



HØGSKOLEN
I BERGEN

BERGEN UNIVERSITY COLLEGE

Fysioterapeutar sine erfaringar kring rehabiliteringsforløp etter
hoftebrot:

«Ei kompleks pasientgruppe med ulike behov»

Physiotherapists' experiences with the rehabilitation process after
hip fracture:

«A complex group of patients with different needs»

Ingrid Hjohlman Reed

Master i klinisk fysioterapi

Institutt for ergoterapi, radiografi og fysioterapi

Avdeling for helse- og sosialfag

Innleveringsdato: 13.10.2016

Tal på ord: 19945

Føreord

Dei to åra på masterstudiet i klinisk fysioterapi har vert lærerike og inspirerande. Det er fleire personar som har vert viktige i arbeidet med sjølve masteroppgåva og som eg ynskjer å takke.

Eg vil starte med å takke informantane som stilte til intervju og fokusgrupper. Tusen takk for at de gav av dykkar tid og erfaringar, og gjorde studien mogleg!

Eg vil rette ein stor takk til min rettleiar Graziella Van den Bergh for avgjerande hjelp i å navigere meg gjennom prosessen. Tusen takk for din kyndige rettleing, kunnskap og inspirasjon!

Tusen takk til medstudentar for to givande og kjekke år. Ein spesiell takk til kollokviegruppa som har bidrege med tilbakemeldingar, perspektiv, refleksjonar og god støtte gjennom heile studiet!

Eg vil takke venner og familie for støtte gjennom denne prosessen. Ein ekstra takk til dykk som kom med tilbakemeldingar og hjelp til språkvask! Tusen takk, mamma og pappa, for at de har stilt opp heile vegen og tvinga meg til å ta pausar innimellom.

Sist, men ikkje minst tusen takk kjære Pål for at du har vert så tålmodig i denne til tider krevjande prosessen. Du har gjett meg motivasjon og støtte, og tru på at eg skulle klare det.

Sandane, 12. oktober 2016

Samandrag

Bakgrunn og føremål: Noreg er eit av dei landa i verda med høgast førekomst av hoftebrot. Hoftebrot rammar som oftast eldre, og medfører auka dødelegheit og funksjonshemming. Rehabilitering for å betre funksjon er viktig. Føremålet med denne studien var å få auka innsikt i pasientgruppa sitt rehabiliteringsforløp.

Metode: I denne casestudien vart semistrukturerte intervju og fokusgrupper nytta til datainnsamling, 13 fysioterapeutar frå tre sjukehus og fem kommunehelsetenester, vart valt strategisk.

Resultat: Pasientar med hoftebrot er ei kompleks gruppe med ulik behov for oppfølging. Kognitiv svikt og utryggleik hjå pasientane viste seg å vere utfordringar i rehabiliteringa. Sjukehusfysioterapeutane starta behandling fyrste postoperative dag. Kort liggetid kunne innskrenke deira moglegheiter til å gje behandling. Sjukehusfysioterapeutane erfarte avgrensa høve til å påverke utskriving og kvar pasientane skulle hamne etter utskriving. I dei undersøkte kommunehelsetenestene var pasientgruppa høgt prioritert til å kome i gang med fysioterapibehandling. Grad av fysioterapioppfølging og lengda av rehabiliteringa var generelt basert på fysioterapeutane sine faglege vurderingar kring pasientane sine behov. Mangel på ressursar, både ved sjukehus og i kommunehelsetenesta, medførte i enkelte tilfelle at pasientgruppa vart nedprioritert. Tverrfagleg samarbeid og samhandling mellom tenestenivå var sett på som viktig for eit heilskapleg forløp, men fungerte i ulik grad. Eigne behandlingsregimer ved sjukehus og prosjekt/tiltak knytt til rehabilitering i kommunane vart opplevd som fremjande for eit styrka rehabiliteringsfokus i tenesteapparatet.

Konklusjon: Rammer for helsetenesta som gjer fysioterapeutar i stand til å gje personsentrert oppfølging basert på pasientane sine behov er viktig for gode rehabiliteringsforløp etter hoftebrot. Det same gjeld høve til å påverke dei ulike delane av rehabiliteringsforløpet. Det verkar viktig å fokusere på tverrfagleg samarbeid og møtestader i alle ledda av rehabiliteringsforløpet, samt styrke samhandlinga og kommunikasjon mellom tenestenivåa for at rehabiliteringsforløpet skal bli koordinert og heilskapleg.

Abstract

Background and purpose: Norway is one of the countries with the highest incidence of hip fractures in the World. Hip fracture patients are often elderly, and the fracture increase the risk of death and functional impairment. Rehabilitation is important to regain function. The aim of this study was to get knowledge about hip fracture patients rehabilitation process.

Method: In this case-study, semi-structured interviews and focus-group discussions were used to collect data. Thirteen physiotherapists from three hospitals and five primary health services, were selected for strategic sampling of informants.

Results: Patients with hip fractures represent a complex group with different needs. Cognitive impairment and fear contributed to challenges in rehabilitation. The hospital physiotherapists started treatment the first postoperative day. Short length of stay could limit the physiotherapists possibility to give treatment. Physiotherapists experienced limited influence regarding discharge and the course of treatment after discharge. Hip fracture patients had high priority among the physiotherapists in the primary health service. The amount of physiotherapy treatment and the duration of the rehabilitation were mainly based on the physiotherapist's evaluations concerning the patient's needs. Lack of physiotherapy resources could result in the patients getting less treatment, both at the hospitals and in the primary care setting. Multidisciplinary teamwork and collaboration between the service levels was important to secure a holistic rehabilitation process. Adapted models of care at the hospitals, and rehabilitation-specifics increased the focus on rehabilitation in the primary health care services.

Conclusion: To secure optimal rehabilitation it is important that the framework of the health-care service allow the physiotherapists to give treatment according to the patients' needs, and that they can influence the rehabilitation process. It seems important to focus on multidisciplinary teamwork and on collaboration and communication between service levels to secure holistic and coordinated rehabilitation.

Liste over forkortingar

ADL	Aktiviteter i dagleglivet
NOU	Noregs offentlege utgreiing
OGE	Ortogeriatrisk eining
NFF	Norsk fysioterapiforbund
PLO- meldingar	Pleie- og omsorgsmeldingar

INNHALD

1. INNLEIING.....	1
1.1 Bakgrunn for studien	1
1.2 Tidlegare forskning.....	2
1.3 Føremål	3
1.4 Problemstilling	4
2. TEORETISKE PERSPEKTIV.....	4
2.1 Hoftebrot: pasientgruppa og behandling.....	4
2.1.1 Hoftebrot og kirurgisk behandling	4
2.1.2 Konsekvensar av hoftebrot	5
2.1.3 Pasientgruppa: Den skrøpelege eldre	5
2.1.4 Fysioterapibehandling	6
2.2 Rehabilitering	6
2.2.1 Tverrfagleg samarbeid.....	7
2.2.2 Rehabiliteringsforløp	8
2.3 Helsepolitiske føringar for rehabilitering og helsetenesta	9
2.3.1 Prioritering i helsetenesta	11
3. METODOLOGI OG METODE	11
3.1 Metodologi: Ei fortolkande tilnærming innan helsetenesteforskning	12
3.2 Val av design og metode.....	13
3.3 Kontekst og utval.....	13
3.3.1 Rekruttering av informantar	14
3.4 Innsamling av materiale	16
3.4.1 Individuelle semistrukturerte intervju	17
3.4.2 Fokusgruppediskusjonar	18
3.4.3 Starten av analysen	19
3.5 Tilarbeiding og analyse av materialet	20

3.5.1	Transkripsjon	20
3.5.2	Analyse	20
3.6	Metodediskusjon.....	21
3.6.1	Utval og kontekst.....	21
3.6.2	Eiga rolle som forskar og intern validitet	22
3.6.3	Etiske betraktningar	23
4.	RESULTAT OG DRØFTING.....	23
4.1	Spesialisthelsetenesta	24
4.1.1	Behandlingsregimer	24
4.1.2	Fysioterapibehandling: Ei samansett pasientgruppe og den viktige mobiliseringa og trygginga	26
4.1.3	Tidvis nedprioritering: « <i>Vi har ikkje ressursar til å gjere noko med det</i> »	27
4.1.4	Liggetid, utskrivning og det vidare forløpet	29
4.1.4.1	Kort liggetid og fysioterapeutane si manglande moglegheit til påverknad	29
4.1.4.2	Frå sjukehus til kommunehelsetenesta: « <i>Vi har lite kontroll på kvar dei hamnar</i> »	30
4.1.5	Sjukehusfysioterapeutane si rolle i rehabiliteringsforløpet	32
4.2	Kommunehelsetenesta.....	33
4.2.1	Korttidsavdeling ved sjukeheim	34
4.2.1.1	Pasientgruppa, tverrfagleg samarbeid og avdelinga sin funksjon	34
4.2.1.2	Igangsetjing av fysioterapibehandling og grad av oppfølging	36
4.2.1.3	Lengda på opphaldet: Funksjonelle vurderingar er styrande	36
4.2.2	Rehabilitering etter heimkomst	37
4.2.2.1	Fysioterapi etter utskrivning frå korttidsavdeling: den viktige individuelle vurderinga	37
4.2.2.2	Stad for behandling og tverrfagleg samarbeid	38
4.2.2.3	Igangsetjing av fysioterapibehandling og den viktige trygginga.....	39
4.2.2.4	Fysioterapioppfølging: Individuelle forløp og ulike prioriteringar	40
4.2.2.5	Kvardagsrehabilitering.....	40
4.2.2.6	Vidare til andre tilbod: gruppetrening for eldre	41
4.2.3	Langtidsavdeling	42
4.2.3.1	Pasientgruppa, målet for rehabiliteringa og avdelinga sin funksjon	42
4.2.3.2	Varierende grad av fysioterapioppfølging	43
4.2.4	Varighet og avslutting av rehabilitering	45
4.2.4.1	Funksjonelle vurderingar og pasienten si målsetting	45
4.2.4.2	« <i>Vi har oversikt over korleis det går med dei vidare</i> »	45
4.2.5	Prioritering og roller i rehabiliteringa i kommunehelsetenesta	46
4.2.5.1	Pasientgruppa: « <i>Dei blir alltid prioritert</i> »	46

4.2.5.2 Kommunefysioterapeutane si rolle i rehabiliteringsforløpet	47
4.3 Rehabiliteringsforløpet som heilskapleg prosess	48
4.3.1 Den komplekse geriatriske pasient	48
4.3.1.1 Trygging som behandlingstiltak	49
4.3.1.2 Kognitiv svikt: « <i>Nokre gonger er det kognitive som hemmar dei</i> »	49
4.3.1.3 Mangel på ressursar: kven går det ut over?	51
4.3.2 Tverrfagleg samarbeid: « <i>..rehabilitering skal drivast heile døgnet</i> »	53
4.3.2.1 Møtestader: « <i>...då får ein gode forløp når vi får kommunisert og lagt ein plan</i> »	54
4.3.3 Samhandling på tvers av tenestenivå	55
4.3.3.1 Dei viktige samhandlingsrutinane	55
4.3.3.2 Fysioterapiepikriser: den tidvis usikre kommunikasjonen	57
4.3.4 Styrking av rehabiliteringsfokus i tenesteapparatet	58
4.4 Funna sin relevans	60
5. KONKLUSJON	60
6. LITTERATURLISTE	64

Liste over tabellar

1. Oversikt over intervju/fokusgrupper på sjukehus: informasjon om sjukehusa, tal på fysioterapistillingar, metode og presentasjon av informantane	15
2. Oversikt over intervju/fokusgrupper i kommunehelsetenesta: informasjon om kommunehelsetenestene, tal på fastlønte fysioterapeutar, metode og presentasjon av informantane	16

Vedlegg

1. Godkjenning frå NSD med kommentar
2. Informert samtykke
3. Intervjuguide individuelle intervju sjukehus
4. Intervjuguide individuelle intervju kommunehelseteneste
5. Guide fokusgruppediskusjon sjukehus
6. Guide fokusgruppediskusjon kommunehelseteneste

1. Innleiing

1.1 Bakgrunn for studien

Noreg er eit av dei landa i verda med høgast førekomst av hoftebrot (Kanis mfl., 2012). I følgje Nasjonalt hoftebrotregister (2015: 147) vart det i 2014 gjennomført 8083 primæroperasjonar etter hoftebrot, 70 % var kvinner og gjennomsnittsalderen var 80 år. Talet på personar over 80 år i Noreg er forventa å auke; i dag utgjer dei 4 % av befolkninga medan ein forventar at dei vil utgjere 10 % av befolkninga i 2060 (Syse og Pham, 2014). Med bakgrunn i dette er det truleg at tal på hoftebrot vil stige til tross for at ein dei siste åra har sett ein nedgang i førekomsten av hoftebrot (Søgaard mfl., 2016).

Samfunnsøkonomisk utgjer eit hoftebrot store kostnader (Hektoen, 2014: 25). Ikkje minst medfører skaden store konsekvensar for den enkelte, og dei som vert ramma får ofte ein betydeleg nedgang i funksjon (Magaziner mfl., 2003; Osnes mfl., 2004; Bertram mfl., 2011). Rehabilitering av pasientgruppa er derfor viktig, og i dette har fysioterapeutar ei viktig rolle. I denne studien ynskjer eg å belyse rehabiliteringa til hoftebrotpasientar ut i frå erfaringane til fysioterapeutar som jobbar på ulike nivå av behandlingsskjeda.

Denne studien utgjer ei form for helsetenesteforskning innan fysioterapi. Helsetenesteforskning er:

Eit fleirfagleg vitskapleg felt der ein studerer korleis sosiale faktorar, finansieringssystem, organisatoriske strukturer og prosesser, helseteknologi og personelåtferd påverkar tilgang til helse- og omsorgstenester, kvaliteten og kostnadene ved helse- og omsorgstenester, og endelig – helse og velvære (NIVEL mfl., 2011: 5) .

Ein kan studere helsetenester på ulike nivå; individnivå eller mikro-nivå, meso-nivå som omhandlar organisering og tildeling av tenester og makro-nivå som omhandlar systemnivå og helsepolitikk (NIVEL mfl., 2011). Dei ulike nivåa inngår i eit samspel og påverkar kvarandre (Garsjø, 2001: 48-49). Politiske føringar og organisering av tenester har mellom anna ei verknad på profesjonar sine vilkår for praksis (Henriksen og Vetlesen, 2006: 28; Thornquist,

2009: 36). I denne studien vert det lagt til grunn eit heilskapleg syn der ein ser på alle nivåa som avgjerande for rehabiliteringsforløpet (Garsjø, 2001: 48-49).

I januar 2012 vart Samhandlingsreforma innført, målet med reforma er å syte for at helse- og omsorgsteneste både skal svare på pasientar sine behov for koordinerte tenester og dei samfunnsøkonomiske utfordringane (St.mld. nr. 47 (2008-2009), : 14). Eit av grepa for å få dette til var å gje kommunen eit større ansvar for helsetenesta (St.mld. nr. 47 (2008-2009), : 26-27).

Offentlege dokument kan seie mykje om korleis rehabilitering bør vere, men det medfører ikkje nødvendigvis at det er det som faktisk skjer (Thommesen, 2010a: 27). Det er dei ulike velferdsorganisasjonane, som sjukehus og kommunale tenestetilbod som møter måla og forventningane til styresmaktane, og det er her tenestekvalitet vert avgjort i praksis (Bukve og Kvåle, 2014a: 15). Av den grunn er det viktig å undersøke kva som faktisk skjer i praksis.

Eg har sjølv erfaring i rehabilitering av denne pasientgruppa, både ved sjukehus og i kommunehelsetenesta. Eg har erfart at pasientar med hoftebrot kan ha omfattande problemstillingar og at dei kan ha behov for fleire og koordinerte tiltak. Mange kan sjølv ha vanskar med å delta aktivt i rehabiliteringa noko som gjer andre si involvering endå viktigare. Dette har gjort at eg har ønska å sjå nærare på korleis rehabiliteringsforløpet er for denne pasientgruppa i dagens helseteneste.

1.2 Tidlegare forskning

Det vart gjort litteratursøk i tre databasar, Medline, SveMed+ og Cinahl, for å få innsikt i eventuell forskning gjort på tema¹. Det vart også gjort handsøk i Google Scholar og Google. Det vart konkludert med at det ikkje verka å vere forskning som undersøker fysioterapeutar sine erfaringar knytt til rehabiliteringa av pasientar med hoftebrot. Derimot er der gjort forskning som studerer fysioterapeutar sine erfaringar knytt til pasientbehandling ved spesialist- og primærhelsetenesta.

¹ Ved søk vart følgjande helsefaglege emneord (MeSH) nytta: “hip fracture”, “elderly”, “rehabilitation”, “physiotherapy”, “physiotherapists”, “hospital”, “primary care”, “attitudes of health personnel”, “experience”, “patient pathway”, “patient care”. Søka vart spesifisert til å innehalde “best balance” av kvalitativ forskning.

Ein kvalitativ studie frå Sverige gav innsikt i fysioterapeutar sine erfaringar i pasientbehandling på intensivavdeling ved sjukehus (Holdar mfl., 2013). Studien viste at fysioterapeutar sine avgjersler og val av behandling var påverka av forhold som økonomi og tid samt individuelle forhold hjå pasientane. Pasientane var innlagt i ei kort tidsperiode og dette gjorde at det vart liten tid til behandling. Med bakgrunn i reduksjon i liggetid ved norske sjukehus (Hagen mfl., 2016), kan funna frå denne studien vere relevante for sjukehusbehandlinga av eldre pasientar i Noreg.

Ein kanadisk studie viste at fysioterapeutar ved rehabiliteringsavdelingar erfarte at pasientar somme tider vart utskrivne så tidleg at moglegheita for at pasienten skulle oppnå betring av funksjon var avgrensa (Carpenter, 2005). Ein annan kanadisk studie undersøkte fysioterapeutar sine erfaringar i heimebehandling av eldre pasientar (Heckman og Cott, 2005). Fysioterapeutane opplevde å ha stor fridom og autonomi i behandlinga. Det vart også belyst at eldre pasientar ofte hadde mange og samansette problemstillingar, og at dei i behandlinga sikta mot å betre pasienten sin funksjon i pasienten sine omgjevnader. Ein norsk studie belyste utfordringar i primærhelsetenesta knytt til pasientbehandling (Nikolaisen mfl., 2015). Fastlønte fysioterapeutar erfarte at dei vart pålagde oppgåver som gjekk på bekostning av pasientbehandling, og at Samhandlingsreforma hadde ført til at dei skulle dekke ytterlegare arbeidsoppgåver.

Det verkar å vere behov for forskning som ser spesifikt på fysioterapeutar sine erfaringar knytt til rehabiliteringa til pasientar med hoftebrot. Ein slik studie vil kunne gje ny innsikt om begrensingar og moglegheiter i rehabiliteringa til desse pasientane i dagens kontekst samt fysioterapeutar si rolle i rehabiliteringsforløpet.

1.3 Føremål

Føremålet med denne studien er å få innsikt i fysioterapeutar sine erfaringar kring rehabiliteringsforløpet til pasientar med hoftebrot i både spesialist- og primærhelsetenesta, og å få innsikt i korleis forløpet kan føregå. Dette vil kunne gje ei auka forståing av fremjande faktorar samt utfordringar i rehabiliteringa av denne pasientgruppa på ulike tidspunkt av rehabiliteringsforløpet og i ulike ledd av fysioterapi- og helsetenesta, samt av fysioterapeutane si rolle i prosessen.

1.4 Problemstilling

Korleis erfarer fysioterapeutar rehabiliteringsforløpet til pasientar med hoftebrot på ulike nivå av behandlingsskjeda? Kva fremjar gode rehabiliteringsforløp og kva er utfordringar?

2. Teoretiske perspektiv

I dette kapittelet presenterast teori som er relatert til studien sitt tema. Det teoretiske grunnlaget for fysioterapi er mellom anna forankra i naturvitskaplege- samfunnsvitskaplege og humanistiske perspektiv (Norsk Fysioterapiforbund, 2015). Fysioterapi kan bli sett på som ein søkande, kontekstuell og dynamisk «bricolage» som er tilpassa tid og stad, og der ulike formar for kunnskap og perspektiv kan bringast inn (Shaw og Deforge, 2012). For å introdusere og ramme inn empirien i denne studien presenterast fyrst teori om hoftebrot, pasientgruppa og behandling. Deretter presenterast teori som er relevant ut i frå eit helsetenesteperspektiv med fokus på konteksten og rammene for fysioterapi og rehabiliteringsforløp. Dette vere seg teori om rehabilitering og tverrfagleg samarbeid samt ein presentasjon av helsepolitiske føringar for rehabilitering og helsetenesta i Noreg.

2.1 Hoftebrot: pasientgruppa og behandling

2.1.1 Hoftebrot og kirurgisk behandling

Termen «hoftebrot» vert brukt om tre typar frakturar av den proksimale delen av femur, og omfattar fraktur av collum femoris, pertrokantere frakturar og subtrokantere frakturar (Butler mfl., 2009; Sneppen mfl., 2014: 562).

Dei fleste hoftebrot vert operert, og den kirurgiske behandlinga kjem an på type hoftebrot, om frakturen er stabil eller dislokalisert samt forhold hjå pasienten. Frakturar av collum femoris vert operert med intern fiksasjon (omledskruer eller glideskruer) eller med innsetting av hemi- eller totalprotese. Ved pertrokantere og subtrokantere frakturar nyttast som oftast intern fiksasjon. Det mest vanlege er glideskrue med eller utan plate eller margnagle (Butler mfl., 2009; Sneppen mfl., 2014). Gjenvinning av tidlegare funksjon er det primære målet med den kirurgiske behandlinga (Butler mfl., 2009).

2.1.2 Konsekvensar av hoftebrot

Hoftebrot er ein type osteoporotisk fraktur, som i hovudsak rammar eldre personar og som medfører store konsekvensar for den som vert ramma (Cummings og Melton, 2002). I følgje ein norsk studie er den totale dødelegheita 21,3 % etter eit år og 59 % etter fem år (Diamantopoulos mfl., 2013). Dødelegheit etter eit hoftebrot er vist å vere knytt til komplikasjonar som følgje av traumet (Vestergaard mfl., 2007). Det å ha tre eller fleire kroniske lidningar preoperativt er også vist å vere ein sterk prediktor for dødelegheit (Roche mfl., 2005).

Vidare kan eit hoftebrot føre til reduksjon i funksjon. Så mange som 42 % av pasientane har ikkje fått tilbake funksjonen dei hadde før brotet etter eit år, og 35 % klarar ikkje å gå sjølvstendig (Bertram mfl., 2011). Eit auka tal på personar må også bu på sjukeheim (Osnes mfl., 2004). Eit hoftebrot er også vist å kunne føre til redusert livskvalitet (Rohde mfl., 2010).

Personar som har pådratt seg eit hoftebrot har også auka risiko for å pådra seg eit nytt hoftebrot (Omsland mfl., 2012). Vidare rapporterer 53,3 % av personar som har flytta heim etter ein slik skade å ha ramla ein eller fleire gonger i løpet av dei fyrste seks månadene etter brotet. Personane som ramla hadde dårlegare balanse, gangfunksjon og funksjon i aktivitetar i dagleglivet (ADL-funksjon) enn dei som ikkje hadde ramla (Shumway-Cook mfl., 2005). Tett oppfølging av denne pasientgruppa med fokus på å gjenvinne funksjon er derfor viktig, og det at pasienten kan flytte heim er kanskje ikkje einstyddande med at personen er ferdig rehabilitert.

2.1.3 Pasientgruppa: Den skrøpelege eldre

Dei fleste hoftebrot oppstår etter eit fall innandørs, og fall innandørs er assosiert med skrøpelegheit (Ranhoff mfl., 2010). Å vere skrøpeleg er ein konsekvens av aldersføreset nedgang i fleire fysiologiske system som gjer at ein har redusert evne til å oppretthalde homeostase. Dette fører til at personen er sårbar og kan få nedgang i helsestatus sjølv etter små skader. Personar som er skrøpelege er skildra å vere på eit slags tippespunkt, mellom å vere sjølvstendig-avhengig, mobil-immobil og klar-delirisk (Clegg mfl., 2013), og dei vil ha vanskar med å vere sjølvstendig i ADL-funksjonar (Pettersen og Wyller, 2007).

Førekomsten av delirium er høg blant eldre innlagt på sjukehus, og er ein tilstand av akutt forvirring som kjenneteiknast av rask endring i bevissthetsnivå, merksemd og kognitiv forstyrning (Inouye, 2006). Ein norsk studie fann at 39 % av pasientar med hoftebrot utvikla delirium i løpet av sjukehusopphaldet, og at delirium var ein risikofaktor for institusjonalisering og nedsett ADL- funksjon seks månader etter eit hoftebrot (Krogseth mfl., 2014).

Det er vist at talet på pasientar med hoftebrot som er skrøpelege er stigande, og at det derfor er viktig at tenestene utviklast for å ivareta denne pasientgruppa (Auais mfl., 2013). Då skrøpelege eldre ofte har fleire tilleggsdiagnosar bør behandlinga ha ei holistisk tilnærming til personane og deira situasjon (Clegg mfl., 2013). Ved sjukehus er avdelingar derimot ofte inndelt etter enkeltorgan eller organsystem, noko som kan vere eit hinder for ei heilskapleg tilnærming (Pettersen og Wyller, 2007).

2.1.4 Fysioterapibehandling

I fysioterapibehandlinga til pasientgruppa tar ein sikte på at pasienten skal gjenvinne tidlegare funksjon og bli mest mogleg sjølvstendig. Behandlinga inneber typisk mobilisering, gangtrening, styrketrening, balansetrening samt trening på ADL-aktivitetar (Sneppen mfl., 2014: 569). Det er vist at trening og mobilisering kan betre mobiliteten etter eit hoftebrot (Handoll mfl., 2011). Vidare er fysioterapi etter utskrivning frå sjukehus vist å gje større betring i livskvalitet hjå pasientar med hoftebrot samanlikna med ingen fysioterapi (Mehta og Roy, 2011), og rehabilitering over lengre tid verkar også å ha ein positiv effekt på fysisk funksjon (Auais mfl., 2012).

2.2 Rehabilitering

Rehabilitering er eit omgrep som kan vere vanskeleg å definere fordi det definerast på ulike måtar politisk, juridisk og i den kliniske kontekst. Det har også ulik meiningsinnhald for ulike aktørar (Thommesen, 2010a: 16). Rehabilitering retter seg likevel fyrst og fremst mot den enkelte person og har eit tydeleg brukarperspektiv² (Normann mfl., 2013: 35), og Thommesen

² Det er vanleg å bruke omgrepet brukar om ein person som er i ein rehabiliteringsprosess. I denne studien vel eg likevel å bruke omgrepet pasient, då det er dette omgrepet som er mest nytta i litteraturen i forbindelse med hoftebrot.

(2010a: 18) meiner at dei fleste kan einast om at rehabilitering handlar om korleis samfunnet og hjelpeapparatet behandlar menneske som treng offentleg støtte og hjelp for å utvikle seg samt for å handtere utfordringar i kvardagen. I Rehabiliteringsmeldinga som kom på slutten av 90-talet definerast rehabilitering på følgjande måte:

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 mogleg funksjons- og meistringsevne, sjølvstende og deltaking sosialt og i samfunnet (St.meld. nr. 21 (1998-1999), : 10).

Rehabiliteringspolitikken stiller også krav til at tenestemottakaren deltar aktivt i si eiga rehabiliteringsprosess (Thommesen, 2010b: 46). Ein del personar, mellom anna eldre med hoftebrot, vil kunne ha vanskar med å utøve ein betydeleg eigeninnsats. Thommesen (2010b: 46) meiner derfor at eigeninnsats kan innebere ulike aspekt, for nokre kan det vere å mobilisere krefter til å starte ein rehabiliteringsprosess, formulere mål for rehabiliteringa, eller bestemme kor mykje av ansvaret personen vil overlate til andre.

2.2.1 Tverrfagleg samarbeid

Rehabiliteringsmeldinga legg vekt på tverrfagleg samarbeid, og slår fast at det berre kan kallast rehabilitering dersom fleire tiltak og aktørar samspekar på ein planlagt måte (St.meld. nr. 21 (1998-1999), : 10). Ein person i ein rehabiliteringsprosess vil ofte ha samansette problemstillingar. Dette fordrar at ein har eit heilskapleg syn der ein søker å sjå alle aspekta ved personen sin situasjon (Bredland mfl., 2011: 51, 52, 200), noko som krev tverrfagleg samarbeid der ulike faglege perspektiv bringast inn (som til dømes fysioterapi) for å gje ein heilskapleg tilnærming for å nå brukaren sine mål (Bredland mfl., 2011: 55). Tverrfagleg samarbeid er kjenneteikna av at arbeidsoppgåvene er fleksible. I somme tilfelle kan faggrupper lære kvarandre opp i enkelte oppgåver i staden for å gjere tiltak kvar for seg (Bredland mfl., 2011: 200).

Tverrfagleg samarbeid fordrar at ein har eit felles verdigrunnlag og ei felles problemforståing for at tiltaka skal henge saman og koordinerast (Bredland mfl., 2011: 55, 213). Det er riktignok slik at helsevesenet er prega av ulike kulturar som kan ha forskjellige målsettingar og ideal (Melby og Aksel, 2013: 14). Helsetenesta er prega av spesialisering (Melby og Aksel,

2013: 13), men rehabilitering stiller krav til felles kunnskap på tvers av profesjonar og tenester. Dette omhandlar mellom anna kunnskap om kommunikasjon og samarbeid. Denne forma for kunnskap har derimot i liten grad vorte systematisert eller gjort relevant for rehabilitering (Normann mfl., 2013: 79-80).

Dei helsefaglege yrka er også prega av hierarkiske strukturar (Schönfelder, 2013: 55). Spesialisthelsetenesta er i større grad prega av det enn kommunehelsetenesta (Thornquist, 2009: 335). Til hierarkiske strukturar tilhøyrar klare kommandolinjer og der er lite rom for diskusjon. Ansvar, oppgåver og makt heng saman med dei ulike posisjonane i strukturen, og yrkesgrupper som er høgt oppe har større ansvar og sjølvstyre enn dei som er lågare nede, og dermed har dei også større handlingsrom (Thornquist, 2009: 334). I helsetenesta har legane større autoritet enn anna helsepersonell (Heldal, 2013: 125). Slike hierarkiske strukturar vil såleis kunne ha påverknad på dei ulike yrkesgruppene si moglegheit for at deira faglege vurderingar og synspunkt får gjennomslag (Thornquist, 2009: 328)

2.2.2 Rehabiliteringsforløp

Rehabiliteringsforløp vil ofte arte seg ulik frå person til person, men inneheld typisk tre fasar. For personar som pådrar seg ein akutt skade vil det starte med medisinsk behandling, deretter følger ein fase med funksjonsretta tiltak medan den avsluttande fasen omhandlar deltaksorienterte tiltak (Bredland mfl., 2011: 130).

For å oppnå vellukka rehabilitering er det viktig at rehabiliteringstilbodet inngår i eit godt planlagt pasientforløp (Meld. St. 11 (2015-2016), : 29). I Samhandlingsreforma vert forløp definert på følgjande måte: «Forløp er den kronologiske kjeden av hendelser som utgjør pasientens møte med ulike deler av helse- og omsorgstjenestene.» (St.mld. nr. 47 (2008-2009), : 15). Det vert vidare peika på at gode forløp er kjenneteikna av at dei ulike hendingane som utgjer forløpet er sett saman på ein koordinerte måte som tek i vare pasientane sine behov (St.mld. nr. 47 (2008-2009), : 15). I rettleiar for habilitering og rehabilitering (Helsedirektoratet, 2015: 63), vert det framheva at ein i pasientforløp, bør unngå uønskte tidsavbrot mellom ulike aktørar sine oppgåver og ansvarsområder i tenestekjeda.

Både spesialist- og kommunehelsetenesta har ansvar for rehabilitering, og det er argumentert for at geriatrisk rehabilitering bør integrerast i den akutte behandlinga av eldre (Pettersen og

Wyller, 2007). Helsetenesta har derimot vore prega av at ein skil mellom medisinsk behandling og rehabilitering. Dette har ført til ein arbeidsdeling der pasientane fyrst behandlast og deretter rehabiliterast, noko som kan føre til at personen må vente på rehabilitering (St.prp. nr. 1 (2007-2008), : 8). I denne studien legg eg til grunn at rehabiliteringsforløpet til pasientar med hoftebrot startar medan dei er på sjukehus.

2.3 Helsepolitiske føringar for rehabilitering og helsetenesta

I velferdsstaten Noreg er helsevesenet i stor utstrekning offentleg. Velferdsstaten er basert på universalistisk-egalitær ideologi, noko som inneber at alle menneske uavhengig av ulikskapar har rett på dei same godane, også innan helse (Henriksen og Vetlesen, 2006: 18). I Noreg er det kommunen som forvaltar primærhelsetenesta medan det er staten/helseforetaka som forvaltar spesialisthelsetenesta (St.mld. nr. 47 (2008-2009), : 21-22). Kommunehelsetenesta tilbyr helsetenester der folk bur, og representerer derfor nærleik og kontinuitet for pasientane (Nylenna, 2014: 65). Kommunehelsetenesta er mellom anna lovpålagt å tilby rehabilitering (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011 § 3-2). Spesialisthelsetenesta skal i prinsippet tilby helsetenester som krev kompetanse eller utstyr som kommunehelsetenesta ikkje har ressursar til å utføre (Nylenna, 2014: 79).

I det følgjande vil eg trekke fram tre stortingsmeldingar; Rehabiliteringsmelding (St.meld. nr. 21 (1998-1999)), Samhandlingsreforma (St.mld. nr. 47 (2008-2009)) og Primærhelsemeldinga (Meld. St. 26 (2014-2015)) og søke å skildre kva føringar dei legg for rehabilitering og den norske helsetenesta.

Felles for alle meldingane er at mangel på samarbeid og samhandling i helsetenesta vert sett på som eit problem og eit hinder for gode helsetenester og for heilskapelege pasient- og rehabiliteringsforløp.

Rehabiliteringsmeldinga sette rehabilitering på dagsorden (Thommesen, 2010b: 33). Eit sentralt mål var å sikre likeverdig tilbod til alle menneske med eit rehabiliteringsbehov. Meldinga slo fast at ein uavhengig av alder skal ha eit tilgjengeleg tilbod tilpassa eige behov og situasjon. Det vart påpeikt at hjelpeapparatet må innrettast på ein måte som mogleggjer ei ivaretaking av dei individuelle behova for rehabilitering (St.meld. nr. 21 (1998-1999), : 6-7).

Rehabiliteringsmeldinga dannar framleis eit fundament innan rehabiliteringspolitikken (Meld. St. 26 (2014-2015), : 104).

I Samhandlingsreforma vert mangel på samhandling sett på som ein av dei største utfordringa i helse- og omsorgstenesta (St.mld. nr. 47 (2008-2009), : 13). Det rettast særleg fokus på mangel på samhandling mellom spesialist- og kommunehelsetenesta, og reforma legg føringar for tettare samarbeid og samhandling mellom spesialist- og primærhelsetenesta. Meldinga definerer samhandling mellom tenestenivå på følgjande måte:

Samhandling er uttrykk for helse- og omsorgstjenestenes evne til oppgavefordeling seg imellom for å nå et felles, omforent mål, samt evnen til å gjennomføre oppgavene på en koordinert og rasjonell måte (St.mld. nr. 47 (2008-2009), : 13).

Meldinga påpeikar at gode pasientforløp skal vere ei felles referanseramme for aktørane i helsetenesta. Mange eldre har behov for koordinerte tenester og dei kan ha problem med veksling mellom desse. Derfor bør tenestene som forvaltast på dei ulike tenestenivåa inngå i ei heilskapleg oppfyljing av pasientane sine behov (St.mld. nr. 47 (2008-2009), : 14, 22, 41). Eit av hovudtiltaka i reforma var å gje kommunen eit større ansvar for helsetenesta (St.mld. nr. 47 (2008-2009), : 15). Dette er det som kallast LEON prinsippet, og omhandlar at problem skal takast hand om på lågaste effektive omsorgsnivå (Nylenna, 2014: 55). Eit mål var å redusere forbruket av spesialisthelsetenestar mellom anna gjennom å auke moglegheita for raskare utskriving. Det vart foreslått å etablere økonomiske insentiv som skulle inspirere kommunen til å utvikle si rolle (St.mld. nr. 47 (2008-2009), : 97). Kommunane er no lovpålagde å dekke utgifter for pasientar som er utskrivingsklare, men som oppheld seg i spesialisthelsetenesta i påvente av kommunale helse- og omsorgstilbod (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011 § 11-4).

Samtidig som Samhandlingsreforma gav kommunen eit større ansvar for helsetenesta vart fysioterapi fjerna som lovpålagt teneste (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011 § 3-2). Det er no foreslått at fysioterapi igjen bør innførast som lovpålagt teneste for at kommunen skal kunne oppfylle krava om helsetenester (Meld. St. 26 (2014-2015), : 62).

I Primærhelsemeldinga rettar ein fokus på mangel på samarbeid i kommunehelsetenesta. Det vert påpeikt at tenestene er siloorganisert og at skillet mellom tenester bør byggast ned for at

dei skal vere betre tilrettelagt for personar med samansette behov. Det er mellom anna foreslått teambaserte- og samlokaliserte tenester (Meld. St. 26 (2014-2015), : 14, 19).

2.3.1 Prioritering i helsetenesta

Å prioritere inneber å rangere, ein set noko framfor noko anna. Det vil alltid vere eit gap mellom ressursar og behov for helsetenester. Dette gjer at det dagleg vert gjort prioriteringar i den norske helsetenesta (NOU 2014: 12, : 16). Prioriteringar vert gjort på leiingsnivå og klinisk nivå. På leiingsnivå handlar det ofte om grupper av individ, medan prioriteringar på klinisk nivå omhandlar enkeltindivid og mellom anna helsepersonell sin tid og merksemd. (NOU 2014: 12, : 113-114).

Noregs offentlege utgreiing (NOU) la i 2014 fram prioriteringskriterier som skal nyttast i helsetenesta. Det er foreslått tre overordna prioriteringskriterier; helsegevinstkriteriet, ressurskriteriet og helsetapskriteriet (NOU 2014: 12, : 18). Helsegevinstkriteriet inneber at grad av prioritering av eit tiltak aukar med forventa helsegevinst, særleg i form av forventa gode leveår. Ressurskriteriet inneber at grad av prioritering aukar dersom tiltaket legg beslag på mindre ressursar. Med helsetapskriteriet meinast det at tiltak som gagnar pasientar med eit stort forventa helsetap får høgare prioritet og skal prioriterast over tiltak som gagnar pasientar med eit lite forventa helsetap. (NOU 2014: 12, : 18-19).

NOU slår fast at alder i seg sjølv ikkje er eit relevant kriterium for prioritering. Det vert likevel framheva at alder korrelerer med fleire av karakteristikkane som hovudkriteria legger vekt på, som tal på gode leveår under helsegevinst kriteriet. Dette kan derfor føre til indirekte aldersprioriteringar som av NOU vert sett på som akseptabelt. Det vert også påpeikt at det kan vere nyttig å bruke alder som ein indikator når ein skal prioritere etter hovudkriteria (NOU 2014: 12, : 101-104).

3. Metodologi og metode

I dette kapittelet gjer eg greie for val av metodologisk forankring og for den kvalitative framgangsmåten og metoden som er brukt ved innsamling og analyse av materialet.

Avslutningsvis vert ein methodediskusjon presentert.

3.1 Metodologi: Ei fortolkande tilnærming innan helsetenesteforsking

Denne helsetenestestudien byggjer på ei fortolkande tilnærming. Ei slik tilnærming byggjer på prinsippet om at all kunnskap oppstår gjennom subjektiv persepsjon, av den grunn er det naudsynt å undersøke korleis menneske forstår verda (Allsop og Saks, 2013: 18).

Tilnærminga byggjer også på at sosiale fenomen må forståast ut i frå sin kontekst, i tid og stad, for at det skal kunne gje meining (Allsop og Saks, 2013: 25). Med denne studien ynskjer eg å undersøke rehabiliteringsforløpet til pasientar med hoftebrot slik det går føre seg og vert erfart i faktisk praksis. For å forstå det må eg sjå det i sin kontekst og ut i frå dei rammar og situasjonar forløpet går føre seg i. Eg har valt ei kvalitativ tilnærming for å få innsikt i fysioterapeutar sine haldningar og erfaringar som profesjonelle aktørar i rehabiliteringsforløpet, i ein norsk samanheng.

Studien er forankra i ein fenomenologisk tradisjon. I fenomenologi er ein opptatt av korleis verda er gitt for vår bevissthet og korleis verda vert erfart av subjektet (Thornquist, 2003: 83-84). Ein vil prøve å forstå sosiale fenomen ut i frå aktøren sitt perspektiv, og skildre fenomenet slik dei opplever det (Kvale og Brinkmann, 2015: 45). I forskinga vil ein derfor legge vekt på fylldige og kontekstualiserte skildringar. I dette ligg det at ein vil prøve å møte eit fenomen med openheit slik at ein unngår å berre bruke eksisterande førestillingar og teoriar, men lar sjølve fenomenet kome til uttrykk (Thornquist, 2003: 86). I intervju og fokusgruppene har eg søkt å vere fleksibel og stille meg open for informantane sine erfaringar, samt følgje opp deira utsegn, for å få fram stemmene deira.

I studien har eg også eit hermeneutisk perspektiv. Hermeneutikk er læra om tolking av tekster, og har sitt opphav i tolking av religiøse, juridiske og litterære tekster (Kvale og Brinkmann, 2015: 74). Tekst har etter kvart fått ei vidare tyding slik at også handling og diskurs inngår i virkefeltet til hermeneutikken (Kvale og Brinkmann, 2015: 74). Føremålet med hermeneutisk tolking er å oppnå gyldig og allmenn forståing. Samstundes vil all fortolking vere føreset av kontekst, historie og førforståing (Thornquist, 2003: 153; Kvale og Brinkmann, 2015: 73-74). Førforståing inneber dei tankar, erfaringar og forventingar vi møter eit fenomen med, dette vil alltid prege våre fortolkingar (Thornquist, 2003: 142). Med intervju og fokusgruppene ønska eg å få innsikt i informantane si fortolking av situasjonar og hendingar. I analysen har eg fortolka deira utsegn og sett dei inn i ein større samanheng, og her har mi førforståing prega mine tolkingar (Thornquist, 2003: 206-207). For å kome fram til ny kunnskap er det likevel

viktig at ein som forskar søker å skildre det ein har studert så fordomsfritt som mogleg (Malterud, 2011: 45). Dette er noko eg har vore bevisst på gjennom heile prosessen, og er noko eg vil kome attende til i metodediskusjonen.

Den hermeneutiske sirkel eller spiral som er ein dynamisk prosess der ein beveger seg mellom delane og heilskapen, har vore sentral for å oppnå ny forståing (Thornquist, 2003: 142-143). I analysen har eg sett på delar av dei enkelte intervju og fokusgruppediskusjonar på tvers av materialet. Eg har deretter gått attende til heilskapen av dei enkelte intervju og diskusjonane for å sjå delen i sin kontekst. Ved å sjå mitt materiale opp mot polistiske dokument og vitenskapleg litteratur har eg søkt å sjå materialet ut i frå ei større forståing og kontekst.

3.2 Val av design og metode

Grunna lite forskning på temaet og då eg var interessert i å sjå på rehabiliteringsforløpet i ein norsk kontekst valde eg å nytte meg av case studie som forskingsdesign med ei kvalitativ tilnærming. Casen er rehabiliteringa og rehabiliteringsforløpet til pasientar med hoftebrot ved ulike norske sjukehus og kommunar. Denne forma for forskning gjev rom for å studere og forstå fenomenet frå fleire perspektiv og ut i frå sin kontekst (Allsop og Saks, 2013: 34). Ein vil gå i djupna av fenomenet ein studerer og belyse ulike forhold som er viktig for casen (Polit og Beck, 2012: 503). I ein case studie vil ein kunne nytte seg av ulike former for data som intervju, observasjon og dokument (Polit og Beck, 2012: 503).

For å svare på mi problemstilling såg eg det som viktig å få innsikt i fysioterapeutar sine erfaringar og refleksjonar kring rehabiliteringsforløpet. Kvalitativ metode er eigna når ein ynskjer å få innsikt i personar sine erfaringar og haldningar (Thornquist, 2003: 205; Malterud, 2011: 27-28; Thagaard, 2013: 95). Eg valde derfor å nytte meg av individuelle semistrukturerte intervju og fokusgruppediskusjonar. For å få innsyn i systemnivået og situere og drøfte empirien i ein større kontekst har eg nytta politiske dokument som seier noko om den norske helsetenesta og føringar for den.

3.3 Kontekst og utval

Rehabiliteringsforløpet til pasientar med hoftebrot går føre seg i ulike nivå av helsetenesta samt på ulike stader. I spesialisthelsetenesta kan det vere ulike behandlingsregimer for

pasientgruppa, og kommunehelselova gjev moglegheit for variasjonar mellom kommunar (Thornquist, 2009: 332). Eg nytta derfor eit strategisk utval og rekrutterte fysioterapeutar frå ulike sjukehus og kommunar med ulik storleik, med den hensikt at utvalet skulle føre til informasjonsrikdom og gje moglegheit til å belyse både fellestrekk og variasjonar kring rehabiliteringsforløpet (Malterud, 2011: 55-56). Eg ynskja at fysioterapeutane i kommunehelsetenesta skulle ha erfaring med rehabilitering og pasientgruppa frå institusjon og utanfor institusjon, av den grunn rekrutterte eg fastlønte fysioterapeutar då det er dei som ofte jobbar med eldre og rehabilitering samt på institusjon (Kaale og Hauksdottir, 2002; Nikolaisen mfl., 2015). Med bakgrunn i at eg hadde avgrensa moglegheit til å reise var det sjukehus og kommunar i to fylker på Vestlandet som var aktuelle.

Inklusjonskriteria var at informantane skulle ha erfaring frå å jobbe i kommunehelseteneste eller ved sjukehus i tre år, i tillegg til å ha erfaring i å jobbe med pasientgruppa. Eit visst erfaringsgrunnlag fører til at ein kan reflektere kritisk over eigen praksis (Thornquist, 2012: 101).

3.3.1 Rekruttering av informantar

Hausten 2015 sendte eg ut e-post med informasjon om studien, inklusjonskriteria og samtykke til leiande fysioterapeut ved ulike sjukehus og kommunehelsetenestar i to fylker på Vestlandet. Eg tok også kontakt via e-post til fysioterapeutar eg hadde kjennskap til frå før, men ikkje kjente personleg. Ein av sjukehusinformantane trakk seg etter rekruttering og eg sendte derfor ut ny e-post til leiande fysioterapeut ved sjukehus i Midt-Norge og på Austlandet.

Med bakgrunn i at hovudomfanget av rehabiliteringsforløpet føregår i kommunehelsetenesta, valde eg å gjennomføre fleire intervju/fokusgrupper der enn ved sjukehus. Eg ynskja vidare å få innsikt i praksis og rutinar kring rehabiliteringsforløpet slik dei føregjekk ved ulike sjukehus og kommunehelsetenestar. Av den grunn ynskja eg å ha gruppediskusjonar på dei enkelte arbeidsstadane, slik at diskusjonen skulle bidra med perspektiv frå den enkelte kontekst. Fokusgrupper vart derfor nytta i dei tilfella der det var to eller fleire personer ved same arbeidsplass som ynskja å delta i studien. Slike grupper vert omtalt som formelle naturlege grupper (Green og Thorogood, 2014: 131). Dei er naturlege ved at dei består av ei allereie eksisterande gruppe, men formelle ved at møtet dannast til føremålet for forskning, og

dei kan derfor bli behandla som ei fokusgruppe. Fordelen med slike grupper er at dei kan produsere naturalistiske data, data frå «det verkelege liv» (Green og Thorogood, 2014: 127, 131). Valet om naturlege grupper førte riktignok til at fokusgruppene besto av få deltakarar; tre fokusgrupper med to deltakarar og ei gruppe med tre deltakarar. Nedanfor vert to tabellar med oversikt over utvalet presentert.

Tabell 1. *Oversikt over intervju/fokusgrupper på sjukehus: informasjon om sjukehusa, tal på fysioterapistillingar, metode og presentasjon av informantane*

Sjukehus Behandlingsregimer	Fysioterapi-stillingar	Metode	Informant*	År som fysioterapeut	År ved sjukehuset
Sjukehus 1 Sentralsjukehus	12 ved sjukehuset	Individuelt intervju 1	R	13	12
By med <15.000 innbyggjarar					
Ortopediskavdeling					
Sjukehus 2	8 ved ortopedisk avdeling	Fokusgruppe 1	P	10	9
By med > 50.000 innbyggjarar					
Ortogeriatrisk-eining			Q	24	24
Sjukehus 3	7 ved ortopedisk avdeling	Fokusgruppe 2	S	8	8
By med > 50.000 innbyggjarar			J	19	4
Fast track					

*Informantane er presentert med ein tilfeldig valt bokstav

Tabell 2. Oversikt over intervju/fokusgrupper i kommunehelsetenesta: informasjon om kommunehelsetenestene, tal på fastlønte fysioterapeutar, metode og presentasjon av informantane

Kommune	Fastlønte fysioterapeutar kommune/bydel	Metode	Informant*	År som fysioterapeut	År i kommunen
Kommune 1	2	Individuelt intervju 2	K	4	11 mnd.
< 5000 innbyggjarar					
Kommune 2	3	Individuelt intervju 3	M	38	37
< 5000 innbyggjarar					
Kommune 3	3	Individuelt intervju 4	L	29	20
> 5000 innbyggjarar					
Kommune 4	3	Fokusgruppe 3	A	3	2
			F	12	6
Kommune 5	4 ved aktuell sjukeheim > 20 i bydelen	Fokusgruppe 4	Y	29	25
			B	33	21
			Å	18	18
Informantane jobba ved ein sjukeheim med kommunal driftsavtale					

* Informantane er presentert med ein tilfeldig valt bokstav

Samanfatta vart det gjennomført fire individuelle intervju (eit ved sjukehus og tre i kommunehelsetenesta) og fire fokusgrupper (to ved sjukehus og to i kommunehelsetenesta), med til saman 13 fysioterapeutar. Eit av sjukehusa var på Austlandet, dei øvrige sjukehus og kommunehelsetenestar var i to fylker på Vestlandet. Informantane hadde erfaring som fysioterapeut frå tre til 38 år og ved den aktuelle arbeidsstaden frå 11 månadar til 37 år. Alle informantane frå kommunehelsetenesta behandla pasientar som hadde fast plass på institusjon eller oppheldt seg midletidig på institusjon, samt pasientar som budde heime.

3.4 Innsamling av materiale

Innsamling av materialet vart gjennomført i løpet av to og ein halv månad. Eg valde å gjennomføre dei individuelle intervju for fokusgruppene, for å få meir erfaring og vere betre førebudd til gruppediskusjonane.

Tid og stad for intervju og fokusgruppene vart avtalt etter kva som passa for informantane og alle intervju og fokusgruppediskusjonar vart utført ved informantane sine arbeidsstader i arbeidstida. Intervju og fokusgruppene gjekk føre seg i rolege settingar ved informantane sine kontor eller i møterom. Før start av intervju/fokusgruppene informerte eg på nytt om føremålet med studien. Eg informerte også om mi teieplikt og anonymisering av dei som deltakarar og av deira arbeidsstad. Dette for at dei skulle kunne vere sikre på at dei kunne uttrykke seg ope, også om ting dei ikkje opplevde fungerte utan at dette kunne tilbakevisast til deira arbeidsstad. Eg opplevde at informantane viste stor tillit og openheit, individuelt og i gruppene.

Alle intervju og fokusgruppediskusjonar vart tatt opp med bandopptakar, noko som gav meg god moglegheit til å vere merksam på informantane (Thagaard, 2013: 112). Eg skreiv også ned stikkord undervegs dersom det var ting eg ville hugsa å ta opp. Rett etter gjennomføring leste eg inn feltnotater på bandopptakar til bruk i analysen (Thagaard, 2013: 112). I forbindelse med fokusgruppene omhandla feltnotata særleg samhandlinga i gruppa.

3.4.1 Individuelle semistrukturerte intervju

Eit individuelt intervju er ein form for samtale som er meir eller mindre styrt etter forskaren sitt behov for data (Green og Thorogood, 2014: 95). Eg valde å nytte meg av individuelle semistrukturert intervju. Dette er eit intervju som til ein viss grad er strukturert ved at ein nyttar ein intervjugudie og søker å dekke ulike tema (Polit og Beck, 2012: 537), men der ein samtidig er fleksibel i møte med informantane, slik at det er rom for å tilpasse intervjuet etter informantane sine erfaringar (Malterud, 2011: 129-130). Dette er viktig då det overordna målet med eit intervju er å få innsikt i informantane si erfarings- og meningsverd (Thornquist, 2012: 112). For å førebu meg til intervju gjennomførte eg tre prøveintervju, alle med fysioterapeutar. Eg tok intervju opp på lydband og hørde igjennom dei. Dette var nyttig med tanke på å få innsikt i korleis intervjuguiden og min intervjustil fungerte.

Eg utarbeidde to intervjuguidar med tema og forslag/stikkord til spørsmål, ein til bruk ved sjukehus og ein til bruk i kommunehelsetenesta (Vedlegg 3 og 4). Gitt ein fenomenologisk forankring søkte eg å stille opne spørsmål, følgje opp informantane sine utsegn og eg let informantane prate om det som var viktig for dei. Dette resulterte i at det også kom opp tema

som eg ikkje hadde tenkt på i forkant. Eg oppmoda også informantane om å kome med konkrete eksempel frå eigen praksis, då dette ofte gjev rikast kunnskap (Malterud, 2011: 129-130). Intervjua varte mellom 55 og 72 minutt.

3.4.2 Fokusgruppediskusjonar

Kjenneteiknet på ei fokusgruppediskusjon er kombinasjonen av eit forskarstyrt emnefokus og gruppesamhandling (Halkier, 2010: 10). Deltakarane si samanlikning av erfaringar kan produsere kunnskap om kompleksiteten i sosiale praksisar, og dei kan kommentere kvarandre sine erfaringar og forståingar ut i frå ein kontekstuell forståing ein ikkje har som forskar (Halkier, 2010: 14-15).

Som omtalt besto fokusgruppene av to til tre deltakarar. Generelt består fokusgrupper ofte av fem til åtte deltakarar (Malterud, 2011: 133). Malterud (2012: 40) omtalar at ein samtale mellom ein forskar og to deltakarar likevel kan vere ei fokusgruppe, men for at det skal fungere som det er det viktig at det er ein uttalt interaksjon mellom deltakarane. For å stimulere til samhandling mellom deltakarane presiserte eg i starten mi rolle som moderator og at det mest interessante var samtalen dei i mellom, og at dei kunne følgje opp kvarandre sine utsegn og kommentere fritt utan invitasjon frå meg. Eg opplevde at alle fokusgruppene var prega av god interaksjon og diskusjon. Deltakarane sine refleksjonar og erfaringar skapte assosiasjonar hjå den/dei andre og dei utdjupa kvarandre sine perspektiv og erfaringar. Dette bidrog til eit rikt mangfald i erfaringar og eksempel frå praksis.

Der finst ulike modeller av fokusgrupper, eg valde å nytte meg av ein traktmodell som er ein kombinasjon mellom ei open og strukturert fokusgruppe (Halkier, 2010: 45-48). Eg starta med opne spørsmål, men stilte også meir konkrete spørsmål. Dette gjorde at deltakarane fekk uttale seg og diskutere opent, samtidig som det sikra at eg fekk svar på spørsmål, eg etter å ha gjennomført dei individuelle intervjua såg på som viktig å få svar på. Eg utarbeidde to guidar, ein for sjukehus og ein for kommunehelsetenesta (vedlegg 5 og 6). Guiden inneheldt opne spørsmål samt stikkord på forslag til meir konkrete spørsmål. Guiden inneheldt færre spørsmål enn guiden for dei semistrukturerte intervjua, slik at det skulle vere lettare å vere fleksibel i møte med informantane (Malterud, 2012: 71-72).

Fokusgruppene varte mellom 55 og 82 minutt. Eg fungerte sjølv som moderator ved alle fokusgruppene. Som moderator sikra eg progresjon i diskusjonen i tillegg til at eg stilte utdjupande og oppklarnande spørsmål. I gruppa med tre deltakarar hadde eg også med ein sekretær, som i hovudsak konsentrerte seg om replikkfesting, slik at transkripsjonen i ettertid kunne bli mest mogleg nøyaktig. Personen som fungerte som sekretær hadde sjølv erfaring med kvalitative intervju.

3.4.3 Starten av analysen

Eg transkriberte kvart intervju/diskusjon før eg gjennomførte neste. Dette gjorde at eg fekk innsyn i mitt eige bidrag til det som vart skapt. I det fyrste intervjuet såg eg mellom anna at eg nokre gonger stilte leiande spørsmål, noko eg søkte å korrigere i dei påfølgjande intervju. Eg starta også på analysen undervegs ved å notere ned tema som verka å vere relevante og viktige å følge opp. Slik stegvis og integrert analyse lettar prosessen fram til kva spørsmål som best kan svare på problemstillinga (Malterud, 2011: 92-93). Undervegs i prosessen justerte eg derfor på guidane for dei individuelle intervju og fokusgruppene, det vart mellom anna tidleg tydeleg at det var spørsmål om konkrete rutinar, praksis og pasienteksempel som gav rikast informasjon.

Etter at eg var ferdig med innsamling av materiale og hadde starta med analysen, såg eg at det var nødvendig å gjere nokre oppfølgingsintervju, då eg enkelte gonger hadde utelate å stille viktige oppfølgingsspørsmål. Eg tok derfor kontakt med fysioterapeutane frå fem av kommunehelsetenestene og eit av sjukehusa, og gjennomførte seks oppfølgingsintervju. Tre av desse vart gjort med informantar frå individuelle intervju. Vidare gjennomførte eg tre oppfølgingsintervju med deltakarar frå tre av fokusgruppene. To av desse intervju vart gjennomført med ein deltakar frå ei fokusgruppe og ein deltakar frå ei anna fokusgruppe. Eit av oppfølgingsintervju vart gjort med to deltakarar frå ei og same fokusgruppe, såleis vart det siste eit gruppeintervju. Alle intervju vart tatt opp på bandopptakar og transkribert.

3.5 Tilarbeiding og analyse av materialet

3.5.1 Transkripsjon

Det er inga sann oversetjing frå munnleg til skriftleg form, og ein transkripsjon er ein dekontekstualisert attgiving av intervjusamtalen (Kvale og Brinkmann, 2015: 204, 212). Eg valde å gjere transkripsjonane til ei meir lettlest form. Lydar som «eh» vart ikkje tatt med, og eg kutta dersom det vart mange gjentakingar. Pausar, periodar med fleire «eh» eller «mm» eller uthaling av ord vart derimot markert med prikkar eller prikkar i ein parentes. I tillegg tok eg med kjensleuttrykk som latter og sukk. Det transkriberte materialet besto av 147 sider.

Alt vart skrive på nynorsk som eit ledd i anonymiseringa. I tillegg vart stadnamn og namn på sjukehus anonymisert. Etter at eg hadde transkribert høyrde eg gjennom opptaka på nytt for å prøve å sikre at nedskrivinga av opptaka var mest mogleg korrekt med omsyn til kva informantane sa.

3.5.2 Analyse

I kvalitativ analyse vil ein undersøke materialet inngåande for å strukturere og finne meining i det (Polit og Beck, 2012: 556-557). Eg nytta meg av ein temasentrert analyse, der eg gjekk i djupna av ulike tema (Thagaard, 2013: 181). Eg ynskja å sjå på fellestrekk og variasjonar knytt til aktuelle tema på tvers av materialet for å få djupare innsikt og forståing samt sjå nyansar kring kvart tema (Thornquist, 2012: 89; Thagaard, 2013: 181). Analysen vart gjort i ulike trinn. Eg starta med å lese gjennom alle transkripsjonane kvar for seg og noterte tema som kom fram i dei ulike intervju/diskusjonane. Eg opplevde at det var nokre tema som var sterkt knytt til konteksten, høvesvis sjukehus og kommunehelseteneste, og at nokre tema gjekk på tvers av dei ulike kontekstane. Dette vart diskutert med rettleiar, som hadde lese nokre av transkripsjonane. Eg gjekk deretter inn i alle transkripsjonane og fann meiningsberande einingar knytt til kvart enkelt tema. Til dei meiningsberande einingane knytte eg kodeord, som kort illustrerte meiningane i eininga (Thagaard, 2013: 182). På den måten kom også variasjonane under kvart enkelt tema fram og det danna grunnlaget for undertema og under-under tema. Denne prosessen var dynamisk og etter kvart som eg fekk eit overblikk førte det til at eg kutta, endra og slo saman ulike undertema og tema. Samanslåinga resulterte somme tider til at nye tema oppstod, eg gjekk då inn i materialet på nytt for å sikre

at eg hadde fått med meg alle dei meiningsberande einingane knytt til tema. Samanslåing og kutting av tema vart også gjort med bakgrunn i at det ikkje er mogleg å representere alle variasjonar og nyansar (Malterud, 2011: 93). Basert på rammene for studien har eg derfor måtte tatt val med omsyn til kor mange tema og nyansar eg skulle presentere. Her har mi problemstilling og mitt føremål vore styrande.

Ein temasentrert analyse inneber ein dekontekstualisering av empirien fordi ein set utdrag frå eit intervju/diskusjon saman med utdrag frå andre og dermed lausriv det frå sin opphavlege samanheng (Malterud, 2011: 93). I presentasjonen av materialet har eg samanfatta fleire av informantane sine utsegn og nytta enkelte sitat. For å søke å sikre at samanfattainga og sitata eg har brukt har stemt overeins med informantane sine opphavlege utsegn og meining har eg stadig vendt attende til dei enkelte transkripsjonane for å lese utdraga i sin opphavlege kontekst.

3.6 Metodediskusjon

3.6.1 Utval og kontekst

Ein case studie med eit strategisk utval gav moglegheit til å sjå på erfaringar frå ulike delar av rehabiliteringsforløpet til pasientar med hoftebrot, ulike stadar i ein norsk kontekst. I kvalitativ forskning vert det foreslått at ein kan vurdere storleiken på utvalet med bakgrunn i mettingspunkt, det vil seie at nye intervju ikkje bidreg til ytterlegare forståing av fenomenet (Thagaard, 2013: 65). Innanfor rammene av ei masteroppgåve er det avgrensa kor mange variasjonar kring rehabiliteringsforløpet ein kan få innsikt i. Ved å nytte meg av fokusgrupper som sikra komplekse data gjennom samspelet i gruppa (Halkier, 2010: 15) i tillegg til semistrukturerte intervju, samt eit strategisk utval av informantar opplevde eg likevel å få innsyn i mange nyansar kring rehabiliteringsforløpet til hoftebrotpasientar. Det at alle kommunefysioterapeutane jobba ved ulike institusjonar samt med rehabilitering utanfor institusjon gjorde at eg fekk innsyn i mange delar av rehabiliteringsforløpet. Samtidig medførte det at det var mange sider som skulle belysast, og samanlikna med intervju og fokusgruppene ved sjukehusa fekk eg mindre detaljinformasjon knytt til dei ulike delane av forløpet i kommunehelsetenesta. Ved å gjennomføre oppfølgingsintervju sikra dette likevel at eg fekk meir utfyllande informasjon kring enkelte tema.

Det hadde vidare vore relevant med ein større variasjon i forhold til geografisk område og storleikane på kommunane for å kunne belyse fleire ulike forhold. Det hadde også vore relevant å gjennomført intervju/fokusgruppediskusjonar ved rehabiliteringssenter eller kommunar som hadde eigne rehabiliteringsavdelingar, då rehabiliteringa desse stadane kan tenkjast å variere frå rehabiliteringa ved korttidsavdelingar.

Kjønnet til informanten var ikkje eit inklusjonskriterium og det var berre kvinnelege fysioterapeutar som tok kontakt med meg og som dermed vart inkludert. Det er uvisst om mannlege fysioterapeutar ville ha presentert andre typar erfaringar, men gitt at 87 % av fastlønte fysioterapeutar er kvinner (AGENDA, 2009: 14) så er utvalet ganske representativt med tanke på konteksten for rehabiliteringspraksis.

3.6.2 Eiga rolle som forskar og intern validitet

Kvalitativ forskning er kjenneteikna av at forskaren har ein nærleik til feltet som skal studerast (Thornquist, 2003: 205). Eg har sjølv jobba med rehabilitering til pasientgruppa ved ulike sjukehus og kommunehelsetenester. Dette gjorde at eg hadde kunnskap om temaet eg skulle studere, og eg opplevde at mi førforståing var ein ressurs i utarbeiding av intervjuguide og under intervju og fokusgruppene. Samtidig gjorde nærleiken min til feltet at mi førforståing var prega av mine erfaringar og opplevingar frå å ha jobba med pasientgruppa. Eg har mellom anna opplevd utfordringar med tanke på lite kapasitet og tid i behandling av desse pasientane. Refleksivitet som inneber å reflektere over sitt eige bidrag til det som vert skapt i forskingsprosessen er sentralt i kvalitativ forskning (Thornquist, 2003: 205). Eg har søkt å stille meg open og spørjande i møte med informantane. Samtidig har eg søkt å vere bevisst mine eigne erfaringar og har jobba med å distansere meg frå desse for å hindre at dei skule vere for styrande for kva som fanga mi merksemd i intervju/fokusgruppene og analysen. Før eg starta med innsamling av materiale noterte eg ned mine tankar og erfaringar frå tema for å verte dei bevisst. I ettertid såg eg at ein del av erfaringane til informantane var ulike mine eigne. Særleg det som omhandla arbeidsrutinar ved dei ulike arbeidsstadane, tverrfagleg samarbeid og prioritering av pasientgruppa.

Eg har vidare søkt å sikre den interne validiteten ved å skildre framgangsmåten i alle ledda av forskingsprosessen så detaljert som mogleg for å gjere forskingsprosessen så transparent som

mogleg for lesaren (Thagaard, 2013: 202-203). Dette gjeld skildringar i metodekapittelet, men også presentasjon av funn og drøfting.

3.6.3 Etiske betraktningar

Prosjektet omfattar sensitive personopplysningar og vart derfor meldt til Norsk samfunnsvitenskaplig datateneste (NSD). Prosjektet vart godkjent av NSD 17. november 2015 (vedlegg 1). Etter dette starta eg med rekruttering av informantar. Tilarbeiding av sensitive opplysningar samsvarer med NSD og Høgskulen i Bergen sine retningslinjer, og alle sensitive opplysningar er lagra på Høgskulen i Bergen sin forskingsserver. Det er også gjort nøye vurderingar i høve til kva opplysningar om til dømes sjukehus og kommune som vert presentert utan at dette kan bidra til å identifisere informantane.

Før start av intervju/fokusgruppene signerte alle informantane informert samtykke (vedlegg 2). Det informerte samtykke inneheldt informasjon om føremålet med studien, kva det ville innebere for dei å delta samt korleis personopplysningar ville bli behandla. Denne informasjonen fekk dei både ved rekruttering og på intervjudagen. Dei vart også informert både skriftleg og munnleg om at dei kunne trekke seg frå studien på kva tidspunkt som helst utan å måtte oppgje ein grunn.

4. Resultat og drøfting

Då eit av føremåla med studien var å få auka innsikt i korleis rehabiliteringsforløpet til pasientar med hoftebrot føregår vert resultata presentert i tråd med gangen i forløpet. Kapittelet er delt inn i tre hovuddelar. I del 1 og 2 vert tema og undertema frå høvesvis spesialist- og kommunehelsetenesta presentert med påfølgjande drøftingar. Kvar av desse delane vert avslutta med ei drøfting av fysioterapeutane si rolle i rehabiliteringsforløpet. I del 3 presenterast og diskuterast tema som gjekk på tvers av tenestenivå; den komplekse geriatriske pasient, tverrfagleg samarbeid, samhandling mellom teneste nivå samt styrking av rehabiliteringsfokus i tenesteapparatet. Avslutningsvis vert funna si relevans diskutert.

4.1 Spesialisthelsetenesta

4.1.1 Behandlingsregimer

Ved sjukehus vil der kunne vere ulik praksis kring behandling av pasientar med hoftebrot. Dette var også tilfelle ved dei sjukehusa som vart inkludert i denne studien. Som presentert kort i Tabell 2, i metodekapittelet, hadde dei inkluderte sjukehusa ulike behandlingsregimer for pasientar med hoftebrot. Pasientane vart enten behandla på vanleg ortopedisk avdeling (sentralsjukehuset) gjennom eit fast-trackforløp eller på ei ortogeriatrisk eining.

Fast track

Ved eit av sjukehusa vart pasientar med hoftebrot behandla gjennom eit eige forløp; fast track. Fast track innebar at pasientane skulle innom så få stasjonar og personar som mogleg før operasjon samt kome raskt til operasjon. Det innebar også at pasientgruppa skulle vere høgt prioritert av alle yrkesgrupper slik at pasientane kom raskt i gang postoperativt.

Ortogeriatrisk eining

Ved eit av sjukehusa var alle pasientar med hoftebrot samla i ein del av ortopedisk sengepost under ei ortogeriatrisk eining (OGE). Det innebar visitt av geriater to gonger i veka samt tverrfaglege møter. Dei tverrfaglege møta skulle sikre god pasientflyt samt vurderingar kring kva oppfølging pasienten skulle ha etter utskriving. Ein av informantane fortalte at oppfølging på OGE hadde ført til gode pasientforløp, og begge informantane såg på oppfølging av geriater som viktig:

«..då var fokuset så tett på alle delar av den ortogeriatriske biten som er viktig. Medisinar, førebygge delir, få ut katetera fort, få dei raskt opp fleire gonger om dagen. [Ein] begynte tidleg med planlegging av kva som var det beste for dei vidare.»

P

Sjukehuset hadde starta med dette behandlingsregimet i 2007, men etter 2012 hadde mangel på ressursar innan geriatri ført til at OGE i periodar fungerte dårleg, og det siste året hadde det ikkje fungert i det heile. Geriateren kom ikkje lenger på visitt og dei tverrfaglege møta fungerte heller ikkje.

To av sjukehusa hadde såleis behandlingsregimer som hadde som føremål å sikre betre behandling og oppfølging av pasientgruppa. Samtidig hadde OGE ved det eine sjukehuset slutta å fungere etter hensikta, grunna mangel på ressursar innan geriatri. Dette til tross for at Helsetilsynet i 2013 konkluderte med at norske sjukehus ikkje hadde tilstrekkeleg merksemd på den totale helsetilstanden hjå skrøpelege eldre med hoftebrot (Helsetilsynet, 2013: 19).

På grunn av den relativt dårlege prognosen til pasientar med hoftebrot har det dei siste åra vorte foreslått fleire ulike behandlingsmodellar i sjukehus, hovudsakleg basert på auka samarbeid mellom ortopedisk og geriatriisk personell (Pioli mfl., 2008). Ortogeriatriske behandlingar er ein behandlingsform som har fått auka merksemd, og behandlinga er vist å ha fordelar samanlikna med standard behandling for pasientar med hoftebrot (Grigoryan mfl., 2014). Ein nyare norsk studie viste at dei pasientane som fekk ortogeriatrisk behandling hadde betre mobilitet etter fire månader samanlikna med dei som fekk standard behandling på vanleg ortopedisk avdeling. Ortogeriatrisk behandling var også meir kostnadseffektiv (Prestmo mfl., 2015).

Vidare viste ein studie at hoftebrotpasientar som vart behandla gjennom fast-trackforløp hadde færre komplikasjonar enn dei som vart behandla med standard behandling (Pedersen mfl., 2008).

Det er tankevekkande at sjukehuset med ortogeriatrisk avdeling i min studie ikkje prioriterte ressursar til å halde fram med ei behandlingsform som er vist å kunne gje betre føresetnader etter hoftebrot, samt vere meir effektivt samfunnsøkonomisk. På tross av den auka kunnskapen om denne behandlingsforma verkar norske sjukehus å ha vanskar med å prioritere start av ortogeriatrisk behandling. Dette kan skuldast at behandlinga krev satsing på tvers av avdelingar og faggrupper på sjukehus, samt at det krev friske økonomiske midlar (Johnsen mfl., 2015).

I neste avsnitt vil eg sjå nærare på sjukehusfysioterapeutane sine erfaringar kring hoftebrotpasientar og moment som vart framheva i behandlinga.

4.1.2 Fysioterapibehandling: Ei samansett pasientgruppe og den viktige mobiliseringa og trygginga

Fysioterapeutane opplevde store skilnader i pasientgruppa, og dei tilpassa behandlinga etter den enkelte pasient. Ein informant uttrykte følgjande:

«..det er dei som er demente og så har du dei som er heimeverande, gjerne eldre damer som enten så berre spretter dei opp eller så resignerer dei og vert veldig tilbaketrekte og ynskjer ingenting. Og så har du dei som er spreke. Så.. ein må liksom handtere dei på litt forskjellig måte.» S

Ved alle sjukehusa starta fysioterapeutane behandling fyrste postoperative dag og gav deretter dagleg behandling. Det å mobilisere pasientane var gjennomgåande det primære fokuset i behandlinga. Sjølv om informantane hadde fokus på å mobilisere pasientane til ståande allereie fyrste postoperative dag, kunne det vere vanskeleg hjå nokre:

«..så vi er jo kjempefornøgd også nokre gonger dersom vi berre får dei på sengekanten. Det kan vere det er det vi får til fyrste postoperative dag.» J

At det ofte var snakk om omfattande problemstillingar var eit gjennomgåande tema:

«Det er jo ein utfordrande eller skråstrek spennande pasientgruppe å forholde seg til. For der kan vere kognitiv svikt, der kan vere psykiatri. Det er liksom den biten av det som du må forholde deg til i ein behandlingssituasjon, men så er det jo og (..) at dei er sjuke. Dei har hjertesvikt, dei kan ha sårproblematikk (..), pustevanskar, altså der er jo mykje å ta omsyn til.» Q

I ei fokusgruppe vart det diskutert at pasientane kunne vere redde for smerter, og for å bevege på det opererte beinet. I denne fokusgruppa og i eit anna intervju vart trygging nemnt som behandlingstiltak. Det gjekk på å trygge pasienten i å bevege seg samt trygge dei i forflytning. Ein informant uttrykte:

«Så det å klare å snu den tankegangen på redsel og korleis det var, til å seie at «ja, men no er du operert, no er det sett på plass, no skal du gå framover» og så gje dei den gode kjensla av at du kan bevege på beina. Dette her er ikkje noko farleg.» J

At pasientane var trygge i å bevege seg vart sett på som viktig for den vidare rehabiliteringa og den same informanten uttrykte:

«Dersom dei opplever at fyrstegangsmobiliseringa er positiv, at det ikkje gjer spesielt vondt eller at dei føler at dei meistrar, så legg vi jo løpet for vidare rehabilitering på eit heilt anna nivå.» J

Å skape tryggleik som ein del av fysioterapibehandlinga vil eg kome attende til.

Postoperativ immobilisering etter hoftebrot er vist å gje uheldige konsekvensar, og er assosiert med auka dødelegheit (Siu mfl., 2006) samt dårlegare funksjon (Oldmeadow mfl., 2006; Siu mfl., 2006). I kontrast er mobilisering til ståande og gåande innan andre postoperative dag vist å gje betre funksjon etter ei veke samt tidlegare utskriving, hjå pasientar med hoftebrot (Oldmeadow mfl., 2006). Vidare er forsinka mobilisering relatert til utvikling av delirium (Kamel mfl., 2003). Tidleg mobilisering i kombinasjon med fleire andre tiltak som tilsyn av geriater, er derimot vist å redusere førekomsten av delirium hjå pasientgruppa (Marcantonio mfl., 2001).

Ved alle sjukehusa, inkludert i min studie, prøvde fysioterapeutane å mobilisere pasientane allereie fyrste postoperative dag. Såleis verka rammene å ligge til rette for å fremje gode rehabiliteringsforløp, og at det heller var forhold hjå pasientane som kunne vanskeleg gjere tidleg mobilisering.

4.1.3 Tidvis nedprioritering: *«Vi har ikkje ressursar til å gjere noko med det»*

Ved alle sjukehusa vart fysioterapi til pasientgruppa nedprioritert enkelte dagar. Ved sjukehusa med fast track og OGE gjaldt dette helgane fordi det var færre fysioterapeutar på jobb, noko som førte til strenge prioriteringar. Fysioterapeuten ved sentralsjukehuset fortalte: *«...når vi har veldig fulle dagar, så er det gjerne hoftebrotpasientane som vert nedprioritert.»*

R. Ein av informantane ved sjukehuset med OGE uttrykte:

«Vi har fleire gonger diskutert om vi skal prioritere hoftepasientar, men [sukk] då måtte vi kanskje hatt inn ein heil fysioterapeut til og det vil jo ingen betale for.» P

Informantane ved sjukehuset med fast track kunne derimot gje fysioterapibehandling i helgane dersom dei hadde kapasitet.

Alle informantane fortalte at avdelingspersonalet hadde ei viktig rolle i den daglege mobiliseringa av pasientane. Det var også dette som var argumentet for at fysioterapeutane kunne nedprioritere pasientane. Informantane ved sjukehuset med OGE erfarte derimot at det fungerte dårleg:

«Så er argumentet at pleiarane skal kunne mobilisere dei i helg, men så er ikkje dei bemanna heller. Så dersom verken fysio eller sjukepleiarar er bemanna kven er det då som tar opp pasienten, det vert ingen.» P

Informanten forklarte vidare at dersom pasienten vart operert fredag kveld kunne dei i verste fall bli liggande til måndag, sjølv om det var sjeldan at det hendte. Også ved sentralsjukehuset fortalte informantane om uheldige konsekvensar: *«..det vert jo ein mindre mengde med aktivitet, så noko skadelidande vert dei.» R*

Forskning har vist at det ikkje berre er tidspunkt for mobilisering som er viktig. Lav grad av mobilisering blant eldre inneliggande pasientar er ein prediktor for nedgang i funksjon, auka behov for plass på institusjon og dødelegheit (Brown mfl., 2004). Dette synleggjer kor viktig det er at både fysioterapeutar og pleiepersonalet er hyppig inne og mobiliserer pasientgruppa.

Rehabilitering av pasientar i spesialisthelsetenesta er likevel vist å kunne bli nedprioritert grunna kapasitetsutfordringar, særleg i helgar grunna mindre bemanning og mindre tilgang på fysioterapeutar (Rambøll, 2014: 20-21). Fleire av informantane i min studie fortalte at det var mange andre pasientgrupper som måtte prioriterast i helgane. At der er nok fysioterapiressursar også i helgar slik at fysioterapeutar slepp å måtte prioritere mellom pasientgrupper verkar for å vere viktig med tanke på å sikre ein god start på rehabiliteringsforløpet.

4.1.4 Liggetid, utskriving og det vidare forløpet

4.1.4.1 Kort liggetid og fysioterapeutane si manglande moglegheit til påverknad

Liggetida til pasientar med hoftebrot varierte noko mellom dei tre sjukehusa. Ved sentralsjukehuset var pasientane ofte inne i ei veke, og informanten uttrykte: «*..dei vert jo (..) liggande her heller litt lenger enn litt kort. Sånn at då er dei gjerne klare for å kome seg nærare heimen.*» R. Liggetida ved dei to andre sjukehusa var skildra til å vere mellom tre til fire dagar. Ved desse to sjukehusa erfarte fysioterapeutane at liggetida var vorte kortare etter Samhandlingsreforma. Ein informant uttrykte: «*..det er jo eit utruleg stort press på å få dei ut.*» Q. Fysioterapeutane ved sjukehuset med OEG fortalte at dei no som regel berre gav behandling ein eller to gonger, og i nokre tilfelle rakk dei ikkje å gje behandling før utskriving:

«..det kan ligge ei tilvising om at dei skal mobiliserast opp av fysioterapeut, og så når vi kjem så får vi beskjed om at pasienten skal reise om eit par timar, så det er ikkje vits i.» P

Den same informanten fortalte om fordelane ved at det tidlegare var lengre opphald på sjukehus:

«..ting fekk stabilisert seg, medisinalistene vart gjennomgått og ganske mange kunne då kome inn og ut av seng sjølv og gå med rullator før dei reiste her i frå. No er vi langt unna det (..) No er dei så dårlege medan dei er her inne at vi er veldig glad dersom vi har fått stabla dei på beina ein gang.» P

Ved sjukehuset med OGE fortalte fysioterapeutane at dei ikkje var med i vurderinga kring utskriving. Både ved dette sjukehuset og sjukehuset med fast track fortalte informantane at pasientane vart utskrivne når legane såg pasientane som medisinsk- og ortopedisk ferdigbehandla. Informanten ved sentralsjukehuset fortalte at utskriving var avhengig av hemesituasjonen og når pasienten eventuelt fekk plass på ein institusjon. Ved sentralsjukehuset og sjukehuset med OGE vart det også belyst at utskriving kunne skje på kort varsel:

«..men ofte så kan jo dette [utskrivninga] skje på veldig kort varsel sånn at verken vi eller pasienten får tid til å summe oss (..) på kva som skal skje. Plutseleg så kan vi få beskjed om at pasienten skal reise i dag kl 08.30.» R

Sjølv om det berre var informantane ved sjukehuset med OGE som fortalte at dei ikkje var med i vurdering kring utskrivning, var det ingen av dei andre informantane som fortalte at deira vurderingar hadde innverknad, på spørsmål om kva som var bestemmende for utskrivning. Dette fortolkast til at dei ikkje hadde ei sentral rolle i dette. At utskrivninga kunne kome brått på fysioterapeutane peikar også på at denne vurderinga vart tatt utan at dei nødvendigvis var klar over det.

Også ein av kommunefysioterapeutane problematiserte tidleg utskrivning frå sjukehus:

«Dei har kanskje ikkje vorte mobilisert så veldig mykje. Så du får dei eigentleg postoperativt. Den som vi fekk no sist, kom alt for tidleg, kom tre dagar etter operasjon. Og var då i starten på ein infeksjon, det gjekk ein dag og så var ho tilbake igjen på sjukehus. Når dei er 94 år så er det veldig dumt å få den starten. Men når dei får vere ei veke, kanskje dei har fått prøvd seg opp og vorte litt trygga på å bli mobilisert, og klart å få til gangfunksjon så er det lettare for forløpet vidare.» M

4.1.4.2 Frå sjukehus til kommunehelsetenesta: «Vi har lite kontroll på kvar dei hamnar»

Ved alle sjukehusa fortalte informantane at ein ikkje nødvendigvis kom så langt i behandlinga medan pasientane var på sjukehus, og alle såg på det som viktig at pasientgruppa fekk vidare fysioterapibehandling etter utskrivning. Ved to av sjukehusa fortalte derimot fysioterapeutane at dei hadde liten eller ingen påverknad på kvar pasientane hamna etter utskrivning:

«Så det er jo.. litt sånn frustrerende, vi jobbar og får dei opp og så kan det vere at dei kjem på ein sjukeheim der dei vert liggande i senga, det kan ikkje vi styre.» S

Ein annan informant uttrykte:

«..om det er korttid eller rehabilitering det har jo vi overhovudet ingen påverknadskraft på, det er jo forvaltningseininga [i kommunen] som tildelar plassar.» Q

Fysioterapeutane fortalte at det var sjukepleiarane som primært hadde kommunikasjonen med kommunane, som uttrykt av ein informant: «...det er jo sjukepleiarane som har den dialogen med bydelane, vi er veldig sjeldan inne i bilde i forhold til den dialogen.» J

Alle fysioterapeutane hadde inntrykk av at mange av pasientane hamna på korttidsplass ved sjukeheim etter utskriving.

Intermediæravdeling

Ved sjukehuset med OEG vart det belyst at dei av pasientane med hoftebrot som hadde stort pleiebehov ved utskriving kunne hamne på intermediæravdeling før dei vart sendt vidare til ein korttidsavdeling ved sjukeheim. Dette vart sett på som uheldig for pasientgruppa:

«Då reiste dei dit [til intermediæravdeling], og så vert dei der i ein til to dagar i påvente av at plassen vidare vert avklart. Og for ein 90 år gamal pasient, [som] har då vore innom mottak, operasjon, overvaking, kirurgen, [intermediæravdeling] og så kjem dei til ein plass som er kanskje berre eit korttidsopphald, det er ikkje rart dei får delir (...) Og du ser det på dei, dei er så lei seg og forvirra når dei reiser her i frå.» P

Som belyst ovanfor var liggetida generelt kort ved sjukehusa inkludert i min studie, frå tre til fire dagar til om lag ei veke. Det har blitt vist at liggetida til pasientar med hoftebrot er redusert etter innføringa av Samhandlingsreforma (Hagen mfl., 2016: 15-16). Kort liggetid er vist å kunne vere uheldig for pasientar med hoftebrot. Ein studie viste at liggetid på 10 dagar eller mindre var assosiert med ein auka risiko for dødelegheit for pasientgruppa. Studien konkluderte med at forsøket om å redusere liggetid etter store operasjonar, som er tilstade i mange land, er assosiert med auka risiko for dødelegheit (Nordström mfl., 2015).

Eit sentralt mål med Samhandlingsreforma var meir heilskaplege pasientforløp. Eit anna mål var å auke moglegheita for raskare utskriving frå sjukehus (St.mld. nr. 47 (2008-2009), : 13-15, 97). Spørsmålet er om desse måla somme tider kan vere motstridande. Ved det eine sjukehuset fortalte informantane at dei svakaste av pasientane gjerne vart overført til intermediæravdelingar før dei kunne sendast vidare til ein korttidsavdeling. Desse plassane er eit verkemiddel for å gje tilbod til utskrivingsklare pasientar, særleg skrøpelege eldre (Forskningsrådet, 2016: 30). Samhandlingsreforma kan derimot ha ført til meir oppstykk

forløp for denne gruppa av pasientar, nettopp fordi dei må innom ein mellomstasjon i form av kommunale intermediæravdelingar eller interkommunale døgntilbod. Opphalda er korte og bryter opp kontinuiteten i rehabiliteringa til skrøpelege eldre som er spesielt sårbare for overflytting og transport (Forskningsrådet, 2016: 30).

Ein av kommunefysioterapeutane problematiserte for tidleg utskriving av pasientar med hoftebrot, og at dette kunne føre til reinnleggingar. Ein norsk rapport dokumenterer at så mange som 80 % av norske fastleger meiner at pasientar ofte vert for tidleg utskrivne frå sjukehus (Riksrevisjonen, 2016: 8). Etter innføring av Samhandlingsreforma har ein sett ein signifikant auke i reinnleggelsesrate blant dei pasientane som vert meldt utskrivingsklare medan dei er på sjukehus (Hagen mfl., 2016: 10). Dette er pasientar som av sjukehusa vert antekne å ha behov for kommunale tenester etter utskriving (Hagen mfl., 2016: 10), noko som vil kunne vere tilfelle hjå mange hoftebrotpasientar.

4.1.5 Sjukehusfysioterapeutane si rolle i rehabiliteringsforløpet

Med bakgrunn i at fysioterapeutane hadde lite påverknad kring utskriving og det vidare forløpet, verka dei for å ha avgrensa moglegheit til å påverke det tidlege rehabiliteringsforløpet.

Erfaringane til informantane ved sjukehuset med OGE peikar på at det politiske ynsket om raskare utskriving kan innskrenke fysioterapeutar si moglegheit til å gje behandling. Ved dette sjukehuset hadde kort liggetid ført til at fysioterapeutane somme tider ikkje rakk å behandle pasientane før dei vart utskrivne. I så måte kan kort liggetid representere ei utfordring for at rehabiliteringa skal starte medan pasienten er på sjukehuset, og det kan vere med på å oppretthalde skillet mellom behandling ved sjukehus og rehabilitering i kommunane. Såleis kan det representere ei utfordring frå gode rehabiliteringsforløp.

Gjennom behandling vil fysioterapeutane kunne danne seg eit bilde av pasientane sine behov. Ein av fysioterapeutane erfarte mellom anna at den lengre liggetida før Samhandlingsreforma hadde vore tenleg for pasientane, fordi det bidrog til at pasientane hadde betre funksjon og var meir sjølvstendige ved utskriving. Kvifor fysioterapeutane ikkje var med i avgjersla kring utskriving vart ikkje belyst. Ulike yrkesgrupper i helsetenesta vil riktignok ha ulik moglegheit til å gjere sine synspunkt gjeldande og forme strategiar ut i frå desse (Thornquist, 2009: 328) .

Det kan mellom anna tenkjast at hierarkiske strukturar, der legane har størst autoritet, gav fysioterapeutane lite makt og handlingsrom til å la sine faglege vurderingar kring pasienten få gjennomslag, eller bli tekne med i vurderinga. Ulik grad av makt og ulik moglegheit til å oppnå innflytelse vil kunne påverke moglegheita for samarbeid (Thornquist, 2009: 328), mellom anna kring utskrivning. I tverrfagleg samarbeid framhevast det derimot at det ikkje skal vere nokon rangering, det er ingen som skal vere overordna nokon andre, og alle skal ha myndighet i høve til sin faglege kompetanse (Bredland mfl., 2011: 210-211). I helsetenesta er samhandling mellom ulike faggrupper nettopp det politiske idealet for å sikre eit heilskapleg tenestetilbod orientert etter pasienten sine behov (Schönfelder, 2013: 56). Ved sjukehuset med OGE hadde dei hatt tverrfaglege møter kring pasientane, når behandlingsregimet fungerte, der ein diskuterte og fatta tverrfaglege vurderingar kring pasientane sine behov for vidare oppfølging.

Med omsyn til vidare oppfølging viste mitt materiale at det var kommunen og forvaltinga der som tildelte plassar og at det var sjukepleiarane på sjukehuset som i størst grad sto for kommunikasjonen med kommunane. At fysioterapeutane får ei meir aktiv rolle i samhandlinga med kommunen, kan vere viktig for at dei skal kunne vere med å påverke kva oppfølging pasientane får vidare. Ved alle sjukehusa skreiv riktignok fysioterapeutane epikriser som følgde med pasientane, og ved eit av sjukehusa hadde dei rutine på å ringe til fysioterapeutane i kommunehelsetenesta, dette vil eg kome attende til.

4.2 Kommunehelsetenesta

I dei fem kommunehelsetenestene, inkludert i min studie, kunne pasientar som før innlegging ved sjukehus budde heime, hamne på korttidsavdeling ved sjukeheimar eller bli direkte utskrivne til heimen. Ingen av dei fire små og mellomstore kommunane hadde eigne rehabiliteringsavdelingar på institusjon. I den største kommunen var der rehabiliteringsavdelingar, men ikkje ved den sjukeheimen informantane var knytt til.

For dei som hamna på korttidsavdeling ville der vere ein ny overføring, enten til heim eller til eit høgare omsorgsnivå, i løpet av rehabiliteringsforløpet. Dei som før innlegging ved sjukehus budde på langtidsavdeling, vart utskrivne tilbake dit.

I det vidare vert erfaringar frå dei ulike arenaane for rehabilitering i kommunehelsetenesta, samt overgangane mellom dei presentert og diskutert. Deretter vert prioritering av pasientgruppa i kommunehelsetenesta og fysioterapeutane si rolle i rehabiliteringsforløpet presentert og diskutert.

4.2.1 Korttidsavdeling ved sjukeheim

4.2.1.1 Pasientgruppa, tverrfagleg samarbeid og avdelinga sin funksjon

Dei som vart tildelt korttids plass var pasientar som ikkje kunne skrivast direkte ut til heimen:

«Dei som kjem her på sjukeheimen er vel eigentleg dei som er dei dårlegaste av dei som har hatt hoftebrot, dei kan ikkje kome rett heim.» Å.

Den same informanten uttrykte vidare: *«når dei kjem hit med hoftebrot, så er hoftebrotet veldig ofte det minste problemet dei har.»* Å. Målet til pasientar som var inne på korttidsopphald var i hovudsak å kome attende til sin tidlegare bustad, men for nokre kunne hoftebrotet medføre at dei hadde behov for eit høgare omsorgsnivå.

Alle informantane fortalte at personalet på avdelinga hadde ei rolle i rehabiliteringa. Dei kunne trene med pasientane, følgje dei ved gange samt rettleie dei i utføring av ADL-aktivitetar. Ein informant uttrykte:

«..personalet [er] veldig flinke til å tenke rehabilitering, stå litt med henda på ryggen, tenke at pasienten skal gjere mest mogleg sjølv. Dei er og veldig flinke til å drive med gangtrening og øvingar.» K

Ved nokre av kommunane hadde korttidsavdelingane fleire funksjonar. I ein kommune var korttidsavdelinga også ei langtidsavdeling, og pasientar som var der kunne vere inne til vurdering, avlastning, palliativ behandling eller akutte kommunale døgnplasser. Fysioterapeutane i denne kommunen opplevde at dette kunne føre til at personalet på avdelinga fekk mindre moglegheit til å følgje opp rehabiliteringspasientane:

«[Eg] har hatt brukarar (..) med.. hoftebrot der eg har gitt rettleiing om gangtrening dagleg. Brukaren har ikkje kunne gå på eigenhand så derfor har han hatt behov for følge, men det har ikkje vore følgt opp.» A

Informantane i denne kommunen uttrykte at det kanskje hadde vore betre dersom dei hadde hatt ei eigen rehabiliteringsavdeling. I kontrast til dette fortalte informantane i to andre kommunar at det var rehabiliteringsfokus på korttidsavdelinga når det var pasientar som var inne til det: *«Når det er rehabilitering så er det rehabilitering. Då veit alle kva dei har å halde seg til.» L*

Ein rapport viste at 95 % av norske kommunar, som svarte på ein spørjeundersøking sendt ut til alle landets kommunar, har rehabiliteringsplasser på institusjon. I 51 % av desse kommunane vert rehabilitering gjeve på rehabiliteringsavdeling ved sjukeheim og i 43 % av kommunane vert tilbodet gjeve gjennom øymerka korttidsplasser på sjukeheim. Om lag 27 % av kommunane tilbyr også rehabilitering i ein annan institusjon/avdeling enn sjukeheim (Mehus, 2016: 18). I min studie vart det belyst at korttidsavdelinga sine mange funksjonar kunne føre til at rehabiliteringa vart mindre dedikert. Ein norsk prospektiv studie viste at pasientar som fekk rehabilitering på eit dedikert rehabiliteringssenter opprettheldt ein signifikant høgare grad av sjølvstende etter avslutta rehabilitering og 18 månader etter, samanlikna med pasientar som fekk rehabilitering på korttidsavdeling. Rehabiliteringa ved rehabiliteringssenter var også mindre kostbart grunna kortare opphald samt at pasientane hadde mindre behov for tenester etter heimreise (Johansen mfl., 2012). Dette kan peike på at korttidsavdelingar ved sjukeheim ikkje er den mest eigna staden for rehabilitering. I Oslo- og Trondheim kommune er det etablert helsehus (Hovden, 2016). Helsehusa i Oslo kommune er oppretta som eit svar på Samhandlingsreforma. Ein har samla korttids- og rehabiliteringsplassar i ulike helsehus, og eit av føremåla med desse helsehusa er å lykkast med rehabilitering. Fokuset er på skreddarsydde opphald for den enkelte, og ein har mellom anna formulert klare mål for korleis personalet skal bidra i pasienten sin rehabiliteringsprosess (Hovden, 2016).

I min studie fortalte likevel informantar i to av kommunane om korttidsplassar som kunne fungere som ein stad for rehabilitering. Dette kan vise at gitt lokale prioriteringar av rehabilitering samt tilstrekkeleg ressursar, så kan tilfredsstillande rehabilitering tilbydast på korttidsavdeling ved sjukeheim.

4.2.1.2 Igangsetjing av fysioterapibehandling og grad av oppfølging

I alle kommunane var pasientar med hoftebrot var høgt prioritert til å kome i gang med fysioterapibehandling. Informantane fortalte at dei starta behandling i løpet av to til tre dagar etter at pasienten var kome til korttidsavdeling. I ein kommune kunne dei også starte same dag. Det vart belyst at det var viktig med tidleg mobilisering:

«...det er viktig å få dei i gang så fort som mogleg opp, gå, gå i trappar. Det er det som er viktig.» Å

Tiltaka som vart nytta var gangtrening, øvingar i ståande for balanse og styrke, samt bevegelighet.

I fire av kommunane fortalte informantane at fysioterapioppfølginga i stor grad var basert på individuelle behovsvurderingar. Informanten i ein mellomstor kommune uttrykte: *«Vi er ikkje der faste dagar. Men det er alt etter (...) pasientar, dersom det er pasientar som krev mykje oppfølging så er vi hyppig inne.» A.* Tal på behandlingar per veke varierte frå 2 gonger i veka til somme tider dagleg, med ein typisk hyppigheit på om lag 3 gonger i veka.

Mangel på fysioterapiressursar

I ein av dei minste kommunane fortalte informanten at kapasitet var styrande for grad av oppfølging. Ho var den einaste fysioterapeuten knytt til korttidsavdelinga og var der ein fast dag i veka, men prøvde likevel å gje behandling 2-3 gonger i veka til pasientar som var inne til rehabilitering. Tida ho hadde til disposisjon måtte ofte fordelast: *«Men det er jo fleire pasientar så den halvtimen må eg bruke på litt ulike pasientar.» K,* og ho uttrykte vidare: *«Eg ser jo det at dei skulle gjerne hatt endå meir enn det vi kan gje dei.» K*

4.2.1.3 Lengda på opphaldet: Funksjonelle vurderingar er styrande

I alle kommunane fortalte fysioterapeutane at lengda på opphaldet kunne variere frå pasient til pasient etter forhold som pasienten sin funksjon, utryggleik, smerteproblematikk, tilleggsdiagnosar og heimesituasjon, og at dei var med i desse vurderingane. Ein informant gav følgjande eksempel på behovsretta vurdering:

«Eg hadde ein pasient som kom her med hoftebrot på korttid (..) Og då hadde eigentleg denne pasienten gjett opp (..) Det var veldig vanskeleg og veldig, veldig vanskeleg i forhold til det å tørre å belaste foten. Hysteri nærast, så der måtte vi få forlenga opphaldet. For å prøve å trygge denne pasienten mest mogleg. Til slutt så kom denne pasienten heim.» Y

Moglegheita til å utvide korttidsopphaldet varierte noko mellom kommunane. I den største kommunen fortalte dei at eit opphald som regel varte i tre veker, men at ein kunne få forlenging dersom ein hadde ein veldig god grunn. Også i ein av dei minste kommunane fortalte fysioterapeuten at mangel på kapasitet kunne påverke tidspunkt for utskriving.

4.2.2 Rehabilitering etter heimkomst

Fysioterapioppfølging av pasientar etter heimreise gjaldt både pasientar som hadde vorte direkte utskrivne frå sjukehus til heim, samt pasientar som hadde hatt opphald på korttidsavdeling.

4.2.2.1 Fysioterapi etter utskriving frå korttidsavdeling: den viktige individuelle vurderinga

I alle kommunane vart det gjort individuelle behovsvurderingar kring vidare oppfølging for dei som hadde vore på korttidsavdeling. I ein av dei mellomstore kommunane hadde dei rutine på oppfølgingsbesøk eit par dagar etter heimreise:

«...då vert det gjort vurderingar på om brukar har behov for noko meir oppfølging i heim, om det er individuelt eller om det er kvar dagsrehabilitering eller om det er å få dei over i gruppe. Det er veldig varierende alt etter utfordringar og målsetting til brukar.» F

Ein informant fortalte om eit pasienteksempel som understreka kor viktig det kan vere med fysioterapibehandling etter opphald på korttidsavdeling:

«Når ho [pasienten] reiste her i frå så kunne ho gå med rullator, gå på toalettet, gå litt i trapp med støtte, ikkje noko problem. Så skulle eg heim og sjå korleis det gjekk med ho heime. Då var dottera hennar på besøk og når eg kom då til denne mora så

var ho skikkeleg sjukeleggjort, der satt ho på soverommet, for ho kunne jo ikkje gå, for det var så vondt å gå (..) og kunne nesten ikkje bevege foten. Når eg kom heim til ho så var det å begynne på nytt igjen.» Y

Informanten fortalte at det hadde vore naudsynt med tett vidare oppfølging av denne pasienten for at ho skulle bli trygg i å gå på eigenhand.

Også annan forskning har vist at overgangen frå rehabiliteringsopphald til heim kan vere utfordrande for pasientar med hoftebrot. Ein kvalitativ studie viste at pasientgruppa såg positivt på å kome heim medan dei var på rehabiliteringsopphald. Dei som hadde flytta heim var derimot frustrerte over funksjonsnivået sitt. Dei gjekk mindre både innan- og utandørs og deltok mindre i aktivitetar utanfor heimen samanlikna med før brotet (Taylor mfl., 2010). Mine funn bekreftar at pasientar med hoftebrot kan ha behov for vidare rehabilitering etter opphald på korttidsavdeling. At kommunefysioterapeutane i alle kommunane hadde moglegheit til å fortsette rehabilitering etter utskrivning frå korttidsavdeling, er derfor ein fremjande faktor. Rutinen om å gjere vurderinga kring vidare oppfølging etter at pasienten er komen heim, som vart praktisert i ein kommune, verka særleg positiv. Det er då mogleg å gjere vurderinga basert på korleis pasienten faktisk fungerer i heimen

4.2.2.2 Stad for behandling og tverrfagleg samarbeid

Kvar behandlinga gjekk føre seg varierte, dei to minste kommunane nytta både poliklinisk behandling og heimebehandling, medan dei resterande i hovudsak behandla pasientane i heimen. Nokre av informantane såg på det å trene heime hjå pasienten som positivt, til og med «den beste måten å gjere rehabilitering av personar på.» F, fordi ein då kunne jobbe spesifikt med det som var utfordrande for akkurat den pasienten i personen sine omgjevnader, som ein annan informant uttrykte: «[Det] er jo heime dei skal vere. (..) Så det er jo der dei må øve på å greie utfordringane.» Y

I nokre kommunar vart det belyst at heimetenesta kunne ha ei rolle i rehabiliteringa. Som uttrykt av ein informant:

«..dei er veldig villig til å vere med å trene når dei er der [hjá pasienten]. Dersom dei er der med dosett så kan dei gå ein tur i same slengen, er dei å dusjar dei så kan dei gjere litt øvingar og gå ein tur.» K

I ein av dei minste kommunane kom det fram at heimetenesta ofte ikkje hadde kapasitet til å følgje opp pasientane:

«..det går på kapasitet dei gongane vi klarar å få til eit positivt opplegg der heimetenesta klarar å ha kapasitet til å gå inn å gjere noko når dei er der, så er det positivt.» M

4.2.2.3 Igangsetjing av fysioterapibehandling og den viktige trygginga

I likskap med dei som vart utskrivne til korttidsavdeling, var også dei som vart utskrivne direkte til heim høgt prioritert til fysioterapibehandling, og i alle kommunane fortalte informantane at dei starta behandling etter eit par dagar til innan ei veke. Tiltaka som vart nytta var skildra å vere dei same som ved korttidsavdeling, nemleg gangtrening med eller utan hjelpemiddel, balanse-, bevegelighet- og styrketrening.

I likskap med nokre av sjukehusfysioterapeutane, opplevde også kommundefysioterapeutane at pasientane kunne vere utrygge. Dei kunne vere engstelege for om dei ville klare seg heime, for smerte, for om dei gjorde noko «gale» med tanke på brotet, og for nye fall. I ei fokusgruppe vart frykt sett på som ein hemmande faktor:

«Dei er redd for å falle, redd for smerta, dei vert utrygg i forhold til å gå ut, altså det er alle dei tinga der som på ein måte stoppar og hindrar folk mange gonger i å kome seg.» Å

Fleire av informantane såg på det å skape tryggleik hjå pasienten som eit viktig tiltak i rehabiliteringa, og fleire poengterte at det var viktig å gje informasjon. Ein informant samanfatta kva ho erfarte var viktig i behandlinga av pasientgruppa:

«..det eit par viktige kriterier og det er aktivitet, altså få pasienten i aktivitet, få dei rundt til å skjone det med aktivitet og tryggleik, skape tryggleik. Om tryggleiken då går på å tilrettelegging heime, eller bruke eit ganghjelpemiddel, du er likevel trygg i den situasjonen du er i no.» B

4.2.2.4 Fysioterapioppfølging: Individuelle forløp og ulike prioriteringar

Gjennomgåande fortalte fysioterapeutane at fysioterapioppfølging også etter heimreise var basert på behovsvurderingar, her kom også behovet for tryggleik fram: «..nokon har behov for veldig mykje meir trygging og oppfølging enn andre.» A. Nokre var meir sjølvstendige, medan andre kunne ha vanskar med å utføre trening på eigenhand. Fleire uttrykte derfor at rehabiliteringsforløpet vart ulikt frå pasient til pasient: «Det er veldig individuelt kva forløpet vert. Prøver å tilpasse det best mogleg etter det vi ser.» F

I tre kommunar fortalte informantane at dei typisk gav behandling to til tre gonger i veka, og ein informant fortalte korleis høg prioritering påverka oppfølging:

«..dette er jo pasientar som vert prioritert av vår avdeling [fysioterapiavdelinga] slik at det er alltid faglege vurderingar som avgjer kor mykje dei får eller ikkje, det er ikkje på ein måte tid.» L

Mangel på fysioterapiressursar

I ein av dei minste kommunane vart det trekt fram at ressursar kunne påverke grad av fysioterapioppfølging. I den kommunen var det berre ein fysioterapeut som hadde heimebehandling med pasientar:

«Dersom det kjem ein operert heim for eksempel som ikkje er i stand til å kome hit [poliklinisk] å trene og må ha heimetrening så er det ein gang i veka eg har kunna strekt meg til fordi det er det eg har kapasitet til.» K

Dette var i den same kommunen der informanten også var einaste fysioterapeut knytt til korttidsavdelinga, noko som understrekar behovet for nok fysioterapistillingar.

4.2.2.5 Kvardagsrehabilitering

I ein mellomstor kommune hadde dei kvardagsrehabilitering, og i ein av dei minste kommunane hadde dei akkurat starte opp med det. Kvardagsrehabilitering er: «Ein intensiv, personsentrert, tverrfagleg, tidsavgrensa og målretta intervensjon» (Langeland mfl., 2016: 91). I den mellomstore kommunen kunne pasientar med hoftebrot få kvardagsrehabilitering etter heimkomst. Det vart gjort ei tverrfagleg kartlegging og tilråding av lengda på

rehabiliteringa, men den varte i maksimalt 10 veker. Ein informant skildra kva eit slikt forløp innebar:

«Og då har ein rettleiing av heimetrenar og så er det då heimetrener som følger opp [treninga]. Så har ein halvtidsevaluering og ein sluttevaluering. Så det er på ein måte ganske strukturert.» F

Informantane erfarte at pasientar med hoftebrot ofte hadde behov for meir fysioterapispesifikk oppfølging dei fyrste vekene. Dette gjorde at pasientane ofte fyrst fekk individuell fysioterapi og deretter kvardagsrehabilitering. Fysioterapibehandling kunne også integrerast i kvardagsrehabiliteringa.

Innføringa av Samhandlingsreforma bidrog til å sette rehabilitering i heimen på dagsorden (Rambøll, 2012: 6), og 100 norske kommunar har innført kvardagsrehabilitering dei siste åra (Meld. St. 26 (2014-2015), : 108). Ein nyare norsk studie har vist at kvardagsrehabilitering betra sjølvopplevd utføring av aktivitetar samt tilfredsheit i utføring av aktivitetar, hjå skrøpelege eldre som hadde hatt nedgang i funksjon (Tuntland mfl., 2015). Dette kan peike på at det kan vere ein eigna rehabiliteringsmetode også for skrøpelege hoftebrotpasientar. I tillegg er kvardagsrehabilitering vist å vere meir kostnadseffektiv enn vanleg heimebaserte tenester (Kjerstad og Tuntland, 2016). Ein norsk rapport har også vist at eldre opplever fordeler ved at rehabiliteringa går føre seg i heimen. Treninga kan tilpassast omgjevnadene og vart dermed relevant for deira daglege situasjon (Rambøll, 2012: 43). Somme av informantane i min studie opplevde det som ein styrke å gje behandling i heimen fordi ein då fekk jobba med utfordringane i pasienten sine omgivnader. Kvardagsrehabilitering kan derfor vere ein nyttig intervensjon for pasientgruppa. Basert på erfaringane til informantane kan det vere viktig at pasientgruppa får spesifikk fysioterapibehandling enten før kvardagsrehabilitering eller som ein integrert del, dersom det er heimesjukepleia som utfører trening med pasientane.

4.2.2.6 Vidare til andre tilbod: gruppetrening for eldre

I fire av kommunane hadde fysioterapeutar gruppetrening for eldre der pasientar med hoftebrot kunne delta etter avslutta individuell fysioterapi. Denne treningsforma sette pasientane pris på: *«Vi har ein del grupper her. Og mange synst jo det er kjekt å kome over i gruppe, møte andre som har erfaringar og.. sosialt og kjekt å trene saman.» K*

Ein nyare norsk studie viste at humor, det å stifte nye vennskap samt gruppetilhøyrighet er viktige faktorar for motivasjon for eldre som deltar i gruppetrening (Granbo mfl., 2015). Eit hoftebrot kan medføre at personen vert isolert i eigen heim (Zidén mfl., 2010). På den måten kan gruppetrening tenkjast å fremje sosial deltaking blant pasientgruppa. Samtidig kan det tenkjast å bidra til å vedlikehalde og ytterlegare forbetre funksjonar oppnådd i rehabiliteringa samt forhindre nye fall. I gruppetreninga i tre av kommunane i min studie var fokuset på fallførebygging. Fallførebyggande gruppetrening er vist å betre balansen samt redusere fall hjå eldre heimebuande personar (Beling og Roller, 2009). Dette peiker på at det er viktig at kommunar har gruppetreningstilbod for eldre.

4.2.3 Langtidsavdeling

4.2.3.1 Pasientgruppa, målet for rehabiliteringa og avdelinga sin funksjon

I alle intervjua kom rehabilitering av pasientar med hoftebrot som budde på langtidsavdeling opp som tema. Det gjaldt både pasientar som budde på langtidsavdeling når dei pådrog seg brotet samt pasientar som fekk langtidsplass etter hoftebrotet. I likskap med dei andre stadane for rehabilitering fortalte informantane at pasientane på langtidsavdeling var høgt prioritert til å kome i gang med fysioterapibehandling, og fysioterapeutane starta behandling etter nokre få dagar til innan ei veke. Pasientar på langtidsavdeling hadde ofte omfattande problemstillingar, dei kunne ha kognitiv svikt og ulike tilleggdiagnosar. Ein informant fortalte kva ho meinte var rehabilitering for desse pasientane:

«For nokon er dei rehabilitert når dei klarar å gå med rullator, men dei kan ikkje vere heime på grunn av ein demens, men det er jo vellukka rehabilitering likevel.» L

Ho fortalte vidare om målet for rehabiliteringa for ein bestemt pasient på langtidsavdeling:

«Ho gjekk utan hjelpemiddel men dårlegare og dårlegare på grunn av demensen, var sikkert derfor ho datt. Så der er målet at ho kanskje skal kunne gå med eit hjelpemiddel. Men altså det er ikkje sikkert at målet er at ho skal gå så mykje. Kanskje klarer ho å gå frå senga og inn på toalettet, kanskje klarer ho det.» L

I ei fokusgruppe trakk informantane fram at ei utfordring på langtidsplasser var at det ofte var lite fokus på aktivitet på avdelinga, noko som kunne føre til pasifisering av pasientane. Ein informant uttrykte:

«Vi som yrkesgruppe har jo [ein] mykje meir aktiv tankegang. Dersom du tenkjer kva det ligg i pleie då, det er veldig passivt sant.(..) Går du rundt på ein sjukeheimsavdeling så ser du at folk sitter veldig mykje i ro. Så sjølv om nokon har hatt eit nytt brot, så berre fortset dei i det same, dei har ikkje den ekstra innsatsen.» Å

Ved denne sjukeheimen var der også demenspostar og informantane fortalte at pleiepersonalet ved desse avdelingane i kontrast var hadde fokus på å aktivisere pasientane. Også fysioterapeutar i andre kommunar fortalte at personalet kunne vere flinke til å følgje opp pasientane på langtidsavdeling. Igjen vert det altså belyst at fokuset på rehabilitering på den enkelte avdeling kan vere avgjerande for om rehabiliteringa skal fungere.

4.2.3.2 Varierende grad av fysioterapioppfølging

Fysioterapioppfølginga varierte mellom dei ulike kommunane. I tre kommunar fortalte informantane at dei gav behandling til pasientane, men ein informant fortalte at pasientar på langtidsavdeling ikkje fekk like mykje fysioterapi som pasientar som skulle heim. I ein kommune gav dei fysioterapi i ein kort periode, men så var det personalet på avdelinga som, etter rettleiing frå fysioterapeutane, følgde dei opp:

«dei [pasientane] har ikkje moglegheita til å gjere ting på eigenhand eigentleg. Så dei trenger den tette oppfølginga, og det å få det inn i den daglege tankemodellen er på ein måte viktigare enn at vi går inn i ein gitt periode.» F

Mangel på kapasitet og vurdering av rehabiliteringspotensiale

I ein av dei minste kommunane var fysioterapioppfølging avhengig av om dei hadde kapasitet:

«Vi gjev eit forsøk til alle, vi gjev dei ikkje opp før vi har sett om det kan vere noko rehabiliteringspotensiale. [Men] så ender det med at eg har avgrensa tid på sjukeheimen og må berre prioritere dei som aller mest trenger det, og det vert som

oftast dei som skal heim (..). Så sånn har det faktisk vore no i det siste at dei einaste eg har trena med der er dei som skal heim.» K

Det vart her gjort vurderingar på om pasientane hadde rehabiliteringspotensiale, og desse var bestemmende for om pasienten fekk fysioterapi eller ikkje. Den same informanten fortalte og om ein pasient som hadde vore veldig dårleg, ikkje klart å ta instruksjon og der tiltaket hadde vore gjennombeveging. Ho uttrykte:

«Sjølv om eg veit at den gjennombeveginga og er viktig, så tenkjer eg at det har vi dessverre ikkje fysio ressursar til.» K

At ein vurderte rehabiliteringspotensiale var også nemnt i ein av dei kommunane der fysioterapeutane gav behandling til pasientane på langtidsavdeling:

*«Men det er klart at kanskje er konklusjonen at her er det ikkje så mykje å hente. Det er så mykje anna som feilar pasienten at det er ikkje noko rehabiliteringspotensiale.»
L*

Ein norsk studie har vist at 24 % av dei som vart innlagt på sjukehus med hoftebrot budde på langtidsavdeling (Ranhoff mfl., 2010). Det å vere langtidspasient er vist å vere ein sterk prediktor for dødelegheit etter eit hoftebrot, noko som peiker på at denne gruppa hoftebrotpasientar har eit stort behov for rehabilitering (Holvik mfl., 2010). Det er derfor positivt at fysioterapeutane i dei fleste av kommunane i min studie gav behandling eller rettleia personalet i oppfølging av pasientane. I ein av kommunane opplevde derimot fysioterapeutane at det var lite fokus på aktivisering av pasientane blant personale. Sjølv om det i fleire år har vore fokus på at sjukeheimar også skal tilby aktivitetstiltak (Nygaard, 2002), viser også anna forskning at dagleglivet ved sjukeheimar fyrst og fremst er prega av rutinar som skal ivareta pleiebehov (Jakobsen og Granbo, 2011). Mellom anna grunna tidspress og knappe ressursar (Granbo og Helbostad, 2006). I tilfelle der personalet på avdelinga ikkje har moglegheit til å følgje opp pasientane, vert det særleg viktig at fysioterapeutane er inne i bilde. Som belyst førte mangel på fysioterapiressursar i ein av dei minste kommunane til at fysioterapeuten ikkje nødvendigvis kunne gje behandling til pasientar på langtids plass. I Primærhelsemeldinga vert det også peika på at fysioterapitilbodet ved sjukeheimar er

betydeleg redusert dei seinare åra, og nokre stader heilt fråverande (Meld. St. 26 (2014-2015), : 128). Dette viser behovet for eit auka tal fysioterapistillingar øyremerka langtidsavdelingar.

4.2.4 Varighet og avslutting av rehabilitering

4.2.4.1 Funksjonelle vurderingar og pasienten si målsetting

Varigheita av fysioterapibehandling gjenspeglar faglege vurderingar kring pasientane sine behov. Fysioterapeutane fortalte at dei avslutta behandling når dei opplevde at pasientane hadde oppnådd den funksjonen dei såg på som mogleg eller når pasienten hadde nådd målet sitt, og lengda på rehabiliteringa varierte. Ein informant uttrykte:

«Det kan gå lenge før rehabilitering er avslutta frå vår side. Det kan jo gå fleire månader. Alt etter som korleis pasienten fungerer så avsluttar vi saman med pasienten, når (..) det er liksom ikkje meir å hente. Dei har nådd kanskje det målet som vi trur er realistisk å oppnå.» L

4.2.4.2 «Vi har oversikt over korleis det går med dei vidare»

I to kommunar fortalte informantane at ein somme tider gjekk inn og gjorde nye vurderingar og oppfølgingar. Informanten i ein kommune fortalte:

«Vi har jo tilfelle der vi ser at etter vi avsluttar så vert det [treninga] ikkje følgt opp. [Det er]forskjellige ting som gjer at det er vanskeleg å følgje opp på eigenhand, for eksempel kognisjon eller motivasjon til eigentrening.» A

Fysioterapeutane i denne kommunen fortalte at dei kunne starte behandling på nytt eller samarbeide med til dømes heimetenesta for å minne pasienten på treninga. I denne kommunen hadde dei kvardagsrehabilitering og månadlege møter med heimetenesta, noko som antakeleg gjorde slikt samarbeid mogleg. I den andre kommunen hadde fysioterapeutane møter med legetenesta, og informanten fortalte at dei kunne starte opp behandling på nytt dersom det var naudsynt. Ho uttrykte:

«I og med at vi har så tett kontakt med legetenesta så har vi oversikten over korleis det går med dei vidare. Og det har vore veldig positivt.» M

Tilbakevinning av funksjon etter eit hoftebrot er vist å ta tid. Forsking har vist at for enkelte funksjonar skjer den største betringa i løpet av dei seks fyrste månadene, medan for enkelte funksjonar som involverer underekstremitetane skjer der betring utover dette (Magaziner mfl., 2000). Funksjonelle vurderingar kring tidspunkt for avslutting av behandling er derfor viktig. Den same studien viste også at for enkelte ADL- funksjonar som involverte underekstremitetane var der ein nedgang i funksjonen etter den fyrste betringa (Magaziner mfl., 2000). At fysioterapeutar har moglegheit til å følgje med på korleis det går med pasientane etter at ein har avslutta rehabiliteringa, og eventuelt kan starte ny behandling eller rettleie andre i oppfølging av pasientane ved behov, er såleis ein viktig fremjande faktor.

4.2.5 Prioritering og roller i rehabiliteringa i kommunehelsetenesta

4.2.5.1 Pasientgruppa: «*Dei blir alltid prioritert*»

Som belyst var pasientgruppa høgt prioritert til å kome i gang med fysioterapibehandling uavhengig av stad for rehabilitering. Ein informant uttrykte:

«Avdelinga vår prioriterer rehabilitering av hoftebrot. Vi legger bort andre ting, dei har på ein måte fyrsteprioritet.» L.

Fire av kommunane hadde prioriteringsnøklar knytt til pasientgrupper. I tre av desse kom pasientar med hoftebrot under fyrste prioritet. I den største kommunen var det palliative pasientar som var fyrste prioritet, medan pasientar med hoftebrot kom under andre prioritet. Prioriteringsnøklaane innebar at fysioterapeutane var plikta til å starte behandling innan ei eller to veker, men som belyst starta dei i praksis behandling før dette.

I kontrast til den høge prioriteringa av pasientgruppa, i kommunar undersøkt i denne studien, gav sjukehusinformantane sine utalingar eit meir nyansert bilde av dette. Ved to av sjukehusa fortalte informantane at dei hadde inntrykk av at det var lite fysioterapiressursar knytt til korttidsavdelingar. Og fysioterapeuten ved sentralsjukehuset opplevde at det var skilnader mellom kommunar:

«...når vi ringer ut for å formidle pasienten vidare så er det kjempe stor skilnad frå kommune til kommune kva kapasitet dei har. Alle vert jo tatt hand om, men (..) eg trur hyppigheten og kor fort dei får behandling varierer ein del.» R

Også informantane i den største kommunen fortalte at det var variasjonar mellom ulike korttidsavdelingar i deira kommune, og at pasientgruppa ikkje automatisk vart tilvist fysioterapi ved alle korttidsavdelingar.

For å sikre god kontinuitet i rehabiliteringsforløpet er det viktig at ein kjem tidleg i gang med fysioterapibehandlinga i kommunen, slik at ein unngår tidsavbrot. Som belyst erfarte fysioterapeutane ved eit av sjukehusa og i ein av kommunane at pasientar med hoftebrot hadde ein dårlegare funksjon når dei vart utskrivne frå sjukehuset etter innføringa av Samhandlingsreforma. Dette samsvarar med ein nyare rapport frå Riksrevisjonen som viste at 95 % av kommunane opplever at pasientane er sjukare når dei vert overført til kommunen samanlikna med før reforma (Riksrevisjonen, 2016: 8). Tidleg igangsetjing av rehabilitering i kommunen kan derfor tenkjast å vere viktigare enn nokon sinne. At høg prioritering av pasientgruppa var forankra i fysioterapitenesta i kommunane verkar derfor som ein viktig fremjande faktor for å sikre kontinuitet i den tidlege delen av rehabiliteringsforløpet.

Likevel belyste somme av informantane i min studien at det kunne vere variasjonar mellom kommunar og korttidsavdelingar med tanke på fysioterapiressursar. Dette kan peike på at den høge prioriteringa av pasientgruppa i dei kommunane eg fekk innsyn i ikkje nødvendigvis er gjeldande i andre kommunar. I Primærhelsemeldinga vert det mellom anna peika på at tilbodet til eldre med brått funksjonsfall varierer frå kommune til kommune (Meld. St. 26 (2014-2015), : 106). Ein norsk rapport frå 2014 avdekkja kapasitetsutfordringar i kommunar mellom anna i fysioterapitenesta, noko som medførte prioritering mellom ulike pasientgrupper (Rambøll, 2014: 16-17). Også Norsk fysioterapiforbund (NFF) har meldt om manglande satsing på fysioterapi i kommunen (Lindvåg, 2013; Kleiveland, 2015). Mellom anna virka auka satsing på folkehelse å ha gått på kostnad av andre tenester som rehabilitering (Lindvåg, 2013). Ein rapport gjennomført i Trondheim kommune viste mellom anna at 28 % av pasientar med hoftebrot som reiste direkte heim etter sjukehusutskrivning, ikkje fekk fysioterapi (Hektoen, 2014: 29).

4.2.5.2 Kommunefysioterapeutane si rolle i rehabiliteringsforløpet

I kontrast til fysioterapeutane ved sjukehusa si avgrensa moglegheit til å påverke den tidlege fasen av rehabiliteringsforløpet, viste materialet at kommunefysioterapeutane hadde handlingsrom til å påverke rehabiliteringsforløpet ut i frå deira egne faglege vurderingar.

Dette gjaldt grad av oppfølging, lengda på korttidsopphaldet samt lengda av rehabiliteringa. Ut i frå dette verkar rammene i kommunehelsetenesta å ligge betre til rette for at pasienten sine behov kan styre rehabiliteringa. Det kan kanskje også reflektere at hierarkiske strukturar er mindre gjeldande i kommunehelsetenesta (Thornquist, 2009: 335), noko som vil kunne gje større handlingsrom til fysioterapeutane, og som kan kome til pasientane sitt beste.

Fysioterapeutane i min studie erfarte at det var eit stort spenn i pasientgruppa. Dette samsvarar med annan forskning som har vist at pasientar med hoftebrot er ei heterogen gruppe med ulik behov for oppfølging (Ranhoff mfl., 2010). Rehabilitering som verksemd rettar seg mot det enkelte individ og skal ta utgangspunkt i heile personen (Normann mfl., 2013: 35-36). Menneske er ulike og av den grunn vil også personar som har behov for rehabilitering vere forskjellige og ha behov for ulik tilnærming basert på den enkelte sin situasjon og deira mål (Normann mfl., 2013: 35-36). Også i rehabiliteringspolitikken er fokuset at rehabilitering skal vere ein individuell prosess (Thommesen, 2010b: 38). I Primærhelsemeldinga vert det framheva at rehabilitering krev god organisering av tenestene og at tenestene utformast etter pasienten sitt behov, mål og ressursar (Meld. St. 26 (2014-2015), : 104). Når ein har moglegheit til å basere oppfølginga ut i frå pasienten sine behov kan det sørgje for at dei som treng tett oppfølging får det. Dette kan betre den enkelte sin moglegheit til å gjenvinne funksjon. Det kom likevel fram at lite fysioterapiressursar i ein av dei minste kommunane kunne vere premissgjevande for rehabiliteringa til pasientgruppa. Dette vil eg kome attende til.

4.3 Rehabiliteringsforløpet som heilskapleg prosess

4.3.1 Den komplekse geriatriske pasient

Som belyst kunne pasientgruppa ha komplekse problemstillingar som kunne påverke rehabiliteringsforløpet. Gjennomgåande erfarte fysioterapeutane at det var snakk om eldre pasientar, og dei såg på pasienten sitt utgangspunkt som avgjerande for forløpet: *«Eg føler ofte at dersom utgangspunktet er bra så er det her pasientar som vert veldig bra. Er utgangspunktet dårleg så er det litt verre.» K.*

Det å bidra til at pasientane skulle kjenne deg trygge vart sett på som viktig av fleire av informantane. Kognitiv svikt vart gjennomgåande trekt fram som noko som kunne ha

konsekvensar for rehabiliteringa. Det kom også fram at pasientgruppa generelt, i visse tilfelle vart nedprioritert. I det følgjande diskuterast derfor trygging som behandlingstiltak. Deretter presenterast og diskuterast kognitiv svikt, samt mangel på ressursar og kven det rammar.

4.3.1.1 Trygging som behandlingstiltak

Som materialet viste erfarte fysioterapeutar både ved sjukehus og i kommunehelsetenesta at pasientar med hoftebrot kunne vere utrygge og engstelege. Å bidra til å skape tryggleik vart peika på som eit viktig tiltak i behandlinga. Forsking har vist at pasientar med hoftebrot kan kjenne seg usikre og redde også eit år etter hoftebrotet, med frykt for nye fall og for å øydelegge det som er operert. Dette bidreg til avgrensingar i aktivitet og eit meir isolert liv (Zidén mfl., 2010). Ein systematisk oversikt viste at frykt for nye fall er vanleg etter eit hoftebrot, og at frykt for fall har ein negativ innverknad på rehabiliteringa (Visschedijk mfl., 2010). Vidare har ein metasyntese vist at pasientar med hoftebrot søkte å gjenvinne velvære etter eit hoftebrot, og at det å gjenvinne sjølvkjensle var ein del av prosessen. Her hadde helsepersonell ei rolle. God dialog og informasjon frå helsepersonell kunne skape tryggleik hjå pasientane og gje dei sjølvkjensle (Rasmussen og Uhrenfeldt, 2016). At fysioterapeutar bidreg til at pasientane skal oppnå kjensle av tryggleik verkar derfor viktig for vellykka rehabilitering.

4.3.1.2 Kognitiv svikt: «Nokre gonger er det kognitive som hemmar dei»

Kognitiv svikt og demens vart trekt fram som noko som kunne komplisere rehabiliteringsforløpet. Ved sjukehusa vart også delirium påpeikt som ei utfordring. Alle sjukehusfysioterapeutane uttrykte at det var klare utfordringar i å mobilisere pasientar som ikkje forstod kvifor dei skulle mobiliserast. Det vart belyst at behandling av desse pasientane tok tid: «Så då må ein bruke veldig mykje ressursar på å finne ein veg inn til at pasienten går med på det eg vil at han skal vere med på.» R

Det var naudsynt å gje kontinuerleg informasjon:

«...når ein behandlar desse så vert det veldig sånn at vi informerer heile vegen heile tida altså «du er no ved [namn på sjukehus], du er her fordi du har falt og knekt» så det vert mange gjentakande repetisjonar.» S

I kommunehelsetenesta uttrykte informantane fleire faktorar som var viktig for rehabiliteringsforløpet som evna til å ta instruksjon og til å sette seg mål. Dette var forhold som var utfordrande ved kognitiv svikt, og kognitiv svikt sto fram som ei hindring:

«Nokre gonger så tenkjer eg at det er ikkje den fysiske funksjonen som hemmar dei i å bli betre, men det er den kognitive. At dei ikkje klarar å forstå. Så seint som i dag har eg hatt ei. Ho tar instruksjon når ho ligg i senga, men når vi skal prøve ho opp å gå så verka det som om ho ikkje klarar å forstå korleis ho skal gå, ho går på ein heilt unaturleg måte, og no har vi heldt på ei heil veke med det.» M

Nokre av kommunefysioterapeutane erfarte at pasientar med kognitiv svikt hadde vanskar med å utføre eigentrening:

«..ein må vere litt på og på ein måte (..) sjekke ut kor mykje dei eigentleg følgjer opp. Det er ikkje alltid at sånne øvingar er.. hensiktsmessig for alle, for dei klarer ikkje å følgje det opp.» F

Dette viser behovet for tett oppfølging av hoftebrots pasientar med kognitiv svikt.

I følge Nasjonalt hoftebrotregister (2015: 149) er 24,7 % av dei som gjennomgår primæroperasjon etter hoftebrot demente. Førekosten av demens aukar (Ferri mfl., 2005) og pasientar med demens har auka risiko for hoftebrot (Baker mfl., 2011). Med bakgrunn i dette vil pasientar med hoftebrot og demens vere ei aukande gruppe i tida framover. Pasientar med demens er vist å ha ein dårlegare prognose når det gjeld å gjenvinne gangfunksjon og dei har også kortare forventet levetid etter hoftebrot enn hoftebrots pasientar som ikkje har demens (Tarazona-Santabalbina mfl., 2015). Derimot viser forskning at rehabilitering nyttar, då hoftebrots pasientar med demens som får rehabilitering har lågare risiko for å hamne på langtidsavdeling, samt lågare risiko for dødelegheit (Seitz mfl., 2016).

Gjennom materialet kom det fram at det var viktig å bruke tid og gje kontinuerleg informasjon undervegs i behandlinga. I møte med personar med kognitiv svikt er det viktig med tilpassa kommunikasjon. Ein bør gje personen tid til å uttrykke seg, bruke korte enkle setningar samt bruke språket bevisst til å skildra kva ein gjer. Ein viktig faktor er at ein brukar god tid

(Wogn-Henriksen, 2008: 98-99). I behandling av desse pasientane er det derfor naudsynt at fysioterapeutane har tilstrekkeleg tid for å skape god kommunikasjon og behandling.

I ein systematisk oversikt undersøkte Resnick mfl. (2016) kva som er den beste rehabiliteringspraksisen for pasientar med kognitiv svikt og hoftebrot. Dei fann at det var for få studiar til at dei kunne konkludere med kva som er beste praksis, men samla viste dei inkluderte studiane at det var mogleg og tenleg å implementere rehabilitering for desse pasientane. Fleire av studiane inkluderte funksjonelle aktivitetar som stell og påkledning i rehabiliteringa, då dette er meir kjente aktivitetar og dermed kanskje lettare å forstå og delta i. Dette viser at det kan vere viktig med fleksible arbeidsoppgåver der pleiepersonell er involvert i rehabiliteringa av desse pasientane.

4.3.1.3 Mangel på ressursar: kven går det ut over?

Mangel på ressursar og kapasitet vart ikkje nemnt som ei utfordring alle stader, men vart belyst ved alle sjukehusa og i ein av dei minste kommunane. Det kom fram at dette påverka prioriteringar.

Syn på skrøpelege eldre

Ein av sjukehusinformantane hadde tankar om kvifor pasientgruppa vart nedprioriterte:

«På diagnosehierarkiet så er jo ikkje hoftebrotpasientar spesielt høgt opp. Det er ikkje noko som vert sett på som veldig attraktivt å jobbe med verken blant fysioterapeutar eller legar. Det kan jo vere med å styre litt korleis opplegget for desse pasientane vert lagt, det er ikkje sikkert at dei vert prioritert hardt nok. Så det er litt sånn tankekors om det er riktig å nedprioritere dei fordi dei er gamle og skrøpelege eller om det er andre som eventuelt hadde tålt betre å stå over ei behandling.» R

Kva menneskesyn den enkelte har, og kva som er rådande i samfunnet og kulturen vi er ein del av har djuptgåande konsekvensar (Garsjø, 2001: 46). I så måte vil dei haldningar helsepersonell har til ei pasientgruppe kunne ha konsekvensar for prioriteringar i tenestene. Alder er eit sosialt kjenneteikn som har betydning for prestisje, og både lårhalsbrot som diagnose og geriatri som spesialitet har ein lav prestisje innan medisin (Album, 1991). I Norsk fysioterapiforbund er det fleire medlemmer i faggruppa for «idrettsfysioterapi og

aktivitetsmedisin» enn faggruppa «Fysioterapi for eldre», medlemstala er høvesvis 940 og 325. Dette kan seie noko om at det er meir attraktivt å jobbe med den unge, sunne kroppen enn med den gamle og sjuke kroppen, og behandlinga av eldre kan dessutan vere både tidkrevjande og lite lønsamt (Dahle, 1999).

Vurdering av nytte og rehabiliteringspotensiale

Ved sjukehusa gjekk prioriteringa utover pasientgruppa generelt, som ein informant uttrykte: «Altså, det kan vere lett å seie at nei pasienten er for dårleg til å prioriterast.» R. I ein av dei minste kommunane gjekk prioriteringa utover dei skrøpelegaste av pasientane: dei som budde på langtids plass og dei som budde heime, men som ikkje evna å reise til poliklinisk behandling. Også i ein annan kommune var pasientar med hoftebrot på langtids plass mindre prioritert enn andre hoftebrotpasientar.

Eit sentralt mål med Rehabiliteringsmeldinga (St.meld. nr. 21 (1998-1999), : 6) var å sikre likeverdige tilbod til alle menneske med behov for rehabilitering. Ressursmangel vil likevel føre til at det skjer prioriteringar i helsetenesta (NOU 2014: 12, : 16). Dei ulike hovudkriteria for prioritering foreslått av NOU (NOU 2014: 12) som er presentert tidlegare kan resultere i indirekte aldersprioriteringar. Mellom anna kan helsegevinstkriteriet favorisere yngre pasientar framfor eldre, då yngre har lengre forventade resterande levetid (NOU 2014: 12, : 103). Pasientar med hoftebrot er som regel eldre og dei har også ein kjent dårleg prognose for resterande levetid, særleg dei som bur på langtidsavdeling (Holvik mfl., 2010). Informanten i kommunen som nedprioriterte pasientar med hoftebrot på langtidsavdeling grunngav dette med mangel på kapasitet, og at dei måtte prioritere dei på sjukeheimen som hadde mest nytte av tilbodet, og som var ansett å kunne reise heim. Denne argumentasjonen samsvarar med helsegevinstkriteriet. Anna forskning har også vist at prioriteringar vert gjort med bakgrunn i kven som har mest nytte av tilbodet. Det er vist at fysioterapeutar prioriterer ut i frå kven som har mest nytte og behov for tenestene (Rambøll, 2014; Nikolaisen mfl., 2015: 17), noko som medfører at eldre kan bli nedprioritert (Rambøll, 2014: 17). Mangel på ressursar kan dermed føre til ei konflikt med omsyn til at alle som har behov for rehabilitering skal få det, uavhengig av til dømes alder og funksjonsnivå. Ut i frå min studie verkar pasientgruppa å vere sårbar for nedprioritering i spesialisthelsetenesta. I kommunehelsetenesta verka dei skrøpelegaste av pasientane med hoftebrot å vere spesielt sårbare for nedprioriteringar ved mangel på ressursar.

4.3.2 Tverrfagleg samarbeid: «..rehabilitering skal drivast heile døgnet»

Gjennom materialet kom det fram at det særleg var sjukepleiarar og helsefagarbeidarar som var viktige samarbeidspartar i rehabiliteringa. Deira rolle vart gjennomgåande nemnt som viktig i alle delar av rehabiliteringsforløpet for å sikre mobilisering og aktivisering av pasientgruppa. Som uttrykt av ein informant:

«..alle [pasientane] har ikkje moglegheit til å følgje opp eigentrening. Og då er det jo veldig viktig at personalet på posten tenker litt i same bane som oss. At dei [pasientane] får kome seg opp i løpet av dagen, får brukt kroppen, trenar beina.» B

I to av fokusgruppene i kommunehelsetenesta vart også utfrodringar belyst. Det vart problematisert at ein hadde ulik forståing og forventing til rehabilitering. Ein informant fortalte:

«..det har nok mykje med at vi (..) tenkjer at det ligg så mykje trening og viktighet i den daglege aktiviseringa, mens for andre faggrupper så er det kanskje lettare å tenkje at trening skjer når det er satt av trening med fysio. Og det gjer jo at ein har litt forskjellig forventingar til oppfølging.» A

Dette meinte den same informanten kunne føre til at pasientane ikkje fekk den stimuleringa dei trengte.

Fysioterapeutane: ei viktig rettleiande rolle

Nokre fysioterapeutar peika på behovet for å trygge og informere samarbeidande faggrupper i mobilisering og aktivisering av pasientane. Ein informant fortalte om eit eksempel der heimetenesta opplevde pasienten som svært pleietrengande. Fysioterapeuten hadde då rettleia pasienten og heimetenesta i forflytning som skulle ivareta restriksjonane og samtidig fremje eigenaktivitet:

«Så viste det seg at ho var ikkje så hjelpetrengande som vi trudde. Så kanskje ikkje vi alltid er flinke nok til å [vere] tydeleg på våre faglege vurderingar å kome raskt på banen med dei. Til for eksempel heimetenesta då, sånn at ein ikkje skapar eit større hjelpebehov enn det er.» A

Rehabilitering skal føregå heile døgnet (Bredland mfl., 2011: 55). I dette ligg det at alle delar av personen sin dag, som daglege gjeremål, er viktig for at personen skal nå sine mål. Dette fordrar at alle tenesteytarar som har kontakt med pasienten støtter opp om måla for rehabiliteringa (Bredland mfl., 2011: 55-56). På den måten kan også pleie og omsorg inngå som ein del av rehabiliteringsprosessen (Normann mfl., 2013: 94). Det er derfor positivt at fysioterapeutane i min studie erfarte at pleiarar i dei ulike delane av rehabiliteringsforløpet deltok i rehabiliteringa, sjølv om der var utfordringar kring samarbeid enkelte stader. Ein norsk studie viste at heimetenesta prioriterte ut i frå eigen fagtradisjon, deira hovudfokus var på pleie og i liten grad på å aktivisere pasientane (Moe og Hamran, 2014). Vidare belyste ein annan studie at sjukepleiarar kunne vere usikre på deira rolle i rehabilitering, og nokre integrerte ikkje behandlinga i omsorga (Long mfl., 2003).

For at rehabilitering skal kunne føregå heile døgnet verkar fysioterapeutane å ha ein viktig rettleiande rolle, slik at tiltak ein jobbar med i behandlinga integrerast i ADL- aktivitetar (Bredland mfl., 2011: 56). Ein norsk studie viste at personalet i heimetenesta hadde behov for rettleiing i forbindelse med mobilisering av pasientane. Det var vidare behov for rettleiing knytt til den enkelte pasient, då dei ikkje nødvendigvis klarte å overføre kunnskapen frå pasient til pasient (Moe og Hamran, 2014).

4.3.2.1 Møtestader: «...då får ein gode forløp når vi får kommunisert og lagt ein plan»

At ein kommuniserte med samarbeidande partar, og hadde uformelle og formelle møter, vart av mange sett på som viktig. Tverrfaglege møter vart berre nemnt ved sjukehuset med ortogeriatrisk eining, men dette møtet fungerte ikkje lenger. Derimot var tverrfaglege møter ei rutine ved alle korttidsavdelingane. To kommunar hadde også faste møter med heimetenesta og i ein kommune hadde dei møter med langtidsavdelingane. Om dei andre kommunane også hadde faste møter med heimetenesta og langtidsavdelingane gav ikkje materialet moglegheit til å belyse.

Dei tverrfaglege møta var viktige for å diskutere korleis det gjekk med pasienten, for å kome fram til løysingar og felles mål for rehabiliteringa, fordele ansvar og lage ein plan. Ein informant uttrykte:

«...då får vi diskutert, snakka saman, kome fram til løysingar. Ofte ting eg har lurt på som eg lufter litt med dei andre «går det bra, i ADL- aktivitetar?» for eksempel «er det

noko vi treng å trene meir på?». Å kome fram til å ha noko felles mål (..) Det er litt viktig at vi jobbar i same retning og at vi har litt felles målsetting.» K

Møta vart også sett på som viktig for å sikre kontinuiteten i forløpet:

«Då ser vi at ein får eit godt forløp, når den kommunikasjonen og den informasjonen og forventningsavklaringa vert gjort tidleg og på ein måte lagt ein plan.» J

Dei tverrfaglege møta kunne også vere viktig i overgangsfasar i rehabiliteringa, som overgang frå korttidsavdeling til heim:

«Dersom det er snakk om at.. pasienten skal heim så har vi ofte med oss pårørande og hemesjukepleien, på eit møte der vi diskuterer. Og at vi vert einige om korleis (..) vi skal legge opp, kva som trengs heime, om vi må heim å sjå på hjelpemiddel og gjere forskjellige ting heime. Og kva dei trenger av hjelp av heimesjukepleien når dei skal heim igjen. [Det] er veldig vesentleg for at du skal få folk heim igjen.» L

Som det kjem fram virka tverrfaglege møter å vere ein stad der ein fekk diskutert og avklart viktige sider av rehabiliteringsforløpet. I rettleiar for rehabilitering og habilitering anbefalast det at ein utviklar ein struktur for samarbeidet med faste møtepunkt (Helsedirektoratet, 2015: 39). Dialog og felles møtepunkt er vist å vere nødvendig for å sikre aktivitetssentrerte tenester på sjukeheimar samt for å diskutere og avklare tiltak (Jakobsen og Granbo, 2011). Utan slike møtestader kan det verte vanskeleg å sikre ansvarsfordeling og eit rehabiliteringsforløp med tydeleg målsetjing der alle involverte tenesteytarar jobbar saman kring pasienten sine mål. Det er derfor ynskjeleg at tverrfaglegemøter er rutinar i heile tenesteapparatet, og at slike møter er integrert i alle ledda av rehabiliteringsforløpet.

4.3.3 Samhandling på tvers av tenestenivå

4.3.3.1 Dei viktige samhandlingsrutinane

Fleire av informantane i kommunehelsetenesta erfarte det som viktig at fysioterapeutane i spesialisthelsetenesta tok kontakt før pasienten vart utskrivne, som følgjande:

«Vi har ynskje om å få tidleg kontakt frå fysioterapeutane på sjukehuset, sånn at vi kan planlegge oppfølginga (..) Då er det lettare for oss å kome endå raskare i gang.»

A

Gjennom å ha kontakt med sjukehuset tidleg kunne dei diskutere kva som var naudsynt oppfølging for pasienten, og sein kontakt gjorde prioriteringar vanskelegare:

«No har vi hatt ein periode der dei ikkje har vore så flinke å ta direkte kontakt med tenesta vår, sånn at vi kjem litt på etterskot. Når vi skal prioritere å kome i gang med opplegg så trengje vi og litt tid.» M

Den same informanten fortalte at ho hadde erfart at pasientar med hoftebrot var vorte utskrivne utan at dei hadde fått beskjed, og at det var pasienten sjølv eller pårørande som tok kontakt med fysioterapitenesta, sjølv om det var sjeldan. Også ein annan informant etterlyste rutinar når det gjaldt tilvising frå spesialisthelsetenesta:

«Eg veit jo ikkje om alle får tilbod om fysioterapi. Det er eg litt usikker på. (..) For det er ikkje nokon gode rutinar [på] at alt vert meldt til oss [frå sjukehuset].» L

Dette gjaldt særleg dei pasientane som vart utskrive direkte til heim, og der ikkje heimetenesta nødvendigvis var inne og kunne «fange opp» pasientane og tilvise dei til fysioterapeutane.

I intervjuet ved sjukehusa var betydninga av slik samhandling mindre belyst og det kom fram at det berre var eit av sjukehusa som hadde rutinar på å kontakte fysioterapeutane i kommunehelsetenesta. Ved sjukehuset med OEG fortalte informantane at dei ikkje nødvendigvis visste kvar pasienten hamna etter utskriving. Dette verka å vere ein hemmande faktor for samhandlinga:

«...dei vert flytta fleire gonger og dei kjem til ei avdeling der det ikkje er fysioterapiressursar. Vi får kanskje snakke med ein sjukepleier som seier «ja vi skal ta det opp» og så høyrer vi ikkje noko meir eigentleg.» P

Ein av sjukehusfysioterapeutane uttrykte: *«..eg trur det at vår tanke for pasientane den sluttar i det dei går ut av dørene altså.» Q*

Dette utsegne illustrerer eit viktig poeng. Bukve & Kvåle (2014b: 193) peiker på at mangel på samhandling kan skuldast at aktørane manglar eit grunnlag for det, då ein kan ha ulik situasjonsoppfatting og forståingsrammar. Der er ulike forståingsrammar og kulturar i dei ulike helsetenestene. Forfattarane meiner at aktørane derfor vil handle ut i frå sin eigen arbeidskvardag heller enn ut i frå ei forståing av det større systemet dei er ein del av. Dette kan forklare kvifor det var kommunefysioterapeutane i min studie som i størst grad uttrykte betydinga av samhandling mellom tenestenivå, då deira arbeidsoppgåver i større grad er påverka av informasjonen dei får frå fysioterapeutane i spesialisthelsetenesta. For fysioterapeutar i spesialisthelsetenesta kan arbeidsoppgåva verke å vere «ferdig» når pasienten er utskriven, noko som kan vere ei utfordring for heilskapen i pasienten sitt rehabiliteringsforløp og for å sikre naudsynt samhandling mellom tenestenivå. At fysioterapeutane ved det eine sjukehuset ikkje visste kvar pasientane hamna etter utskriving, verka også å gjere samhandlinga vanskeleg.

4.3.3.2 Fysioterapiepikriser: den tidvis usikre kommunikasjonen

Alle sjukehusfysioterapeutane fortalte at dei skreiv fysioterapiepikriser. Ved to av sjukehusa vart epikrisene sendt med pasienten. Fysioterapeuten ved sentralsjukehuset fortalte at dei hadde eit sterkt ynskje om å sende fysioterapiepikrisane elektronisk gjennom pleie- og omsorgsmeldingar (PLO- meldingar) til fysioterapeutane i kommunehelsetenesta. Nyttan av elektronisk kommunikasjon med tanke på tidssparing vart belyst:

«.. vi ringer og snakkar med fysioterapeutane ute, og sender med fysiske papir/brev. Så det er litt tungvint system. Vi brukar ganske mykje tid på å ringe ut.» R

Informantane ved sjukehuset med OGE var usikre på om informasjonen kom fram til riktig vedkomande:

«Eg stolar ikkje på at min informasjon kjem fram til den fysioterapeuten som til sjuande og sist skal behandle.» P

I den same fokusgruppa fortalte informantane at dei hadde fått tilbakemelding frå kommunefysioterapeutar om at dei ikkje nødvendigvis fekk informasjonen som vart sendt med pasienten. Ein av kommuneinformantane understreka også at dersom informasjonen vart sendt med pasienten kunne den gå tapt.

Riksrevisjonen har bekrefta at helseforetaka angjev å sende meir informasjon om pasienten til kommunen enn det kommunane angjev å få, noko som kan skuldast at informasjonen ikkje kjem fram til riktig instans (Riksrevisjonen, 2012: 11). I Samhandlingsreforma presenterast ei målsetting om at all kommunikasjon mellom helsepersonell skal føregå elektronisk (St.mld. nr. 47 (2008-2009), : 35). Og elektronisk kommunikasjon kan vere med å sikre at fysioterapeutar i kommunehelsetenesta får naudsynt informasjon. Eit meldingssystem der fysioterapeutane kan ha ein kommunikasjon også før pasienten vert utskrivne ser ut til å kunne vere nyttig ut i frå informantane sine erfaringar. Ein nyare norsk rapport (Toussaint mfl., 2016: 8-9) har vist at elektroniske PLO-meldingar har vert eit sentralt tiltak for å kome i møte Samhandlingsreforma sitt mål om betre samhandling mellom sjukehus og kommune. Det har bidrege til at samarbeidande helsepersonell i sjukehus og kommunar har enkel tilgang til informasjon og til kvarandre. Dette fører til at ein raskare kan avklare pasienten sin situasjon og gje eit best mogleg tenestetilbod.

Samanfatta viste materialet at samhandling mellom fysioterapeutar på tvers av tenestenivå var viktig for at kommunefysioterapeutane skulle kunne planlegge og kome raskt i gang med oppfølging. For å sikre at alle vart tilvist fysioterapi verka også samhandlinga å vere viktig. Det kom også fram at der er rom for forbetring. Overføring av pasientar mellom tenestenivå er eit sårbart tidspunkt i eit pasientforløp. Dette gjeld særleg for personar med samansette problemstillingar, som pasientar med hoftebrot (Coleman, 2003). Svikt i kommunikasjon kan medføre fleire risikofaktorar som mangelfull informasjon kring medisinar og utilstrekkeleg bakgrunnsinformasjon kring pasientane (Coleman, 2003). Både Samhandlingsreforma og Nasjonal strategi for habilitering- og rehabilitering løftar fram at samhandling mellom spesialist- og kommunehelsetenesta er naudsynt for å sikre heilskaplege pasient- og rehabiliteringsforløp (St.mld. nr. 47 (2008-2009), : 13-14, 22; St.prp. nr. 1 (2007-2008), : 19-20).

4.3.4 Styrking av rehabiliteringsfokus i tenesteapparatet

Gjennom materialet kom det fram at prosjekt eller tiltak på tenestenivå hadde vore fremjande for at samarbeidande parter vart bevisstgjort og hadde fått auka forståing for betydinga av mobilisering og rehabilitering. Ein informant ved sjukehuset med fast track uttrykte:

«Vi er jo organisert veldig greitt, for det er ei avdeling som har dei fleste «fast trackene» [hoftebrotspatientane] så alle der er jo veldig godt informert og instruert i den sløyfa vår, så dei er veldig bevisst på det [med mobilisering].» B

Det at ortogeriatrisk eining ved det eine sjukehuset ikkje lenger fungerte verka av same grunn å vere negativt:

«..forståinga for at det var viktig å få pasienten tidleg opp var mykje større då [når OGE fungerte]. Det var rett og slett ein høgare prioritet hjå pleiarane og.» P

Ein norsk studie viste at hoftebrotspatientar som vart behandla ved ortogeriatrisk avdeling var i ståande stilling i signifikant lengre tid enn pasientar som vart behandla ved ortopedisk avdeling (Taraldsen mfl., 2014). Forfattarane konkluderte med at det truleg var grunna det tverrfaglege fokuset på mobilisering, då der ikkje var nokon skilnad mellom pasientane ved dei ulike avdelingane når det gjaldt behov for assistanse ved mobilisering.

I tre av kommunane i min studie fortalte informantane at dei hadde hatt prosjekt eller tiltak knytt til rehabilitering. I ein av dei minste kommunane hadde heimetenesta hatt eit prosjekt om heimerehabilitering. Ein av dei mellomstore kommunane hadde hatt eit læringstilsyn i rehabilitering frå fylkeskommunen. Ein annan mellomstor kommune hadde eit rehabiliteringsteam som hadde eit overordna ansvar for rehabilitering i kommunen, som ein informant uttrykte:

«Vi har eit rehabiliteringsteam som jobbar veldig opp mot korttidsavdelinga og heimetenesta i forhold til det med å ha fokus på rehabilitering. Og kva type rehabilitering ein har, prøver å få til kompetanseheving. Der er ein del ting som er på plass, men det er fortsatt ein veg å gå endå, for at ein kan få mange gode forløp.» F

I rettleiar for habilitering og rehabilitering vert det foreslått at kvar kommune bør sikre eit fagleg tyngdepunkt for rehabilitering, som kan vere med på å drive arbeidet framover . (Helsedirektoratet, 2015: 39). I ein norsk rapport om erfaringar frå kommunar som hadde satsa målretta på rehabilitering kom det fram at fysioterapeutar opplevde at det å jobbe i team innebar at fleire tenester jobba mot felles mål, og at det hadde ført til eit tettare

tverrprofesjonelt samarbeid. Sjukepleirane opplevde at det vart meir fokus kring brukarens rehabiliteringspotensiale (Rambøll, 2012: 45-46).

Med bakgrunn i informantane sine erfaringar både ved sjukehus og kommunehelsetenesta verkar tiltak som søker å styrke rehabiliteringsfokuset på tenestenivå å vere fremjande for rehabiliteringsforløpet. Rehabilitering vert omtalt som eit kunnskapsområde (Normann mfl., 2013: 78), og som ein måte å tenke på, som med fordel kan gjennomsyre heile tenesteapparatet (Bredland mfl., 2011: 27). Ei styrking av rehabiliteringsfokuset er viktig då rehabilitering lenge har vore sett på som helse- og omsorgstenestas svakaste områder (Meld. St. 26 (2014-2015), : 104). Likevel, på tross av at kommunane fekk eit større ansvar for rehabilitering etter Samhandlingsreforma (Rambøll, 2012: 6), var det berre 52 % av norske kommunar som hadde ein politisk vedtatt plan for rehabilitering i 2014 (Mehus, 2016: 9-10).

4.4 Funna sin relevans

Sjølv om den kliniske praksis, arbeidsstruktur og rutinar vil variere mellom ulike sjukehus og kommunehelsetenestar i Noreg, så var det fleire tema kring pasientgruppa, praksis og tverrfagleg samarbeid som gjekk på tvers i mitt materiale. Funna frå denne studien om fysioterapeutar sine erfaringar kring rehabiliteringsforløpet til pasientar med hoftebrot, kan derfor ha overføringsverdi til andre sjukehus og kommunehelsetenestar i Noreg. Desse vil vere underlagt dei same politiske føringar for helsetenesta, og drøfting av mine funn opp mot forskning kring relaterte område elles i landet har vist fleire fellestrekk. Dette peikar på denne studien si relevans i ein større samanheng.

Eit kritisk poeng kan vere at det i størst grad var fysioterapeutar ved kommunar og sjukehus som opplevde at rehabiliteringa til pasientgruppa fungerte som tok kontakt med meg og dermed vart inkludert. utfordringar knytt til praksis vart likevel belyst i fleire intervju og fokusgruppediskusjonar.

5. Konklusjon

Etter mi kjennskap er der ikkje tidlegare studiar som belyser rehabiliteringsforløpet til pasientar med hoftebrot ut i frå fysioterapeutar sitt perspektiv. Denne studien bidreg med erfaringar som synleggjer korleis rehabiliteringsforløpet til pasientgruppa går føre seg i

praksis, kva som verkar å vere viktig for å fremje fungerande rehabiliteringsforløp samt kva som verkar å vere utfordringar.

Fysioterapeutane erfarte at pasientar med hoftebrot var ein kompleks gruppe. Det var i hovudsak snakk om eldre personar som kunne ha samansette problemstillingar. Omfattande sjukdomsbilete, kognitiv svikt og utryggleik var forhold fysioterapeutane erfarte kunne påverke rehabiliteringspotensialet. Å trygge pasientane sto fram som eit viktig tiltak både medan dei var på sjukehus og etter at dei vart overført til kommunehelsetenesta. Pasientane hadde ulike behov for oppfølging og det var viktig med personsentrert rehabilitering for å imøtekome dei individuelle behova.

Ved sjukehusa låg rammene til rette for at fysioterapeutane kunne mobilisere pasientane frå fyrste postoperative dag, men forhold som kognitiv svikt, delirium og samansette sjukdomsbilete kunne vanskeleg gjere dette. Lite fysioterapiressursar, særleg i helger, kunne føre til nedprioritering av pasientgruppa. Kort liggetid var vidare ein faktor som kunne innskrenke fysioterapeutane si moglegheit til å gje behandling. Sjukehusfysioterapeutane hadde også avgrensa moglegheit til å påverke vurdering for utskriving og for kvar pasientane hamna etter utskriving. Dersom fysioterapeutane har ei større rolle kring utskriving og det vidare forløpet, kan det tenkjast at pasienten sin fysiske funksjon vert tillagt meir vekt ved avgjersler kring utskriving, og at vurderinga for kvar pasienten skal utskrivast også er basert på det.

Tidleg samhandling på tvers av tenestenivå var viktig for at kommunefysioterapeutane skulle få tilvist pasientane, planlegge og kome raskt i gang med behandling. Det var likevel berre eit av sjukehusa som hadde rutine på å ta direkte kontakt med kommunefysioterapeutane.

Fysioterapikriser som vart sendt med pasienten verka å vere ein usikker informasjonskanal. Her verkar implementering og bruk av elektronisk kommunikasjon mellom fysioterapeutane å kunne betre den viktige informasjonsflyten mellom tenestenivå.

Høg prioritering av pasientgruppa var forankra i fysioterapitenestene i kommunane, dette var med på å hindre uønskte tidsavbrot i rehabiliteringsforløpet. Rehabiliteringa i kommunehelsetenesta kunne gå føre seg ved korttids- eller langtidsavdelingar ved sjukeheim, i pasienten sin heim eller poliklinisk. Fysioterapioppfølging var i hovudsak basert på faglege behovsvurderingar, men ved mangel på fysioterapiressursar sette det avgrensingar frå dette.

Det gjekk i størst grad utover dei skrøpelegaste av pasientane. Fysioterapeutane var involvert i vurderinga kring utskriving frå korttidsavdeling, og i kontrast til sjukehusa var pasienten sin funksjon med på å avgjere tidspunkt for utskriving. Overgangen frå korttidsavdeling til heim verka å kunne vere eit sårbart tidspunkt i rehabiliteringsforløpet. I alle kommunane kunne fysioterapeutane halde fram med behandling etter at pasienten vart utskriven frå korttidsavdeling. Oppfølgingsbesøk få dagar etter heimreise verka som ein eigna måte å foreta vurderinga kring behov for vidare rehabilitering. Heimebehandling vart trekt fram som positivt, då det medførte at ein i rehabiliteringa kunne jobbe med det som var utfordrande for pasienten i deira omgjevnader. Såleis kan kvardagsrehabilitering vere ein nyttig intervensjon for pasientgruppa. Samla sett hadde fysioterapeutane i kommunehelsetenesta stor innverknad på rehabiliteringsforløpet til pasientgruppa. Også tidspunkt for avslutting av fysioterapi var basert på faglege behovsvurderingar og pasienten si målsetting, og korleis rehabiliteringsforløpet arta seg var ulikt frå pasient til pasient. For å fremje gode rehabiliteringsforløp verka det sentralt at kommunefysioterapeutane hadde moglegheit til å følgje pasientane tett opp, også over lengre tid.

For å sikre døgntkontinuerleg rehabilitering av pasientgruppa var tverrfagleg samarbeid og andre yrkesgrupper si involvering i rehabiliteringa avgjerande, både på sjukehus, kommunale institusjonar og i heimen. Ved alle stadane opplevde fysioterapeutane at pleiepersonalet bidrog i rehabiliteringa, men utfordringar grunna ulik forståing, fokus og kapasitet vart også belyst. Tverrfaglege møter var viktig for å sikre koordinerte tenester og kontinuitet i rehabiliteringa. Tverrfagleg samarbeid kunne også bidra til at kommunefysioterapeutane hadde moglegheit til å få innsikt i korleis det gjekk med pasienten etter at ein hadde avslutta fysioterapibehandling, og eventuelt setje i gang nye tiltak. Dette sto fram som ein fremjande faktor, då det vart erfart at pasientane kunne ha nedgang i funksjon etter at ein avslutta fysioterapibehandling. Spesifikke behandlingsregimer som ved ortogeriatrisk eining og fast track ved sjukehus, og tiltak for å styrke rehabiliteringsfokuset i kommunehelsetenesta verka å vere fremjande for rehabiliteringstankegangen og -praksis i tenesteapparatet.

Funna frå denne studien peiker på behovet for at rammene for helsetenesta gir fysioterapeutar moglegheit til å basere behandling ut i frå faglege behovsvurderingar. Samt at dei har moglegheit til å påverke dei ulike delane av forløpet, for å sikre gode individuelle rehabiliteringsforløp. Det står også fram som sentralt at høg prioritering av pasientgruppa er forankra i fysioterapitenesta, både ved sjukehus og i kommunehelsetenesta, for at

pasientgruppa skal kunne få tett oppfølging. Vidare viser studien at det er viktig å fokusere på tverrfagleg samarbeid og tverrfaglege møter for å sikre døgntinuerleg rehabilitering og koordinerte tenester. I tillegg til å styrke samhandlinga mellom fysioterapeutar ved dei ulike tenestnivåa for å sikre god kontinuitet i rehabiliteringsforløpet. Desse momenta verkar sentrale for å imøtekomme det politiske ynskje om ei helseteneste som er betre tilrettelagt for pasientar med samansette problemstillingar. Der pasient- og rehabiliteringsforløp føregår med god kontinuitet, og der tenestane gis på ein koordinert måte basert på pasienten sine individuelle behov og ut i frå deira mål.

Talet på pasientar med hoftebrot som er skrøpelege er vist å vere stigande, noko som går i takt med den stadig aldrande befolkninga. Behovet for tett oppfølging og rehabilitering vil såleis truleg vere aukande. Det peiker på behovet for å sikre tilstrekkeleg ressursar innan helsetenesta, for å unngå nedprioritering av skrøpelege eldre, og for å sikre idealet om likeverdig tilbod til alle med rehabiliteringsbehov. Helsepersonell kan ikkje bære dette ansvaret aleine, og det er eit offentleg ansvar på systemnivå som må takast. Pasientar med hoftebrot er i hovudsak geriatrike pasientar med behov for ein holistisk tilnærming. Det er mellom anna uttalt ynskje om å innføre ortogeriatrik behandling ved sjukehus. Den auka satsinga på kvardagsrehabilitering, der fleire faggrupper er involvert i rehabiliteringa, verkar som ein måte å ivareta dette behovet i kommunehelsetenesta. Her verkar også implementering av helsehus å kunne vere eit viktig bidrag. Det står også fram som viktig å sikre tilstrekkeleg med fysioterapiressursar knytt til langtidsavdelingar. Det kan likevel tilførast at det kan vere viktig at fysioterapeutar og anna helsepersonell reflekterer over sitt syn på arbeid med skrøpelege eldre. Samt kva ein legg i behandlinga av dei, når ein allokterer eigne ressursar som tid, kunnskap og ferdigheiter.

6. Litteraturliste

AGENDA (2009) *Spørreundersøkelse om fysioterapi i kommunehelsetjenesten* [Internett]. Rapport 23. februar 2009. Høvik: Helse- og omsorgsdepartementet. Tilgjengelig fra: <<https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/hod/dokumenter-cta/r6302-hod-fysioterapeuter-td.pdf>> [Lest 22. februar 2016].

Album, D. (1991) Sykdommers og medisinske spesialiteters prestisje. *Tidsskrift for Den norske lægeforening*, 111 (17), s. 2127-2133.

Allsop, J. og Saks, M. (2013) *Researching health : qualitative, quantitative and mixed methods*. 2. utg. Los Angeles, Calif: Sage.

Auais, M., Morin, S., Nadeau, L., Finch, L. og Mayo, N. (2013) Changes in frailty-related characteristics of the hip fracture population and their implications for healthcare services: evidence from Quebec, Canada. *Osteoporosis International*, 24 (10), s. 2713-2724.

Auais, M.A., Eilayyan, O. og Mayo, N. (2012) Extended exercise rehabilitation after hip fracture improves patients' physical function: a systematic review and meta-analysis. *Phys Ther*, 92 (11), s. 1437-1451.

Baker, N.L., Cook, M.N., Arrighi, H.M. og Bullock, R. (2011) Hip fracture risk and subsequent mortality among Alzheimer's disease patients in the United Kingdom, 1988-2007. *Age and ageing*, 40 (1), s. 49-54.

Beling, J. og Roller, M. (2009) Multifactorial Intervention with Balance Training as a Core Component Among Fall-prone Older Adults. *Journal of Geriatric Physical Therapy*, 32 (3), s. 125-133.

Bertram, M., Norman, R., Kemp, L. og Vos, T. (2011) Review of the long-term disability associated with hip fractures. *Injury prevention*, 17 (6), s. 365-370.

Bredland, E.L., Linge, O.A. og Vik, K. (2011) *Det handler om verdighet og deltakelse: verdigrunnlag og praksis i rehabiliteringsarbeid*. 3. utg. Oslo: Gyldendal akademisk.

Brown, C.J., Friedkin, R.J. og Inouye, S.K. (2004) Prevalence and Outcomes of Low Mobility in Hospitalized Older Patients. *Journal of the American Geriatrics Society*, 52 (8), s. 1263-1270.

Bukve, O. og Kvåle, G. (2014a) Eit lokalt helse- og velferdssystem under press. I: Bukve, O. og Kvåle, G. red. *Samhandling og kvalitet i helseorganisasjonar*. Oslo: Universitetsforlaget, s. 11-26.

Bukve, O. og Kvåle, G. (2014b) Kvalitet og samhandling i eit komplekst system. I: Bukve, O. og Kvåle, G. red. *Samhandling og kvalitet i helse organisasjonar*. Oslo: Universitetsforlaget, s. 186-195.

Butler, M., Forte, M., Kane, R.L., Joglekar, S., Duval, S.J., Swiontkowski, M. og Wilt, T. (2009) Treatment of common hip fractures. *Evid Rep Technol Assess (Full Rep)*, (184), s. 1-85.

Carpenter, C. (2005) Dilemmas of practice as experienced by physical therapists in rehabilitation settings. *Physiotherapy Canada*, 57 (1), s. 63-76.

Clegg, A., Young, J., Iliffe, S., Rikkert, M.O. og Rockwood, K. (2013) Frailty in elderly people. *The Lancet*, 381 (9868), s. 752-762.

Coleman, E.A. (2003) Falling Through the Cracks: Challenges and Opportunities for Improving Transitional Care for Persons with Continuous Complex Care Needs. *Journal of the American Geriatrics Society*, 51 (4), s. 549-555.

Cummings, S.R. og Melton, L.J. (2002) Epidemiology and outcomes of osteoporotic fractures. *The Lancet*, 359 (9319), s. 1761-1767.

Dahle, R. (1999) Kropp og aldring. *Fysioterapeuten*, 66 (11), s. 8-12.

Diamantopoulos, A.P., Hoff, M., Skoie, I.M., Hochberg, M. og Haugeberg, G. (2013) Short- and long-term mortality in males and females with fragility hip fracture in Norway. A population-based study. *Clinical Intervention in Aging*, 8, s. 817-823.

Ferri, C.P., Prince, M., Brayne, C., Brodaty, H., Fratiglioni, L., Ganguli, M., Hall, K., Hasegawa, K., Hendrie, H., Huang, Y., Jorm, A., Mathers, C., Menezes, P.R., Rimmer, E. og Scazufca, M. (2005) Global prevalence of dementia: a Delphi consensus study. *The Lancet*, 366 (9503), s. 2112-2117.

Forskningsrådet (2016) *Evaluering av samhandlingsreformen: Sluttrapport fra styringsgruppen for forskningsbasert følgeevaluering av samhandlingsreformen (EVASAM)* [Internett]. Evaluering Divisjon for samfunn og helse. Oslo: Norges Forskningsråd. Tilgjengelig fra: <<https://ehelse.no/nyheter/forskningsradets-evaluering-av-samhandlingsreformen>> [Lest 16. juli 2016].

Garsjø, O. (2001) *Sosiologisk tenkemåte: En introduksjon for helse- og sosialarbeidere*. 2. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk

Granbo, R. og Helbostad, J. (2006) Hvordan ivareta sykehjemsbeboernes behov for bevegelse? *Tidsskrift for den norske legeforening*, 126 (15), s. 1934-1936.

Granbo, R., Taraldsen, K., Thingstad, P., Solberg, H.S., Simonsen, E. og Helbostad, J. (2015) Forebyggende gruppetrening for hjemmeboende eldre: Hvem deltar og hva gir motivasjon til å delta? *Fysioterapeuten*, 82 (9), s. 12-18.

Green, J. og Thorogood, N. (2014) *Qualitative methods for health research*. 3. utg. London: SAGE.

Grigoryan, K.V., Javedan, H. og Rudolph, J.L. (2014) Ortho-geriatric care models and outcomes in hip fracture patients: a systematic review and meta-analysis. *Journal of orthopaedic trauma*, 28 (3), s. 49-55.

Hagen, T.P., Ambugo, E. og Melberg, H.O. (2016) Liggetider og reinnleggelser i somatiske sykehus før og etter Samhandlingsreformen. No. 2016: 5, *HERO On line Working Paper Series* [Internett]. Tilgjengelig fra: <<http://www.med.uio.no/helsam/forskning/nettverk/hero/publikasjoner/skriftserie/2016/2016-5.pdf>> [Lest 1. september 2016].

Halkier, B. (2010) *Fokusgrupper*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Handoll, H.H.G., Sherrington, C. og Mak, J.C.S. (2011) Interventions for improving mobility after hip fracture surgery in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internett], (3). Tilgjengelig fra: <DOI: 10.1002/14651858.CD001704.pub4> [Lest 01.05.2016].

Heckman, K.A. og Cott, C.A. (2005) Home-Based Physiotherapy for the Elderly: A Different World. *Physiotherapy Canada*, 57 (4), s. 274-283.

Hektoen, L.F. (2014) *Kostnader ved hoftebrudd hos eldre* [Internett]. HiOA Rapport: Rapport 2014 nr 3. Oslo: Høgskolen i Oslo og Akershus. Tilgjengelig fra: <<https://skriftserien.hioa.no/index.php/skriftserien/article/view/18/16>> [Lest 19. februar 2016].

Heldal, F. (2013) Integrasjonsprosesser på sykehus: Hvilken rolle spiller ledelse og profesjongrensener? I: Tjora, A. og Melby, L. red. *Samhandling for helse: Kunnskap, kommunikasjon og teknologi i helsetjenesten*. Oslo: Gyldendal akademisk, s. 120-143.

Helse- og omsorgstjenesteloven. *Lov 24. juni 2011 nr. 30 om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.*

Helsedirektoratet (2015) *Veileder om rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator* [Internett]. Veiledere. Helsedirektoratet. Tilgjengelig fra: <<https://helsedirektoratet.no/nyheter/ny-veileder-rehabilitering-habilitering-individuell-plan-og-koordinator>> [Lest 26. august 2016].

Helsetilsynet (2013) “Ikke bare ett helseproblem.....” *Oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2011–2012 med spesialisthelsetjenesten: behandling av skrøpelige eldre pasienter med hoftebrudd* [Internett]. Rapport fra helsetilsynet april 2013. Oslo: Helsetilsynet: tilsyn med barnevern sosial- og helsetjenesten. Tilgjengelig fra: <<https://www.helsetilsynet.no/no/Publikasjoner/Rapport-fra-Helsetilsynet/Rapport-Helsetilsynet-2013>> [Lest 28. februar 2016].

Henriksen, J.-O. og Vetlesen, A.J. (2006) *Nærhet og distanse: grunnlag, verdier og etiske teorier i arbeid med mennesker*. 3. utg. Oslo: Gyldendal akademisk.

- Holdar, U., Wallin, L. og Heiwe, S. (2013) Why Do We Do As We Do? Factors Influencing Clinical Reasoning and Decision-Making among Physiotherapists in an Acute Setting. *Physiotherapy Research International*, 18 (4), s. 220-229.
- Holvik, K., Ranhoff, A.H., Martinsen, M.I. og Solheim, L.F. (2010) Predictors of mortality in older hip fracture inpatients admitted to an orthogeriatric unit in Oslo, Norway. *Journal of aging and health*, 22 (8), s. 1114-1131.
- Hovden, K. (2016) Fysioterapi i eldreomsorgen. *Fysioterapeuten*, 83 (6), s. 32-37.
- Inouye, S. (2006) Delirium in Older Persons. *The new england journal of medicine*, 354 (11), s. 1157–1165.
- Jakobsen, K. og Granbo, R. (2011) Større faglig bredde bidrar til mer aktiv omsorg for sykehjemsbeboere. *Sykepleien Forskning*, 6 (2), s. 152-158.
- Johansen, I., Lindbak, M., Stanghelle, J.K. og Brekke, M. (2012) Independence, institutionalization, death and treatment costs 18 months after rehabilitation of older people in two different primary health care settings. *BMC Health Services Research*, 12 (1), s. 400-409.
- Johnsen, L.G., Watne, L.O., Frihagen, F., Helbostad, J.L., Prestmo, A., Saltvedt, I., Sletvold, O. og Wyller, T.B. (2015) Hvorfor ortogeriatri? *Tidsskrift for den norske legeforening*, 135 (6), s. 523-524.
- Kaale, H. og Hauksdottir, N. (2002) Fysioterapi under kommunehelsereforma : 20 år etter *Fysioterapeuten*, 69 (14), s. 20-24.
- Kamel, H.K., Iqbal, M.A., Mogallapu, R., Maas, D. og Hoffmann, R.G. (2003) Time to ambulation after hip fracture surgery: relation to hospitalization outcomes. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 58 (11), s. 1042-1045.
- Kanis, J.A., Odèn, A., McCloskey, E.V., Johansson, H., Wahl, D.A. og Cooper, C. (2012) A systematic review of hip fracture incidence and probability of fracture worldwide. *Osteoporosis International*, 23 (9), s. 2239-2256.

Kjerstad, E. og Tuntland, H. (2016) Reablement in community-dwelling older adults: a cost-effectiveness analysis alongside a randomized controlled trial. *Health Economics Review*, 6 (1), s. 1-10.

Kleiveland, A.T. (2015) Fortvilende situasjon. *Bergens Tidende* [Internett], 6. januar. Tilgjengelig fra: <<http://www.bt.no/meninger/debatt/Fortvilende-situasjon-3273896.html>> [Lest 16. august 2016].

Krogseth, M., Wyller, T.B., Engedal, K. og Juliebø, V. (2014) Delirium is a risk factor for institutionalization and functional decline in older hip fracture patients. *Journal of Psychosomatic Research*, 76 (1), s. 68-74.

Kvale, S. og Brinkmann, S. (2015) *Det kvalitative forskningsintervju*. 3. utg. Oslo: Gyldendal akademisk.

Langeland, E., Førland, O., Aas, E., Birkeland, A., Folkestad, B., Kjekken, I., Jacobsen, F.F. og Tuntland, H. (2016) *Modeller for hverdagsrehabilitering - en følgeevaluering i norske kommuner. Effekter for brukerne og gevinster for kommunene?* [Internett]. Senter for omsorgsforskning rapportserie nr 6/2016. Bergen: Senter for omsorgsforskning Vest Tilgjengelig fra: <http://omsorgsforskning.no/utgivelser/rapportserie/rapport_6> [Lest 9. juni 2016].

Lindvåg, D. (2013) Kommunene satser ikke på fysioterapi. *Fysioterapeuten*, 80 (8), s. 15.

Long, A.F., Kneafsey, R. og Ryan, J. (2003) Rehabilitation practice: challenges to effective team working. *International Journal of Nursing Studies*, 40 (6), s. 663-673.

Magaziner, J., Fredman, L., Hawkes, W., Hebel, J.R., Zimmerman, S., Orwig, D.L. og Wehren, L. (2003) Changes in functional status attributable to hip fracture: a comparison of hip fracture patients to community-dwelling aged. *American Journal of Epidemiology*, 157 (11), s. 1023-1031.

Magaziner, J., Hawkes, W., Hebel, J.R., Zimmerman, S.I., Fox, K.M., Dolan, M., Felsenthal, G. og Kenzora, J. (2000) Recovery from hip fracture in eight areas of function. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 55 (9), s. M498-M507.

Malterud, K. (2011) *Kvalitative metoder i medisinsk forskning: en innføring*. 3. utg. Oslo: Universitetsforlaget.

Malterud, K. (2012) *Fokusgrupper som forskningsmetode for medisin og helsefag*. Oslo: Universitetsforlaget.

Marcantonio, E.R., Flacker, J.M., Wright, R.J. og Resnick, N.M. (2001) Reducing Delirium After Hip Fracture: A Randomized Trial. *Journal of the American Geriatrics Society*, 49 (5), s. 516-522.

Mehta, S.P. og Roy, J.-S. (2011) Systematic review of home physiotherapy after hip fracture surgery. *Journal of rehabilitation medicine*, 43 (6), s. 477-480.

Mehus, K.H. (2016) *Habilitering, rehabilitering og bruk av avtalefysioterapeuter i primærhelsetjenesten*. Rapport, IS-2467 Oslo: Helsedirektoratet. Tilgjengelig fra: <<https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/habilitering-rehabilitering-og-bruk-av-avtalefysioterapeuter-i-primærhelsetjenesten>> [Lest 24. august 2016].

Melby, L. og Aksel, T. (2013) Samhandlingens mange ansikter. I: Tjora, A. og Melby, L. red. *Samhandling for helse: Kunnskap, kommunikasjon og teknologi i helsetjenesten*. Oslo: Gyldendal Akademisk, s. 13-30.

Meld. St. 11 (2015-2016). *Nasjonal helse- og sykehusplan (2016–2019)*.

Meld. St. 26 (2014-2015). *Fremtidens primærhelsetjeneste: nærhet og helhet*.

Moe, S. og Hamran, T. (2014) Samarbeidsutfordringer i kommunehelsetjenesten. *Fysioterapeuten*, 81 (9), s. 48-52.

Nasjonalt hoftebruddregister (2015) *Rapport Juni 2015*. Nasjonal kompetansetjeneste for leddproteser og hoftebrudd. Bergen: Helse Bergen HF & Ortopedisk klinikk Haukeland Universitetssjukehus.

Nikolaisen, M., Arntzen, C. og Moe, S. (2015) Fysioterapeuters prioriteringer: en fokusgruppeundersøkelse i finnmarkskommuner. *Fysioterapeuten*, 82 (1), s. 18-23.

NIVEL, The Technische Universität Berlin, The National Board of Health, The Academic Medical Centre og The London School of Hygiene & Tropical Medicine (2011) *Health services research: helping tackle Europe's health care challenges* [Internett]. Policy brief april 2011. Health services research Europe. Tilgjengelig fra: <<http://www.healthservicesresearch.eu/publications>> [Lest 25. september 2015].

Nordström, P., Gustafson, Y., Michaëlsson, K. og Nordström, A. (2015) Length of hospital stay after hip fracture and short term risk of death after discharge: a total cohort study in Sweden. *British Medical Journal*, 350, s. 696-706.

Normann, T., Sandvin, J.T. og Thommesen, H. (2013) *Om rehabilitering: helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset*. 3. utg. utg. Oslo: Kommuneforlaget.

Norsk Fysioterapiforbund (2015) *Hva er fysioterapi?- utdypet* [Internett]. Oslo: Norsk Fysioterapiforbund,. Tilgjengelig fra: <<https://www.fysio.no/Hva-er-fysioterapi/Hva-er-fysioterapi-utdypet>> [Lest 6. oktober 2016].

NOU 2014: 12. *Åpent og rettferdig: prioriteringer i helsetjenesten*.

Nygaard, H.A. (2002) Sykehjemmet som medisinsk institusjon: et fatamorgana? *Tidsskrift for den norske legeförening*, 122 (8), s. 823-825.

Nylenna, M. (2014) *Helsetjenesten i Norge: et overblikk*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Oldmeadow, L.B., Edwards, E.R., Kimmel, L.A., Kipen, E., Robertson, V.J. og Bailey, M.J. (2006) No rest for the wounded: early ambulation after hip surgery accelerates recovery. *ANZ journal of surgery*, 76 (7), s. 607-611.

Omsland, T.K., Holvik, K., Meyer, H.E., Center, J.R., Emaus, N., Tell, G.S., Schei, B., Tverdal, A., Gjesdal, C.G. og Grimnes, G. (2012) Hip fractures in Norway 1999–2008: time trends in total incidence and second hip fracture rates. A NOREPOS study. *European journal of epidemiology*, 27 (10), s. 807-814.

Osnes, E.K., Lofthus, C.M., Meyer, H.E., Falch, J.A., Nordsletten, L., Cappelen, I. og Kristiansen, I.S. (2004) Consequences of hip fracture on activities of daily life and residential needs. *Osteoporosis International*, 15 (7), s. 567-574.

Pedersen, S.J., Borgbjerg, F.M., Schousboe, B., Pedersen, B.D., Jørgensen, H.L., Duus, B.R. og Lauritzen, J.B. (2008) A comprehensive hip fracture program reduces complication rates and mortality. *Journal of the American Geriatrics Society*, 56 (10), s. 1831-1838.

Pettersen, R. og Wyller, T.B. (2007) Rehabilitering integrert i akuttbehandling av sykdom. *Tidsskrift for den norske legeforening*, 127 (5), s. 600-603.

Pioli, G., Giusti, A. og Barone, A. (2008) Orthogeriatric care for the elderly with hip fractures: where are we? *Aging clinical and experimental research*, 20 (2), s. 113-122.

Polit, D.F. og Beck, C.T. (2012) *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*. 9. utg. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Prestmo, A., Hagen, G., Sletvold, O., Helbostad, J.L., Thingstad, P., Taraldsen, K., Lydersen, S., Halsteinli, V., Saltnes, T., Lamb, S.E., Johnsen, L.G. og Saltvedt, I. (2015) Comprehensive geriatric care for patients with hip fractures: a prospective, randomised, controlled trial. *The Lancet*, 385 (9978), s. 1623-1633.

Rambøll (2012) *Undersøkelse om rehabilitering i kommunen: Erfaringer med tilbud gitt i pasientens hjem/vante miljø* [Internett]. Rapport, IS-0365. Helsedirektoratet. Tilgjengelig fra: <<https://helsedirektoratet.no/publikasjoner>> [Lest 8. august 2016].

Rambøll (2014) *Undersøkelse om behov og tilbud innen habilitering og rehabilitering* [Internett]. Rapport, IS-0429. Helsedirektoratet. Tilgjengelig fra: <<https://helsedirektoratet.no/publikasjoner>> [Lest 4. august 2016].

Ranhoff, A.H., Holvik, K., Martinsen, M.I., Domaas, K. og Solheim, L.F. (2010) Older hip fracture patients: three groups with different needs. *BMC geriatrics*, 10, s. 65-71.

Rasmussen, B. og Uhrenfeldt, L. (2016) Establishing well-being after hip fracture: a systematic review and meta-synthesis. *Disabil Rehabil*, 38 (26), s. 2515-2529.

Resnick, B., Beaupre, L., McGilton, K.S., Galik, E., Liu, W., Neuman, M.D., Gruber-Baldini, A.L., Orwig, D. og Magaziner, J. (2016) Rehabilitation Interventions for Older Individuals With Cognitive Impairment Post-Hip Fracture: A Systematic Review. *Journal of the American Medical Directors Association*, 17 (3), s. 200-205.

Riksrevisjonen (2012) *Riksrevisjonens undersøkelse om rehabilitering innen helsetjenesten* [Internett]. Dokument 3:11 (2011-2012). Bergen: Fagbokforlaget. Tilgjengelig fra: <<https://www.riksrevisjonen.no/rapporter/Sider/rehabilitering.aspx>> [Lest 8. august 2016].

Riksrevisjonen (2016) *Riksrevisjonens undersøkelse av ressursutnyttelse og kvalitet i helsetjenesten etter innføringen av samhandlingsreformen* [Internett]. Dokument 3:5 (2015-2016). Bergen: Fagbokforlaget. Tilgjengelig fra: <<https://www.riksrevisjonen.no/rapporter/Sider/Samhandlingsreformen.aspx>> [Lest 27. august 2016].

Roche, J.J.W., Wenn, R.T., Sahota, O. og Moran, C.G. (2005) Effect of comorbidities and postoperative complications on mortality after hip fracture in elderly people: prospective observational cohort study. *BMJ*, 331 (7529), s. 1374.

Rohde, G., Haugeberg, G., Mengshoel, A., Moum, T. og Wahl, A. (2010) Two-year changes in quality of life in elderly patients with low-energy hip fractures. A case-control study. *BMC Musculoskelet. Disord.*, 11, s. 226-237.

Schönfelder, W. (2013) Legenes posisjon i et tverrfaglig landskap: Samhandlingsreformen i et profesjonsteoretisk perspektiv. I: Tjora, A. og Melby, L. red. *Samhandling for helse: Kunnskap, kommunikasjon og teknologi i helsetjenesten*. Oslo: Gyldendal Akademisk, s. 54-80.

Seitz, D.P., Gill, S.S., Austin, P.C., Bell, C.M., Anderson, G.M., Gruneir, A. og Rochon, P.A. (2016) Rehabilitation of Older Adults with Dementia After Hip Fracture. *Journal of the American Geriatrics Society*, 64 (1), s. 47-54.

Shaw, J.A. og Deforge, R.T. (2012) Physiotherapy as bricolage: Theorizing expert practice. *Physiotherapy Theory and Practice*, 28 (6), s. 420-427.

Shumway-Cook, A., Ciol, M.A., Gruber, W. og Robinson, C. (2005) Incidence of and risk factors for falls following hip fracture in community-dwelling older adults. *Phys Ther*, 85 (7), s. 648-655.

Siu, A.L., Penrod, J.D., Boockvar, K.S., Koval, K., Strauss, E. og Morrison, R.S. (2006) Early ambulation after hip fracture: effects on function and mortality. *Archives of internal medicine*, 166 (7), s. 766-771.

Sneppen, O., Bünger, C., Hvid, I. og Søballe, K. (2014) *Ortopædisk kirurgi*. 8. utg. København: FADL'S forlag.

St.meld. nr. 21 (1998-1999). *Ansvar og meistring*.

St.mld. nr. 47 (2008-2009). *Samhandlingsreformen: rett behandling - på rett sted - til rett tid*.

St.prp. nr. 1 (2007-2008). *kap. 9 Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering 2008–2011*.

Syse, A. og Pham, D.Q. (2014) Befolkningsframskrivinger 2014-2100: Dødelighet og levealder. *Økonomiske analyser 4/2014* [Internett]. Tilgjengelig fra: <https://www.ssb.no/befolkning/artikler-og-publikasjoner/_attachment/194976?_ts=1483a29e810> [Lest 25. august 2016].

Søgaard, A.J., Holvik, K., Meyer, H.E., Tell, G.S., Gjesdal, C.G., Emaus, N., Grimnes, G., Schei, B., Forsmo, S. og Omsland, T. (2016) Continued decline in hip fracture incidence in Norway: a NOREPOS study. *Osteoporosis International*, 27 (7), s. 2217-2222.

Taraldsen, K., Sletvold, O., Thingstad, P., Saltvedt, I., Granat, M.H., Lydersen, S. og Helbostad, J.L. (2014) Physical behavior and function early after hip fracture surgery in patients receiving comprehensive geriatric care or orthopedic care: a randomized controlled trial. *The journals of gerontology. Series A, Biological sciences and medical sciences*, 69 (3), s. 338-345.

Tarazona-Santabalbina, F.J., Belenguer-Varea, Á., Rovira Daudi, E., Salcedo Mahiques, E., Cuesta Peredó, D., Doménech-Pascual, J.R., Gac Espínola, H. og Avellana Zaragoza, J.A.

(2015) Severity of cognitive impairment as a prognostic factor for mortality and functional recovery of geriatric patients with hip fracture. *Geriatrics & Gerontology International*, 15 (3), s. 289-295.

Taylor, N.F., Barelli, C. og Harding, K.E. (2010) Community ambulation before and after hip fracture: a qualitative analysis. *Disabil Rehabil*, 32 (15), s. 1281-1290.

Thagaard, T. (2013) *Systematikk og innlevelse: en innføring i kvalitativ metoder*. 4. utg. Bergen: Fagbokforlaget.

Thommesen, H. (2010a) Rehabilitering som politikk, virksomhet og studiefelt : en introduksjon. I: Thommesen, H. red. *Rehabilitering som politikk, virksomhet og studiefelt*. Oslo: Gyldendal akademisk, s. 15-29.

Thommesen, H. (2010b) Rehabiliteringspolitikk. I: Thommesen, H. red. *Rehabilitering som politikk, virksomhet og studiefelt*. Oslo: Gyldendal Akademisk, s. 31-53.

Thornquist, E. (2003) *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori: for helsefag*. Bergen: Fagbokforlaget.

Thornquist, E. (2009) *Kommunikasjon: Teoretiske perspektiver på praksis i helsetjenesten*. 2. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Thornquist, E. (2012) *Movement and interaction: The Sherborne approach and documentation*. Oslo: Universitetsforlaget.

Toussaint, P.J., Brattheim, B.J., Osmundsen, T., Melby, L. og Hellesø, R. (2016) *Samhandling med IKT (SIKT) 229623: Sluttrapport til Forskningsrådet* [Internett]. Sluttrapport EVASAM Januar 2016. Trondheim: Forskningsrådet. Tilgjengelig fra: <<http://www.forskningsradet.no/prognett-evasam/Forside/1253972204829>> [Lest 29. juli 2016].

Tuntland, H., Aaslund, M., Espehaug, B., Førland, O. og Kjekken, I. (2015) Reablement in community-dwelling older adults: a randomised controlled trial. *BMC geriatrics*, 15, s. 145-155.

Vestergaard, P., Rejnmark, L. og Mosekilde, L. (2007) Increased mortality in patients with a hip fracture-effect of pre-morbid conditions and post-fracture complications. *Osteoporosis International*, 18 (12), s. 1583-1593.

Visschedijk, J., Achterberg, W., Van Balen, R. og Hertogh, C. (2010) Fear of falling after hip fracture: a systematic review of measurement instruments, prevalence, interventions, and related factors. *Journal of the American Geriatrics Society*, 58 (9), s. 1739-1748.

Wogn-Henriksen, K. (2008) Kommunikasjon. I: Rokstad, A.M.M. og Smebye, K.L. red. *Personer med demens: Møte og samhandling*. Oslo: Akribes, s. 87-113.

Zidén, L., Scherman, M.H. og Wenestam, C.-G. (2010) The break remains: elderly people's experiences of a hip fracture 1 year after discharge. *Disabil Rehabil*, 32 (2), s. 103-113.

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Harald Hårfagres gate 2
N-5007 Bergen
Norway
Tel: +47-55 58 21 17
Fax: +47-55 58 96 50
nsd@nsd.uib.no
www.nsd.uib.no
Org.nr. 985 321 884

Graziella Van den Bergh
Institutt for ergoterapi, fysioterapi og radiografi Høgskolen i Bergen
Postboks 7030
5009 BERGEN

Vår dato: 17.11.2015

Vår ref: 45356 / 3 / MHM

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 26.10.2015. All nødvendig informasjon om prosjektet forelå i sin helhet 16.11.2015. Meldingen gjelder prosjektet:

45356	<i>Fysioterapeuters erfaring knyttet til behandlingsforløpet til pasienter med hoftebrudd</i>
<i>Behandlingsansvarlig</i>	<i>Høgskolen i Bergen, ved institusjonens øverste leder</i>
<i>Daglig ansvarlig</i>	<i>Graziella Van den Bergh</i>
<i>Student</i>	<i>Ingrid Hjøhlmann Reed</i>

Personvernombudet har vurdert prosjektet og finner at behandlingen av personopplysninger er meldepliktig i henhold til personopplysningsloven § 31. Behandlingen tilfredsstiller kravene i personopplysningsloven.

Personvernombudets vurdering forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, ombudets kommentarer samt personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, <http://www.nsd.uib.no/personvern/meldeplikt/skjema.html>. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://pvo.nsd.no/prosjekt>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 31.12.2016, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Katrine Utaaker Segadal

Marianne Høgetveit Myhren

Kontaktperson: Marianne Høgetveit Myhren tlf: 55 58 25 29

Dokumentet er elektronisk produsert og godkjent ved NSDs rutiner for elektronisk godkjenning.

Avdelingskontorer / District Offices

OSLO: NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11. nsd@uio.no
TRONDHEIM: NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 59 19 07. kyrre.svarva@svt.ntnu.no
TROMSØ: NSD, SVF, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36. nsdmaa@svt.uio.no

Personvernombudet for forskning



Prosjektvurdering - Kommentar

Prosjektnr: 45356

I meldeskjema var det meldt inn flere bacheloroppgaver, men disse vil meldes inn for seg. Denne tilbakemeldingen gjelder derfor kun masteroppgaveprosjektet jf. telefonsamtale med veileder Graziella Van den Bergh 16.11.2015.

Formålet med masteroppgaven er å få økt innsikt i fysioterapeuters erfaring knyttet til behandling av pasienter med hoftebrudd. Utvalget består av fysioterapeuter. Data samles inn ved lydopptak av intervju.

Utvalget informeres skriftlig og muntlig om prosjektet og samtykker til deltakelse. Informasjonsskrivet er godt utformet, men det må oppgis en dato for når det forventes at resultatene vil være publisert og opplysningene kan anonymiseres.

Personvernombudet legger til grunn at student og veileder etterfølger Høgskolen i Bergen sine interne rutiner for datasikkerhet. Dersom personopplysninger skal lagres på privat pc /mobile enheter, bør opplysningene krypteres tilstrekkelig.

Forventet prosjektslutt er 31.12.2016. Ifølge prosjektmeldingen skal innsamlede opplysninger da oppbevares med personopplysninger i påvente av publisering. Etter en eventuell publisering vil datamaterialet anonymiseres. Anonymisering innebærer å bearbeide datamaterialet slik at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes. Det gjøres ved å:

- slette direkte personopplysninger (som navn/koblingsnøkkel)
- slette/omskrive indirekte personopplysninger (identifiserende sammenstilling av bakgrunnsopplysninger som f.eks. bosted/arbeidssted, alder og kjønn)
- slette digitale lyd-/bilde- og videoopptak

Førespurnad om deltaking i forskingsprosjektet

" Fysioterapeutars erfaringar knytt til rehabiliteringsforløpet til pasientar med hoftebrot "

Bakgrunn og føremål

Dette prosjektet er ein mastergradsstudie som gjennomførast ved Høgskulen i Bergen. Føremålet med studien er å få auka innsikt i fysioterapeutar sine erfaring knytt til behandlinga av pasientar med hoftebrot. Ein håpar at dette vil kunne gje ei auka forståing av behandlingsforløpet som denne pasientgruppa gjennomgår samt gje innsikt i begrensingar og moglegheiter som vert opplevd på ulike tidspunkt i forløpet og i ulike ledd av fysioterapi- og helsetenesta. Problemstillinga for studien er: Korleis erfarer fysioterapeutar behandling- og rehabiliteringsforløpet til pasientar med hoftebrot?

For å belyse problemstillinga ynskjer ein å intervjuje fastlønte fysioterapeutar i kommunehelsetenesta og fysioterapeutar som jobbar i spesialisthelsetenesta. Ein ynskjer at informantane har minimum 3 års erfaring i å jobbe ved sjukehus eller i primærhelsetenesta. Det er med bakgrunn i dette at du vert førespurt om å delta i denne studien.

Kva inneber deltaking i studien?

Innsamling av materialet vil skje gjennom individuelle og/eller gruppeintervjuje. Dersom du ynskjer å delta i studien vil du derfor delta i eit individuelt- eller gruppeintervju. Kva type intervju er avhengig av kor mange aktuelle informantar det er ved din arbeidsstad. Spørsmåla under intervjuja vil ta utgangspunkt i din bakgrunn i behandling av pasientar med hoftebrot samt dine erfaringar knytt opp mot behandlinga og behandlingsforløpet til denne pasientgruppa. Intervjuja vil truleg vare i 1-1½ time og vil gå føre seg ved din arbeidsstad eller der det måtte passe deg. Intervjuja vil bli tatt opp på lydopptak. Det vil også bli tatt notatar undervegs- og etter intervjuja.

Kva skjer med informasjonen om deg?

Alle personopplysningar vil bli behandla konfidensielt. Det vil berre vere studenten og rettleiar som har tilgang til personopplysningar. Etter intervjuja vil alle deltakare bli tildelt pseudonym som vil bli brukt i den vidare behandlinga av materialet. Personopplysningar og kodeliste som kan føre pseudonyma tilbake til deltakar vil bli oppbevart på Høgskulen i Bergen sin forskingsserver for å sikre konfidensialitet. Lyd- og tekstfiler vil bli kryptert og beskytta med passord.

I publikasjonen av studien skal du som deltakar ikkje kunne bli identifisert. Informasjon om kva kommune/sjukehus du jobbar i vil mellom anna vere anonymt. Kravet om at du ikkje skal kunne identifiserast vil vere styrande for kva type informasjon som kjem med i publikasjonen, og skal sikre at du vert anonymisert.

Prosjektet skal etter planen avsluttast 30.05.16. Etter dette vil det bli diskutert om materialet frå denne studien skal samanfattast med materiale frå andre forskarar/bachelorstudiar ved Høgskulen i Bergen og saman brukast i ein artikkel. Av den grunn vil personopplysningar bli lagra i Høgskulen i Bergen sin forskingsserver til dette er avgjort og ein eventuelt er ferdig med publisering. Berre to forskarar/tilsette

ved Høgskulen i Bergen (retteiar for ergoterapi- og fysioterapiprosjekter i den eventuelle publikasjonen) vil i dette arbeidet ha tilgang til personopplysningar. Dersom det vert avgjort at ein skal publisere er det forventa at resultata vil vere publisert 14.07.17. Etter dette vil personopplysningar og identifiserande opptak/materiale bli sletta.

Frivillig deltaking

Det er frivillig å delta i studien, og du kan når som helst trekke ditt samtykke utan å gje nokon grunn. Dersom du trekker deg, vil alle opplysningar om deg bli anonymisert/sletta.

Dersom du ynskjer å delta eller har spørsmål til studien, ta kontakt med Ingrid Hjohlman Reed (student) Mobil: 91801369 eller Graziella Van den Bergh (vegleiar) Mobil: 47243366.

Studien er meldt til Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS.

Samtykke til deltaking i studien

Eg har mottatt informasjon om studien, og er villig til å delta

(Signert av prosjektdeltakar, dato)

Intervjuguide individuelle intervju sjukehus

Fortelje litt om min bakgrunn, om masteroppgåva. Korleis tenkt å gjennomføre intervjuet. Kvifor bruk av lydopptakar? Mi teieplikt.

Forklare at han/ho gjerne og fortløpande kan kome med eksempel frå praksis.

Samtykke. Spørsmål før vi begynner?

Start:

Kor lenge har du jobba som fysioterapeut?

Kor lenge har du jobba ved denne arbeidsplassen?

Kor mykje erfaring har du med pasientgruppa?

Tal fysioterapistillingar på sjukehuset og i avdelinga?

Arbeidsoppgåvene til fysioterapeutane?

Kven jobbar med denne pasientgruppa?

Dine arbeidsoppgåver?

- **Korleis erfarer du behandlingstilbodet til pasientar med hoftebrot?**

Prioritering av pasientane

Kva er styrande for prioriteringa?

- **Behandling/Rehabiliteringsforløp**

Eit typisk pasientforløp frå dei kjem til dei vert utskrivne

Eit forløp du opplevde gjekk bra, kva bidrog til det

Eit du opplevde som utfordrande, kva bidrog til det

Mål for behandlinga

Kva er bestammande for når dei skal utskrivast?

- **Kva ser du på som viktig å få gjort i behandlinga til pasientar med hoftebrot?**

Utfordringar

- **Utfordringar og moglegheiter i behandlinga/rehabiliteringa til pasientar med hoftebrot**

Eksempel på utfordringar i behandlinga/rehabiliteringa av denne pasientgruppa

Eksempel på moglegheiter i behandlingssituasjonen eller behandlinga/rehabiliteringa

- **Andre yrkesgrupper si rolle**

Korleis erfarer du samarbeidet?

Betydinga av samarbeidet

Utfordringar kring samarbeidet

- **Korleis erfarer du overgangen til kommunehelsetenesta for denne pasientgruppa?**

Samarbeidet

Kommunikasjon

Hindringar

- **Har du gjort deg tankar/erfaringar om betydinga av fysioterapi til denne pasientgruppa?**

Kva trur du eventuelt skal til for at behandlinga og behandlings/rehabiliteringsforløpet skal bli betre?

- **Er det noko anna du vil tilføre?**

Kan eg kontakte deg på nytt dersom det viser seg at det er ting i intervjuet eg ynskjer å utdjupe?

Intervjuguide individuelle intervju kommunehelseteneste

Fortelje litt om min bakgrunn, om masteroppgåva. Korleis tenkt å gjennomføre intervjuet. Kvifor bruk av lydopptakar? Min teieplikt.

Forklare at han/ho gjerne og fortløpande kan kome med eksemplar frå eiga praksis.

Samtykke. Spørsmål før vi begynner?

Start:

Kor lenge har du jobba som fysioterapeut?

Kor lenge har du jobba ved denne arbeidsplassen?

Kor mykje erfaring har du med pasientgruppa?

Tal fysioterapistillingar i kommunen?

Arbeidsoppgåvene kommunale fysioterapeutane?

Kven jobbar med denne pasientgruppa?

Dine arbeidsoppgåver?

- **Korleis erfarer du behandlingstilbodet til pasientar med hoftebrot?**

Rett etter utskrivning frå sjukehus/etter kvart i forløpet

Prioritering av pasientane- kva er styrande for prioriteringa?

Nokon som ikkje får?

- **Rehabiliteringsforløp**

Eit typisk pasientforløp frå dei kjem til ein avsluttar

Eit forløpet du opplevde gjekk bra, kva bidrog til det

Eit du opplevde som utfordrande, kva bidrog til det

Mål og måloppnåing

Når og korleis avsluttar ein behandlinga, kva er bestemmande for det?

- **Kva ser du på som viktig å få gjort i behandlinga til pasientar med hoftebrot?**

Utfordringar

Varighet

- **Utfordringar og moglegheiter i rehabiliteringa til pasientar med hoftebrot**

Eksempel på utfordringar i rehabiliteringa

Eksempel på moglegheiter i rehabiliteringa

- **Korleis erfarer du overgangen frå spesialisthelsetenesta for denne pasientgruppa?**

Samarbeidet

Kommunikasjonen

Gjennom rehabiliteringsforløpet

- **Korleis erfarer du samarbeidet med andre yrkesgrupper i rehabiliteringsforløpet til pasientgruppa?**

Viktige samarbeidspartar

Betydinga av samarbeidet

Utfordringar kring samarbeidet

- **Har du gjort deg tankar/erfaringar om betydinga av rehabilitering og fysioterapi til denne pasientgruppa?**

Korleis påverkar det utfallet?

Kva trur du eventuelt skal til for at rehabiliteringsforløpet skal bli betre?

- **Er det noko anna du vil tilføre?**

Kan eg kontakte deg på nytt dersom det viser seg at det er ting i intervjuet eg ynskjer å utdjupe?

Guide fokusgruppediskusjon sjukehus

Fortelje litt om min bakgrunn

Føremålet med studien

Gruppediskusjon samtale og diskutere med kvarandre (treng ikkje vente på at eg gir ordet).

Nyttig med konkrete eksempel

Mi rolle som moderator (tema/spørsmål, tid). Kvifor bruk av lydopptakar? Mi teieplikt

Samtykke. Spørsmål før vi begynner?

Start:

Presentasjon av informantane: namn, kor lenge har du jobba som fysioterapeut, kva er dine arbeidsoppgåver og kor mykje erfaring har du med pasientgruppa

Tal på fysioterapistillingar på sjukehus, på aktuell avdeling, kor mange jobbar med denne pasientgruppa?

- **Kan de fortelje om gangen og rutinar i eit behandling/rehabiliteringsforløp frå pasientar med hoftebrot kjem til dei vert utskrivne?**
- **Korleis opplever de moglegheita til å gje fysioterapi til pasientgruppa medan dei er her?**
- **Kan de fortelje om eksempel på forløp de opplevde gjekk bra, kva bidrog til det?**
- **Kan de fortelje om eksempel på forløp eller behandlingssituasjonar de har opplevd som utfordrande, kva bidrog til det?**

Oppfølgingsspørsmål:

Kva avdeling

Tilvising

Varighet

Kva er bestemmande for utskrivning

Prioritering

Overgang kommunehelsetenesta

Kapasitet

Samarbeid tverrfagleg, pårørande, tverrsektorielt

Er det noko anna de ynskjer å tilføre?

Kan eg kontakte dykk på nytt dersom det viser seg at det er ting eg ynskjer å utdjupe?

Guide fokusgruppediskusjon kommunehelseteneste

Fortelje litt om min bakgrunn

Føremålet med studien

Gruppediskusjon samtale og diskutere med kvarandre (treng ikkje vente på at eg gir ordet).

Nyttig med konkrete eksempel

Mi rolle som moderator (tema/spørsmål, tid). Kvifor bruk av lydopptakar? Mi teieplikt.

Samtykke. Spørsmål før vi begynner?

Start:

Presentasjon av informantane: namn, kor lenge har du jobba som fysioterapeut, kva er dine arbeidsoppgåver og kor mykje erfaring har du med pasientgruppa

Tal fysioterapistillingar i kommunen, kor mange jobbar med denne pasientgruppa?

- **Kan de fortelje om gangen og rutinar i eit rehabiliteringsforløp frå pasientar med hoftebrot kjem til ein avsluttar fysioterapi?**
- **Korleis opplever de moglegheita til å gje fysioterapi til pasientgruppa?**
- **Kan de fortelje om eksempel på forløp de opplevde gjekk bra, kva bidrog til det?**
- **Kan de fortelje om eksempel på forløp eller behandlingssituasjonar de har opplevde som utfordrande, kva bidrog til det?**

Oppfølgingsspørsmål

Overgang frå spesialisthelsetenesta

Kvar (kortidsplass, rehabplass, langtidsavdeleling, heimebehandling, poliklinisk)

Behandlinga (kor mykje, kva)

Prioritering

Samarbeid (pårørande, tverrfagleg, tverrsektorielt)

Tid/ kapasitet/ressursar

Varighet

Kva er bestemmande for når ein avsluttar?

Er det noko anna de ynskjer å tilføre

Kan eg kontakte dykk på nytt dersom det viser seg at det er ting eg ynskjer å utdjupe?