.2012, Tillgänglig:
<http://www.medterms.com/script/main/art.asp?articlekey=2152>

Rydwick, Elisabeth, Pettersson, Anna, Malmqvist, Annika, Lundqvist, Christina, Larsson, Åsa, Tell, Christine, *Ättestupa eller folkhälsomål – Ett manifest för alla äldre medborgares rätt till specifik rehabilitering*, 2011, Hämtad: 3.4.2012, Tillgänglig:
http://www.fsa.akademikerhuset.se/PageFiles/3961/Attestupa_eller_folkhalsomal_111018.pdf

BILAGOR

Bilaga 1.

Bästa informant

Som en del av projektet ” Rehabilitering i hemmiljö i Mariehamn” har Ni fått rehabilitering i Ert hem av fysioterapeut Victoria Åkerblom och ergoterapeut Agneta Jansson. För att kunna utveckla hemrehabilitering i Mariehamn är det viktigt att höra Er åsikt om hur Ni upplevt hemrehabiliteringen. Det skulle ske genom intervju i ert hem. Intervjuare är Elin Lindqvist, som studerar tredje året till fysioterapeut vid yrkeshögskolan Arcada i Helsingfors. Undersökningen är ett examensarbete som en del av projektet ”Rehabilitering i hemmiljö i Mariehamn” och när arbetet är färdigt kommer det att publiceras i Arcadas examensarbetspublikation och Theseus på internet. Som handledare för arbetet fungerar Ira Jeglinsky-Kankainen och syftet är att undersöka hur deltagarna har upplevt rehabiliteringen i hemmiljö för att organisationerna skall kunna utvärdera projektet då det avslutas.

Intervjun tar 30-45 minuter och är helt anonym. Intervjun kommer att bandas men allt material kommer att förstöras då arbetet är klart och ingen kommer att härröra något material till just Er.

Deltagande i intervjun är helt frivillig och Ni kan när som helst under undersökningens gång avbryta deltagandet. Ni behöver inte förklara varför.

Fysioterapeut Victoria Åkerblom eller ergoterapeut Agneta Jansson tar emot er intresseanmälan och sedan kontaktar jag Er för att bestämma en tidpunkt då det passar Er att utföra intervjun.

Tack för visat intresse och om Ni har några frågor kontakta mig eller min handledare för mer information.

Elin Lindqvist, studerande

E-post: elin.lindqvist@arcada.fi

Telefon: 040 593 8990

Ira Jeglinsky-Kankainen, Handledare

Telefon: 0207 699 699 (Arcadas information)

Bilaga 2.

Informerat samtycke

Ni deltar helt frivilligt i undersökningen om hur klienterna har upplevt rehabiliteringen i hemmiljö i Mariehamn. Ni kan när som helst under undersökningens gång avbryta deltagandet och Ni behöver inte förklara varför.

Allt material kommer att förvaras otillgängligt för andra utom intervjuaren. När arbetet är klart kommer banden och allt material från intervjuerna att förstöras. Ni är helt anonyma i arbetet och det ni säger kommer inte kunna följas upp till Er.

____ Jag har läst informationen ovan och ger mitt samtycke att delta i undersökningen.

Ort och datum

Informantens underskrift och namnförtydligande

Intervjuarens underskrift och namnförtydligande

Bilaga 3.

Intervjuguide

1. Från sjukhuset till hemmet och kontakten till hemrehabiliteringsteamet i ”utslussningsskedet”
 - Tycker du att du fick all information du behövde före hemkomsten
 - Var hemkomsten väl förberedd?
 - Hur kändes det att komma hem? (Tryggt, osäkert hur det skulle gå)
 - Fick du det stöd du behövde från hemtjänst och rehabiliteringspersonal i skedet då du kom hem från sjukhuset
2. Rehabiliteringen i hemmet
 - Vad har fungerat bra under rehabiliteringen?
 - Vad har fungerat mindre bra?
 - Vilken betydelse tror du att denna träning har haft på din dagliga livssituation?
3. Delaktighet och kontakt med personalen
 - Upplever du att hemtjänstpersonalen har förändrat sitt arbetssätt? (Vill att du gör mer själv?)
 - Har du varit med och satt upp målen med din träning i hemmet?
 - Har dessa mål uppfyllts?
 - Har du fått vara med och inverka på vad ni har tränat?
4. Upplevelsen av förmåga; ADL och fysisk funktionsförmåga
 - Vad tycker ni är annorlunda nu i jämförelse med när ni kom hem från sjukhuset?
 - Beskriv din insats i hemmet; vad klarar du av själv, vad behöver du hjälp med?
 - Hur har rehabiliteringen hjälpt dig i din dagliga livssituation?
 - Har du den fysiska funktionsförmågan till att göra det du vill? Har rehabiliteringen hjälpt dig att nå ditåt?