



Høgskulen på Vestlandet

BER331 - Bacheloroppgave

BER331

Predefinert informasjon

Startdato:	07-02-2019 09:00	Termin:	2019 VÅR
Sluttdato:	29-05-2019 14:00	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F)
Eksamensform:	Bacheloroppgave	Studiepoeng:	20
SIS-kode:	203 BER331 1 HMH 2019 VÅR		
Intern sensor:	(Anonymisert)		

Deltaker

Kandidatnr.: 327

Informasjon fra deltaker

Antall ord *: 11662

Egenerklæring *: Ja

**Inneholder besvarelsen
konfidensiell materiale?:** Nei

**Jeg bekrefter at jeg har
registrert oppgavetittelen
på norsk og engelsk i
StudentWeb og vet at
denne vil stå på
vitnemålet mitt *:** Ja

Gruppe

Gruppenavn: (Anonymisert)

Gruppenummer: 1

**Andre medlemmer i
gruppen:** 333, 340

Jeg godkjenner avtalen om publisering av bacheloroppgaven min *

Ja

Er bacheloroppgaven skrevet som del av et større forskningsprosjekt ved HVL? *

Nei

Er bacheloroppgaven skrevet ved bedrift/virksomhet i næringsliv eller offentlig sektor? *

Nei



Høgskulen
på Vestlandet

BACHELOROPPGÅVE BER331

Kvardagsrehabiliteringsteamet sine erfaringar med å arbeide i
tverrfaglege team

The reablement teams' experiences working in multidisciplinary
team

Kandidatnummer: 327, 333 & 340

Ergoterapiutdanninga

Fakultet for helse- og sosialvitenskap / Institutt for helse og funksjon

Rettleiar: Kari Margrete Hjelle

Innleveringsdato: 29.05.2019

Forord

I arbeidet med bacheloroppgåva har vi sett på ulike delar av kvardagsrehabilitering med fokus på erfaringar det tverrfaglege teamet har. Arbeidsprosessen har vore spennande og utfordrande, både med tanke på oppgåva sitt omfang og temaet vi har vald, men òg samarbeidet oss imellom. Vi har lært mykje av kvarandre, og samarbeidet har fungert godt. Til tross for ekstra arbeid for to av oss, da éin av oss har bokmål som hovudmål.

Vi ynskjer å takke vår rettleiar, Kari Margrete Hjelle, for god hjelp gjennom heile prosessen. Ho har hjelpe oss når vi har stått fast, og kome med gode råd og tilbakemeldingar på vegen.

Abstract

Title: The reablement team's experiences of working in multidisciplinary team

Aim: To investigate updated research about the experiences from reablement teams in Norway and see what they think of their multidisciplinary collaboration working experiences

Research question: What does Norwegian research say about experiences from a multidisciplinary team in reablement?

Methodical approach: A summarize of qualitative studies where we investigate the experiences from participants from reablement teams in Norway. The material we use is collected through systematic search in databases PubMed and Oria. We also searched in AMED and CINAHL. The results were analysed in the application EBPsteps.

Result: Open and trustful communication between the participants, clear lines between the leaders and the other participants, the user in focus and a structured intervention is positive for the multidisciplinary collaboration in reablement.

Conclusion: Based on this literature review, the results show us that the experiences from the reablement teams are positive, but there is need of more research on the theme for a clearer view on what is needed for a better intervention.

Key words: reablement, multidisciplinary team, interdisciplinary team, experience, community healthcare, collaboration.

Innholdsliste

1.0 Innleiing	1
1.1 <i>Bakgrunn for val av tema</i>	1
1.2 <i>Problemstilling</i>	2
1.3 <i>Formål og avgrensing</i>	2
1.4 <i>Disposisjon</i>	3
2.0 Teori	4
2.1 <i>Kunnskapsgrunnlaget i ergoterapi</i>	4
2.2 <i>Paradigme</i>	4
2.3 <i>Begrepsmodellar for praksis</i>	4
2.3.1 <i>Canadian Model of Occupational Performance & Engagement (CMOP-E)</i>	5
2.4 <i>Relatert viten</i>	6
2.4.1 Rehabilitering	6
2.4.2 Kvardagsrehabilitering	7
2.4.3 Tverrfagleg samarbeid	9
2.4.4 Brukarmedverknad	9
3.0 Metode	11
3.1 <i>Kunnskapsbasert praksis</i>	11
3.2 <i>Spørsmålsformulering og design</i>	12
3.3 <i>Inklusjons- og eksklusjonskriterie</i>	13
3.4 <i>Litteratursøk</i>	14
3.5 <i>Val av litteratur</i>	17
3.6 <i>Vurdering av inkluderte artiklar</i>	19
3.7 <i>Etiske vurderingar</i>	19
4.0 Resultat	21
4.1 <i>Oppsummering av likheiter og ulikheiter</i>	27
4.1.1 Tverrfagleg samarbeid og profesjonelle roller	27
4.1.2 Målsetting og brukarmedverknad	30
4.1.3 Motivasjon hos brukarane og deltakarane i temaet	31
5.0 Diskusjon	33
5.1 <i>Tverrfagleg samarbeid og roller</i>	33
5.2 <i>Målsetting og brukarmedverknad</i>	36
5.3 <i>Motivasjon hos brukarane og deltakarane i teamet</i>	37
5.4 <i>Metodediskusjon</i>	38
6.0 Implikasjonar for praksis	41
7.0 Avslutning	43
Referansar	46
Vedlegg	52

Oversikt over figurar og tabellar

Figur 1: Kunnskapsgrunnlaget i ergoterapi

Figur 2: Canadian Model of Occupational Performance and Engagement (CMOP-E)

Figur 3: Rehabiliteringspyramiden

Figur 4: Kunnskapsbasert praksis

Figur 5: Trinna for kunnskapsbasert praksis

Figur 6: Kunnskapspyramiden

Figur 7: Flytdiagram for litteraturutvelging

Tabell 1: PICO-skjema

Tabell 2: Søkeshistorikk med database, søkeord og antal treff

Tabell 3: Oversikt over artikkel 1

Tabell 4: Oversikt over artikkel 2

Tabell 5: Oversikt over artikkel 3

1.0 Innleiing

1.1 Bakgrunn for val av tema

I dei komande åra står Noreg ovanfor store demografiske utfordringar på grunn av eit aukande antal eldre. I 1950 var det berre 8% av befolkninga som var over 67 år, medan det i 2050 er forventa å auke til 23% (Statistisk sentralbyrå, 2018, s. 3). Med auka levealder, aukar også sannsynet for helseutfordringar relatert til aldring (helse- og omsorgsdepartementet, 2018, s. 31). På grunn av det aukande antalet eldre i dei komande åra, vil behovet for at eldre skal kunne bu heime lenger auke, samtidig som dei skal ha eit meningsfullt liv og å vere sjølvstendig (helse- og omsorgsdepartementet, 2018, s. 20-21).

I følgje helse- og omsorgstjenesteloven (2011, §3-2) har kommunane ansvar å tilby helsetenester i heimen. Dette inneber at kommunen må sørge for at personar som oppheld seg i kommunen får tilbod om nødvendig helse- og omsorgstenester. Dette omfattar blant anna personar med sosiale problem eller nedsett funksjonsevne (helse- og omsorgstjenesteloven, 2011, §3-1).

For å møte desse behova er kvardagsrehabilitering ei teneste som blir tilbydd i fleire kommunar i Noreg (Hartviksen, 2017, s. 22). Kvardagsrehabilitering blir sett på som ei generell rehabiliteringsform, og kan vere aktuell for alle heimebuande personar som opplev utfordringar med å delta i sine kvardagsaktivitetar på grunn av begynnande, eller aukande funksjonsfall (Tuntland & Ness, 2014, s. 27-30). Målet med kvardagsrehabilitering er ikkje at alle personar skal få erstatta pleie og omsorg med opptrening, men at aktuelle personar skal få tilbodet i tillegg til tenester etter behov (Ness, 2014, s. 120).

Tverrfagleg samarbeid er eit av dei viktigaste kjenneteikna på kvardagsrehabilitering, og tenesta er avhengig av eit godt samarbeid mellom ulike profesjonar (Tuntland & Ness, 2014, s. 30). Tenesta set fokus på korleis ein skal samarbeide og bruke sin profesjonskompetanse for å tilby brukarane eit godt behandlingstilbod, basert på kartlegging og individuelle planar (Tuntland & Ness, 2014, s. 30).

Ergoterapeutar har ei viktig rolle no og i framtida si kommunehelseteneste, då ergoterapeuten ser ressursar hos brukaren og legg til rette for meningsfull aktivitet og deltaking (Jepsen & Larsen, 2013, s. 368-369). Frå 2020 vil det vere pålagt for alle kommunar å ha ergoterapi som eit tilbod (endringslov til helselovgivningen, 2018, §3-1). Det er presisert i Stortingsmelding 15 at ergoterapeutar skal tilby tenester som kan gjere kvardagen lettare å meistre, til tross for sjukdom og funksjonsnedsettingar hos ulike brukarar (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017, s. 20-21).

1.2 Problemstilling

I løpet av studietida har to av oss fått erfaringar frå praksis i kvardagsrehabiliteringsteam. Dette har skapt interesse for temaet, og på bakgrunn av dette ynskjer vi meir kunnskap om kva erfaringar kvardagsrehabiliteringsteamet har med tverrfagleg samarbeid.

Med grunnlag i dette har vi kome fram til følgjande problemstilling:

“Kva seier norsk forskning om erfaringar med tverrfagleg samarbeid innan kvardagsrehabilitering?”

1.3 Formål og avgrensing

Ergoterapeutar blir beskrive som nøkkelpersonar innan kvardagsrehabilitering, og har som oppgåve å leie og koordinere tenesta. I tillegg skal dei rettleie brukar, heimetenesta og pårørande. Sjølv om ergoterapeuten er ein viktig del av eit kvardagsrehabiliteringsteam, kan ikkje éi yrkesgruppe drive kvardagsrehabilitering aleine. Tverrfagleg samarbeid er derfor eit av dei viktigaste kjenneteikna på kvardagsrehabilitering (Tuntland & Ness, 2014, s. 30).

Formålet med denne bacheloroppgåva er å oppsummere norsk kvalitativ forskning på kva erfaringar kvardagsrehabiliteringsteam har med tverrfagleg samarbeid. Vi ynskjer å samle forskning som er blitt publisert for å få meir kunnskap om problemstillinga. Vi vil oppsummere erfaringane til teamet, og korleis samarbeidet i eit tverrfagleg team fungerer mellom

helsepersonellet som er involvert i tenesta. Ved å undersøke dette vil vi få kunnskap om korleis det er å jobbe i eit tverrfagleg team innan kvardagsrehabilitering, kva utfordringar ein kan møte og korleis ein kan løyse desse.

For å avgrense oppgåva har vi valt å ta for oss norsk helsepersonell sine erfaringar, og ekskludert brukarerfaringar og pårørande sine erfaringar. Ved å fokusere på det tverrfaglege teamet får vi innsyn i korleis dei opplever samarbeidet. Kvardagsrehabilitering blir praktisert i fleire land, men vi har prioritert å fokusere på norsk forskning slik at intervensjonen i studia gjennomførast likt, samt for å avgrense oppgåva.

1.4 Disposisjon

Oppgåva består av 6 kapittel; innleiing, teori, metode, resultat, diskusjon og avslutning. I kapittel 2 blir teoridelen presentert i form av kunnskapsgrunnlaget i ergoterapi. Her gjer vi greie for begrepsmodellen Canadian Model of Occupational Performance and Engagement (CMOP-E), og det tilhøyrande kartleggingsreiskapet Canadian Occupational Performance Measure (COPM). Vidare blir relatert viten som rehabilitering, kvardagsrehabilitering, tverrfagleg samarbeid og brukarmedverknad presentert.

Kapittel 3 inneheld metode, kunnskapsbasert praksis, søkeprosessen, vurdering av inkluderte artiklar og etiske vurderingar. I kapittel 4 oppsummerer vi resultatata frå artiklane under tre punkt; tverrfagleg samarbeid og profesjonelle roller; målsetting og brukarmedverknad, og; motivasjon hos brukarane og deltakarane i teamet. I kapittel 5 diskuterer vi teori opp mot resultatata i artiklane, samt metode og implikasjonar for praksis. Avslutningsvis i kapittel 6 oppsummerer vi oppgåva.

2.0 Teori

2.1 Kunnskapsgrunnlaget i ergoterapi

Eit kunnskapsgrunnlag er kunnskap som ligg til grunn for fagleg identitet.

Kunnskapsgrunnlaget i ergoterapi blir referert til som paradigme, begrepsmodellar og relatert viten (figur 1) (Kielhofner, 2010, s. 22).



Figur 1: Kunnskapsgrunnlaget i ergoterapi. Frå *Conceptual foundations of Occupational Therapy* (s. 10), av G. Kielhofner, 2009, Pennsylvania: F.A. Davis Company.

2.2 Paradigme

Paradigme i ergoterapi er å leggje til rette for aktivitet og deltaking for alle menneske. Dette inneheld ei felles oppleving for ergoterapeutar, og samankopling av verdiar som underbygger dei ergoterapeutiske vala (Kielhofner, 2010, s. 22). Paradigme fokuserer på at aktivitetsutføring er ein konsekvens av samspelet mellom person, aktivitet og omgjevnader (Kielhofner, 2010, s. 60).

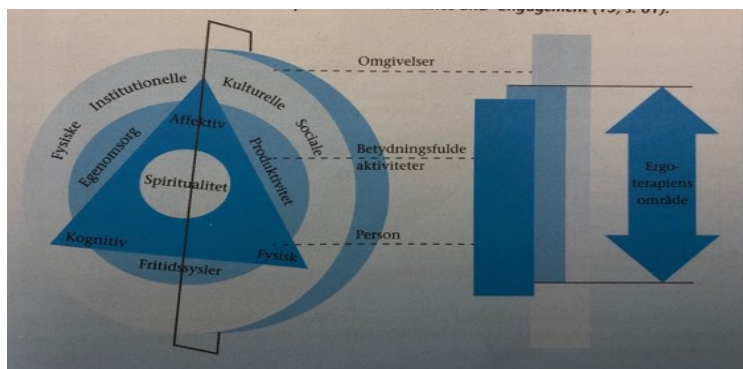
2.3 Begrepsmodellar for praksis

Begrepsmodellar for praksis skal gje ergoterapeutar kunnskap om yrkesutøving. Dei består av teori, forskning og andre praksisressursar, og handlar om korleis ein skal forstå brukarane og deira utfordringar i kvardagslivet. Ved bruk av begrepsmodellar kan ergoterapeuten sjå brukaren sine behov, og vidare utvikle ein tilpassa intervensjon (Kielhofner, 2010, s. 25-26).

2.3.1 Canadian Model of Occupational Performance & Engagement (CMOP-E)

Canadian Model of Occupational Performance and Engagement (figur 2) har som formål å beskrive karakteristika ved ein person sine betydningsfulle aktivitetar, der personen sjølv angir aktiviteten sitt formål, samt korleis den fungerer i kvardagslivet. CMOP-E ser på kva element som inngår i aktivitetsutøvinga, og engasjement for å utføre aktivitet (Bendixen & Madsen, 2013, s. 145).

Eit viktig aspekt i CMOP-E er brukarmedverknad, der brukaren blir ein likeverdig part i bestemmingar som inngår i intervensjonen. Her ser ein på brukaren sine interesser, behov, motivasjon og forventingar til intervensjon for å kunne mogleggjere deltaking i meningsfulle aktivitetar. Ved å inkludere brukaren i undersøking, målsetting, intervensjonsplan og evaluering vil det ha ei betydning for brukaren sin motivasjon, og aukar potensialet for forandring i kvardagslivet. I tillegg vil det gje ei oppleving av meistring og empowerment som vil sei at brukaren tar kontroll over eiga helse (Bendixen & Madsen, 2013, s. 145-146; Stewart, referert i Christiansen, Baum & Bass, 2015, s. 634).



Figur 2: Canadian Model of Occupational Performance and -Engagement. Frå Basisbog i ergoterapi (s. 145), av Å. Brandt, A. J. Madsen & H. Peoples, 2013, København: Munksgaard.

2.3.1.1 Canadian Occupational Performance Measure (COPM)

Eit kartleggingsverktøy for å sikre brukarmedverknad er COPM (Tuntland, 2014, s. 94). Tuntland (2014, s. 94) skriv at innanfor kvardagsrehabilitering i Noreg er COPM det mest brukte vurderingsreiskapet for funksjonsvurdering og for å utarbeide mål. Vidare framhevar Tuntland (2014, s. 94) at reiskapen står i ei særstilling med følgjande sitat: "det er eit

pasientspesifikt instrument som både brukast til å sette mål og til å evaluere endring i funksjonsnivå”. COPM er utforma som eit intervju som byggjer på spørsmålet “kva er viktige aktivitetar i livet ditt no?”. Vurderinga av resultatata frå COPM skal danne grunnlaget for ergoterapeuten og brukaren sitt samarbeid med tanke på målsetting og vidare intervensjon (Bendixen & Madsen, 2013, s. 147).

2.4 Relatert viten

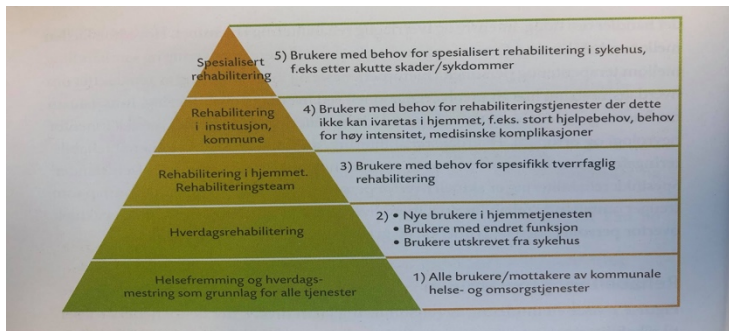
Relatert viten blir definert som kunnskap lånt frå andre fagfelt som kan vere relevant for praksis (Kielhofner, 2010, s. 26).

2.4.1 Rehabilitering

Tenestar innan habilitering og rehabilitering skal bidra til at pasient og brukar kan trene opp og halde ved like ferdigheiter og moglegheit til meistring (forskrift om habilitering og rehabilitering, 2011, §5). I følgje forskrifta om habilitering og rehabilitering (2011, §5) blir kommunane sitt ansvar for re-/habilitering definert som: “Kommunen skal planlegge sin habiliterings- og rehabiliteringsvirksomhet og ha en generell oversikt over behov for habilitering og rehabilitering i kommunen. Tjenester som inngår i kommunens helse- og omsorgstjenestetilbud, skal integreres i et samlet tverrfaglig re-/habiliteringstilbud” (2011, §5). Formålet med tenesta er presisert i forskrifta på følgjande måte:

Formålet er at den enkelte pasient og bruker, som har eller står i fare for å få begrensninger i sin fysiske, psykiske, kognitive eller sosiale funksjonsevne, skal gis mulighet til å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltagelse i utdanning og arbeidsliv, sosialt og i samfunnet. (Forskrift om habilitering og rehabilitering, 2011, §3).

Rehabilitering delast inn i ulike nivå for å kunne vere tilpassa ulike behov, og desse blir presentert i rehabiliteringspyramiden (figur 3). Nivå 2 er kvardagsrehabilitering, som er eit tilbod som blir gitt til nye brukarar av heimetenesta og til personar med endra funksjon (Tuntland & Ness, 2014, s. 28).



Figur 3: Rehabiliteringspyramiden. Frå Hverdagsrehabilitering (s. 28), av H. Tuntland & N. E. Ness, 2014, Oslo: Gyldendal Akademisk.

2.4.2 Kvardagsrehabilitering

Kvardagsrehabilitering er ei ressursøkende arbeidsform som legg vekt på personen si helse og ressursar, framfor sjukdom og avgrensingar (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013, s. 86). I kvardagsrehabilitering spør ein om kva for nokre aktivitetar som er viktige i kvardagslivet til brukaren. Dette er i motsetnad til tidlegare, då helsepersonellet var opptekne av kva brukaren trong hjelp til. Det inneber ei endring av fokus frå kompensasjon og hjelp, til ressursorientering og helsefremjing (Tuntland & Ness, 2014, s. 24).

Kvardagsrehabilitering blir sett på som ei generell rehabiliteringsform og kan vere aktuell for alle heimebuande personar, som opplev utfordringar med å delta i sine kvardagsaktivitetar på grunn av begynnande eller aukande funksjonsfall. Sjølv om dette oftast gjeld eldre personar som har mista tidlegare ferdigheiter, blir det rådd i frå om å sette ei øvre og nedre aldersgrense for kven som får tilbodet om tenesta (Tuntland & Ness, 2014, s. 27-30).

I følgje Tuntland og Ness (2014, s. 26) er kvardagsrehabilitering ein tidleg, målretta og tidsavgrensa arbeidsform i personen sin heim eller nærmiljø. Det er brukaren sine meningsfulle kvardagsaktivitetar som står i fokus. I Noreg varierer lengda på intervensjonen frå kommune til kommune med varetid mellom 3 til 12 veker (Tuntland & Ness, 2014, s. 35). Kvardagsrehabiliteringsteamet består av ergoterapeutar, fysioterapeutar og tilsette i heimetenesta i kommunen. Organiseringa av tenesta følgjer organiseringsmodellen “rehabiliteringsteam som “motor” for kvardagsrehabilitering”. Den inneber at terapeutane

har ansvar for hovudoppgåvene, som er kartlegging, planlegging og oppfølging, medan dei andre tilsette i heimetenesta følgjer opp brukaren (Ness, 2014, s. 162). Regjeringa melde at dei vil fremje samlokalisering av tenestar for å fremje samhandling og samordning som kvardagsrehabilitering inneber (Helse- og omsorgsdepartementet, referert i Hartviksen & Sjølie, 2017, s. 39).

Kvardagsrehabiliteringsteamet samarbeider saman med brukar for å auke sjølvstende i daglege gjeremål. Dette skal auke moglegheita for at personen kan fortsette å bu heime, vere deltakande i eige liv, og delta aktivt i samfunnet. Arbeidsforma legg vekt på tankesettet om at personen sjølv styrer deltaking og kvardagsmeistring. På bakgrunn av dette vil personen sin eigeninnsats vere viktig for resultatet av intervensjonen (Tuntland & Ness, 2014, s. 26).

Nokre kvardagsrehabiliteringsteam har som krav at personar som får tilbodet må vere motivert til gjennomføring (Tuntland, 2014, s. 55). Uavhengig av om det er eit krav eller ikkje, kan ein likevel forvente at personen er motivert for å gjere ein innsats sjølv for å kunne få ein betre kvardag. Undervegs i prosessen har ergoterapeuten, annan helsepersonell og pårørande ei viktig rolle med å motivere pasienten til innsats og endring (Tuntland, 2014, s. 55).

For dei aller fleste som deltar i kvardagsrehabilitering, vil pårørande ha ei viktig rolle. Dei er ein heilt nødvendig ressurs, og ein føresetnad for ein vellykka intervensjon. For mange kan dei pårørande ha ei viktigare rolle enn fagpersonane (Haar & Fjetland, 2014, s. 146). Korleis dei pårørande blir involvert, kva rolle dei får og tar sjølv, vil ha ei betyding for brukaren (Haar & Fjetland, 2014, s. 146). I følgje Fürst og Høverstad, referert i Hartviksen og Sjølie (2017, s. 34) er informerte og motiverte brukarar og pårørande med på å styrke intervensjonen.

I ei forsking gjennomført av Hjelle, Alvsvåg & Førland (2016a, s. 5), viste resultatata at pårørande ynskja å gje kvardagsrehabiliteringsteamet informasjon, samt motta informasjon og bli involvert. Dei opplev at dei innehar informasjon om brukaren som kan ha positiv innverknad på intervensjonen, samtidig som dei kan vere ein ressurs for teamet ved å støtte

og motivere brukaren i trening og gjennomføring av aktivitetar i dagleglivet (ADL) (Hjelle et al., 2016a, s. 6).

2.4.3 Tverrfagleg samarbeid

Tverrfagleg samarbeid er eit av dei viktigaste kjenneteikna på kvardagsrehabilitering, og er avhengig av godt samarbeid mellom ulike profesjonar. Ness et al. referert i Hartviksen og Sjølie (2017, s. 32) viser til at tverrfagleg samarbeid inneber at ein utviklar felles verdigrunnlag, gjensidig forståing og respekt for kvarandre. Dette aukar moglegheita for eit koordinert, kontinuerlig og samanhengande tilbod til brukaren (Ness et al., referert i Hartviksen & Sjølie, 2017, s. 32).

For å møte brukaren sine ynskjer og bidra til at brukaren skal meistre meiningsfulle aktivitetar, kan profesjonane bidra på ulikt vis (Tuntland & Ness, 2014, s. 30).

Fysioterapeuten vil til dømes fokusere på brukaren sine fysiske utfordringar, medan ergoterapeuten vil leggje til rette for meistring av kvardagsaktivitetar. Sjukepleiaren si oppgåve inneber blant anna dei medisinske utfordringane. I tverrfagleg samarbeid kan dei ulike profesjonane nytte kunnskap frå fleire felt og kan dermed tilpasse intervensjonen til kvar enkelt brukar (Tuntland & Ness, 2014, s. 30).

2.4.4 Brukarmedverknad

I følgje pasient- og brukerrettighetsloven (1999, §3-1) har pasienten eller brukaren rett til medverknad ved gjennomføring av helse- og omsorgstenester. Pasienten eller brukar har rett til medverknad ved val mellom tilgjengelege og forsvarlege tenesteformer, og undersøkings- og behandlingsmetodar. Brukarmedverknad skal også tilpassast pasienten eller brukaren si evne til å gje og motta informasjon.

Kvardagsrehabilitering handlar om "å gjere saman med" brukar og la brukaren sine ynskjer og prioriteringar vere leiande for prosessen. Rehabiliteringa er eit målretta arbeid for at brukaren kan nå sine aktivitetsmål. Dette er annleis enn den tradisjonelle heimetenesta som handlar om "å gjere for" brukaren, der individuelle tenestetilbod ofte kan vere fråverande

(Tuntland & Ness, 2014, s. 32). I kvardagsrehabilitering arbeider ein for brukaren si kvardagsmeistring. Dette er eit førebyggjande, rehabiliterande og helsefremjande tankesett som legg vekt på den enkelte si meistring i kvardagen, uansett funksjonsnivå.

Kvardagsmeistring handlar om dei repeterande gjeremåla ein gjer i løpet av ein dag. Om ein brukar opplev at aktivitetane har ei meining i kvardagslivet, kan meistring av desse føre til auka motivasjon (Ness, 2016, s. 33). Det er forventa at alle fagutøvarar som jobbar innan kvardagsrehabilitering arbeider med dette fokuset (Tuntland & Ness, 2014, s. 28-29).

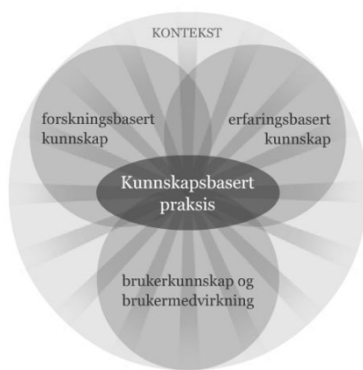
I følgje Tuntland og Ness (2014, s. 32) kan den sterke brukarinvolveringa vere den viktigaste grunnen til at kvardagsrehabilitering ofte lykkast. Dei hevdar at det truleg skuldast den innleiande samtalen, der det blir lagt vekt på brukaren sine eigne aktivitetsmål. Dialogen skal byggje på motivasjon framfor informasjon. Dette kan føre til at brukaren blir motivert til trening og livsstilsending, og gjer ein innsats for å oppnå resultat.

Empowerment er eit omgrep som har nær tilknytning til brukarmedverknad. Omgrepet "empowerment" blir definert som ein prosess som skal gjere folk i stand til å auke kontroll over eigen helsetilstand og til å betre eiga helse. Ut i frå sin eigen situasjon, har empowerment som strategi å gjere brukaren i stand til å definere sine eigne utfordringar og finne sine eigne løysingar i fellesskap med andre. Empowerment betyr å; gje makt eller autoritet til, gjere i stand til, og å tillate (Stewart, referert i Christiansen et al., 2015, s. 634). Empowerment handlar om at ein skal nytte personen sine styrker, ved å betre deira kunnskap og ferdigheiter (Duncan, referert i Christiansen et al., 2015, s. 635).

3.0 Metode

3.1 Kunnskapsbasert praksis

I følge ergoterapeuten sine yrkesetiske retningslinjer skal ergoterapeuten ivareta fagleg kvalitet og forsvarlegheit ved å blant anna “utøve kunnskapsbasert praksis som begrunnes ut fra brukerperspektiv, erfaringer og forskning” (Ergoterapeutene, 2017). Å jobbe kunnskapsbasert inneber at kliniske val skal takast på grunnlag av forskingsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap og brukarmedverknad og (sjå figur 4). Dette blir gjort for å styrke beslutningsgrunnlaget, og at ein er bevisst på kva kunnskap ein baserer sine handlingar på. Ved å gjere dette, forbetrar ein kvaliteten på tenestane som blir tilbydd (Nortvedt, Jamtvedt, Graverholt, Nordheim & Reinar, 2012, s. 20).



Figur 4: Figur som illustrerer kunnskapsbasert praksis. Frå “Kunnskapsbasert praksis”, av Folkehelseinstituttet, u.å. (<https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis>).

Ved å nytte trinna for kunnskapsbasert praksis (sjå figur 5) vil ein kunne vurdere og kvalitetssikre ulik forskning som underbygger praksis. Det er ikkje alle forskingsresultat som kan generaliserast, og ein hovudregel er at resultatata først og fremst gjeld personar som er tilnærma like utvalet som er forska på (Bonsaksen & Ellingham, 2017, s. 13). Erfaringsbasert kunnskap tileignast gjennom praksis, og er kunnskap som er basert på erfaringar fleire ergoterapeutar har fått gjennom lang praktisering. I tillegg inkluderast eigne erfaringar frå praksis (Bonsaksen & Ellingham, 2017, s. 14).



Figur 5: Trinna for kunnskapsbasert praksis. Frå “Kunnskapsbasert praksis”, av Folkehelseinstituttet, u.å. (<https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis>).

For å utføre vellykka intervensjonar innan ergoterapi og andre helsetenester, er brukarmedverknad og samarbeid essensielt. Ein må ta høgde for at alle brukarar har unike livssituasjonar, relasjonar, roller, mål og ressursar som har en påverknad på kva tiltak som er ynskjelege og som kan gjennomførast. I tillegg må ein leggje til rette intervensjonen for brukaren, då det er brukaren sjølv som må fortelje om ynskjer og behov (Bonsaksen & Ellingham, 2017, s. 14).

I arbeid med metoden har vi nytta dei fire første trinna i kunnskapsbasert praksis. Desse er refleksjon over eigen praksis, formulere spørsmål (spørsmålsformulering) og finne forskingsbasert kunnskap (litteratursøk). Deretter gjennomførte vi kritisk vurdering av forskinga for å kvalitetssikre den. Dei to siste trinna i kunnskapsbasert praksis handlar om å anvende forskingsbasert kunnskap og evaluere eigen praksis. Dette er ikkje gjort i utarbeiding av denne oppgåva (Nortvedt et al., 2012, s. 21).

3.2 Spørsmålsformulering og design

Med grunnlag i kunnskapsbasert praksis reflekterte vi rundt kva vi ynskja å finne ut av, og utarbeida eit forskingsspørsmål. Vi valde litteraturstudie som metode då kvardagsrehabilitering er eit nytt tema, og vi ynskja å oppsummere tidlegare norsk kvalitativ forskning. Fagutøvarar innan helsetenester er pliktig å arbeide kunnskapsbasert, som inkluderer å halde seg oppdatert på forskning. Det vil derfor vere ein fordel med oppsummert

forskning for å redusere tidsbruken, og å sikre at forskning ein vel å anvende er av god kvalitet (Aveyard, 2019, s. 4).

I byrjinga av søkeperioden valde vi litteraturstudie og kvantitativt studiedesign, då vi ynskja å sjå på effekten av kvardagsrehabilitering for heimebuande eldre. Vi fann ei systematisk oversikt frå mars 2016, og avgrensa derfor søket til kvantitativ forskning publisert seinare enn dette (Sims-Gould, Tong, Wallis-Mayer & Ashe, 2016). Vi gjennomførte fleire systematiske søk ved hjelp av bibliotekar. Søka gav ikkje resultat, då vi ynskja nyare kvantitativ forskning enn den systematiske oversikta. Det vi fann var pågåande forskning, som ikkje kunne anvendast. Vi konkluderte derfor med at den kvantitative litteraturstudien ikkje kunne gjennomførast.

På grunnlag av dette bestemte vi oss for å endre metode og forskingsspørsmål. Vi reflekterte på nytt, og kom fram til at vi ynskja å sjå på kva kvalitativ forskning seier om kvardagsrehabiliteringsteamet sine erfaringar med tverrfagleg samarbeid innan kvardagsrehabilitering. Vi gjentok trinna i kunnskapsbasert praksis, før vi gjorde eit nytt litteratursøk basert på forskingsspørsmålet og ny problemstilling.

Kvalitativ metode blir brukt for å sjå på erfaringane til den valde gruppa og inneheld lite eller ingen former for statistikk. Dermed var kvalitativ metode det føretrukne studiedesignet (Aveyard, 2019, s. 61). I følge Aveyard (2019, s. 63) brukast kvalitativ studie for å sjå på erfaringar, framfor å måle noko. Ut i frå dette vart problemstillinga i oppgåva vår:

“Kva seier norsk forskning om erfaringar med tverrfagleg samarbeid innan kvardagsrehabilitering?”

3.3 Inklusjons- og eksklusjonskriterie

Med grunnlag i Aveyard (2019, s. 75) sin framgangsmåte på korleis ein søker etter artiklar, gjennomførte vi eit systematisk søk der vi valde ulike inklusjonskriterie for å få best mogleg resultat basert på forskingsspørsmålet vårt (Aveyard, 2019, s. 75). Inklusjonskriteria i søket

var at det skulle innehalde tverrfagleg samarbeid mellom ulike profesjonar innan kvardagsrehabilitering, kvalitative studiar, og omhandle helsepersonellet sine erfaringar.

Vi sette eit krav om at ordet “reablement” skulle vere i overskrifta eller i abstrakt, då dette er det riktige terminologiske omgrepet for kvardagsrehabilitering på engelsk. Likevel kan det vere artiklar med kvardagsrehabilitering som intervensjon, som har nytta andre omgrep på engelsk. Med grunnlag i dette kan det vere relevant forskning som ikkje har dukka opp i søket vårt. Det finnast òg internasjonal forskning på intervensjonar som har mange fellestrekk med kvardagsrehabilitering (Tuntland, 2014, s. 184). Vi sette derfor eit krav om at intervensjonen som vart forska på, skal ha føregått i Noreg, då dei fleste studiar er publisert internasjonalt. På denne måten sørga vi for at inkludert forskning stilte mest mogleg likt med tanke på utval, intervensjon og gjennomføringsmåte. Vi valde å inkludere forskning frå 2016 til dags dato, då vi ynskja å finne forskning der deltakarane hadde erfaring frå kvardagsrehabilitering med tanke på forskingsspørsmålet og problemstillinga. Forsking som såg på brukar og pårørande sine erfaringar vart ekskludert.

Populasjon: Helsepersonell i tverrfagleg kvardagsrehabiliteringsteam

Studiedesign: Kvalitativ metode

Intervensjon: Kvardagsrehabilitering

Språk: Engelsk eller skandinavisk språklege studiar

Tidsperiode: Studie som er publisert etter 2016

Tilgjengelegheit: Studie må vere tilgjengeleg i fulltekst

3.4 Litteratursøk

Vi søkte først etter systematiske oversikter som omhandla problemstillinga vår. Dette gjorde vi saman med bibliotekar i ulike databaser, blant anna OTSeeker og CINAHL, som ikkje gav resultat. Dermed søkte vi vidare etter enkeltstudie. Med kjernespeørsmålet “korleis opplevast det?”, som blir basert på erfaringar og haldningar, søkte vi i databasane PubMed, AMED, CINAHL og Oria (Folkehelseinstituttet, 2016b). Forsking som er anvendt i oppgåva er funne i PubMed og Oria.

Vi valde å bruke PubMed som kjelde/database, då det er ein database med eit høgt søkegrensesnitt og har referansar frå mange engelske samandrag. PubMed er ein kjeldekritisk database, og er anbefalt frå helsebiblioteket.no si side, og som ein finn i fagressursane til Høgskulen på Vestlandet (Folkehelseinstituttet, u.å.). Den blir òg framheva i Kunnskapspyramiden med eksempel på kjelder på enkeltstudiar (sjå figur 6) (Folkehelseinstituttet, 2016a).



Figur 6: Kunnskapspyramiden. Frå “Kildevalg”, av Folkehelseinstituttet, 2016 (https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/litteratursok/kildevalg/_attachment/256533?_ts=15e27fa752d).

Oria er ein felles database for det samla materialet som eksisterer i fleirtalet av norske fag- og forskingsbibliotek. Saman med elektronisk materiale frå andre kjelder, er Oria ein database som gjev tilgang til ulikt materiale. Nokre av dei er bøker, elektroniske bøker, tidsskrifter, elektroniske tidsskrifter, dokument og artiklar (Folkehelseinstituttet, u.å.). Vi nytta PICO-skjema for å lage ei tydeleg oversikt på kva slags populasjon vi ynskja at forskinga skulle inkludere, kva slags intervensjon vi ynskja, og utfall som handla om erfaringar (sjå tabell 1).

Tabell 1: PICO-skjema

Population	Intervention	Comparison	Outcome
Team Multidisciplinary team Interdisciplinary team Multidisciplinary care team Collaboration Healthcare professionals	Reablement Rehabilitation Home rehabilitation		Experience of participation in reablement

I databasane gjennomførte vi søk med ulike kombinasjonar av emneord og tekstord. Dette blei gjort for å finne relevante artiklar og ekskludere artiklar som ikkje omhandla ynskja tema. Vi søkte på “reablement” som emneord, då det er ulikheiter i internasjonale intervensjonar som har fellestrekk med kvardagsrehabilitering, men ikkje kvalifiserast som dette etter norsk standard (Tuntland, 2014, s. 184). Vi har likevel inkludert “rehabilitation” som tekstord for å ikkje snevre inn søket for mykje. Aktuell forskning skulle innehalde “reablement” for å sikre at studien omhandla kvardagsrehabilitering og ikkje vanleg rehabilitering. For at søket skulle treffe forskingsspørsmålet, inkluderte vi ulike terminologiske omgrep for tverrfagleg team (sjå tabell 2).

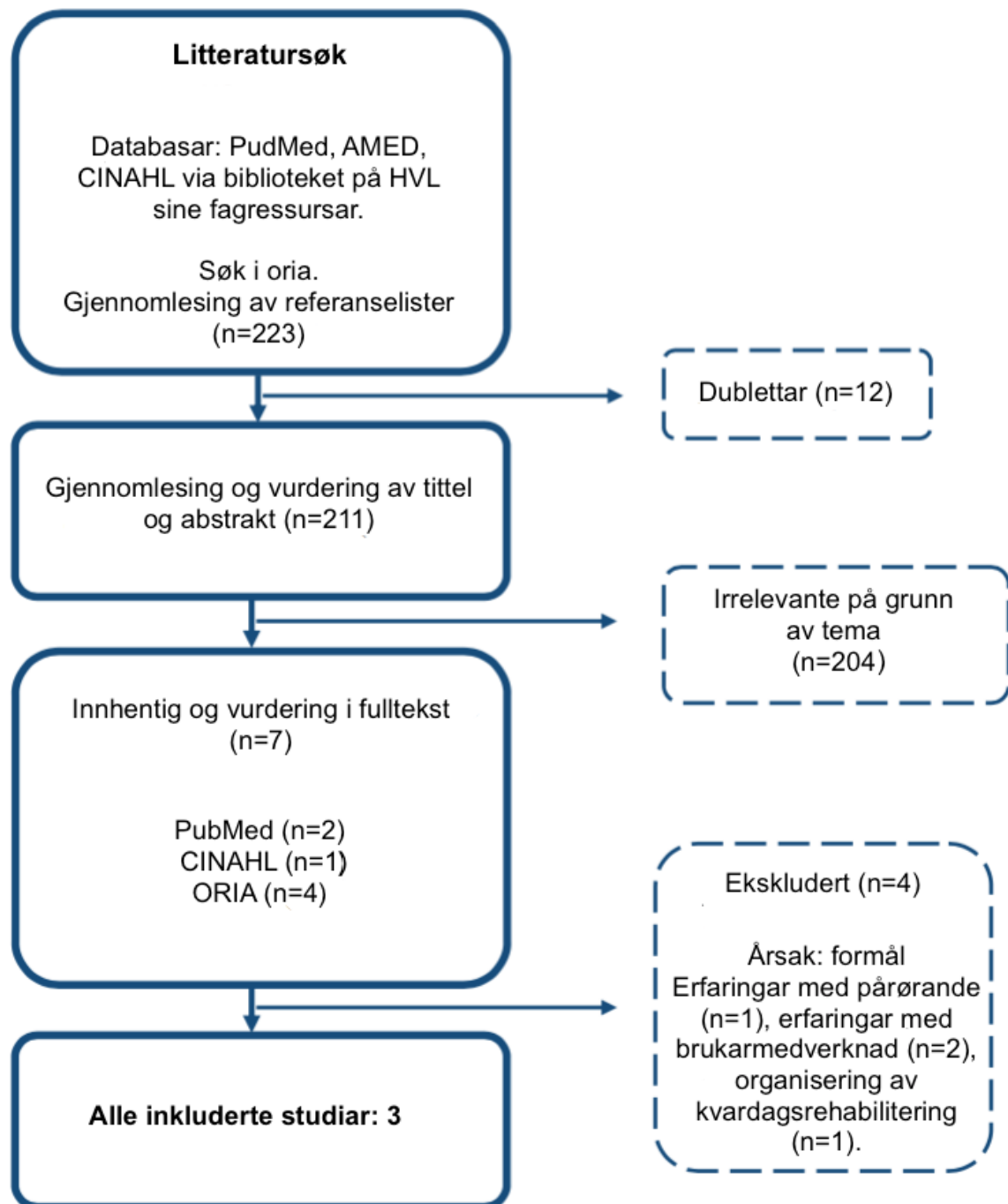
Tabell 2: Søkehistorikk med database, søkeord og antal treff.

Database	Søkeord	Antal treff
PudMed	Reablement AND team	12
AMED	Reablement AND multidisciplinary team OR interdisciplinary team	0
CINAHL	Reablement OR rehabilitation OR home rehabilitation AND multidisciplinary care team AND collaboration	36
ORIA	Reablement AND interdisciplinary team	70
ORIA	Reablement AND experiences AND healthcare professionals	105

3.5 Val av litteratur

For å vurdere om artiklane var relevante, las vi tittel og abstrakt. Vi ekskluderte artiklar som ikkje var relevante, og gjekk vidare med sju artiklar som vi måtte lese i fulltekst og vurdere med tanke på våre inklusjons- og eksklusjonskriterie, og forskingsspørsmål (Aveyard, 2019, s. 92). Ut i frå dette ekskluderte vi fire artiklar. Vi sat då igjen med tre artiklar. Under er flytdiagram for dei utvalde artiklane presentert, og viser ei oversikt over kvifor artiklar har blitt ekskludert (sjå figur 7).

Figur 7: Flytdiagram for litteraturutvelgning



3.6 Vurdering av inkluderte artiklar

Etter gjennomgang av dei identifiserte artiklane i forhold til inklusjonskriterie, vurderte vi artiklane kritisk i applikasjonen EBPsteps. EBP er ei forkorting for “evidence based practice”. Denne applikasjonen er utvikla med grunnlag i Helsebiblioteket sine sjekklister for kritisk vurdering av artiklar, som igjen er basert på kunnskapsbasert praksis (Folkehelseinstituttet, 2016c). Applikasjonen har som formål å strukturere og dokumentere prosessen med trinna i kunnskapsbasert praksis (Høgskulen på Vestlandet, u.å.).

I applikasjonen har vi gjennomført trinna refleksjon, spørsmålsformulering, litteratursøk og kritisk vurdering (sjå vedlegg). Dei to siste punkta, som er evaluering og anvending, har vi ikkje gjennomført. Dette på bakgrunn av at vi ikkje har anvendt forskinga i praksis, og kan derfor ikkje evaluere korleis resultatata kan nyttast i praksis.

Vi vil påpeike at artiklane har ulik fordeling i fokusgruppene med tanke på antal deltakarar med og utan bachelorutdanning. Det er òg ulikt antal deltakarar i fokusgruppene, og ulikt antal deltakarar i studia. Vi vil framheve at artiklane ikkje har fokus på dei negative erfaringane som kan oppstå, men i Birkeland, Førland, Jakobsen, Langeland & Tuntland (2017, s. 201) sin artikkel har dei i intervjuguiden inkludert spørsmål om potensielle konflikhtar, ulikheiter og diskusjon rundt rollene, utan at dette vart presentert i resultatata. I Hjelle, Skutle, Alvsvåg & Førland (2018, s. 315) blir det påpeikt at dei har diskutert det positive og mindre positive, men ikkje kva som kom fram. I Hjelle, Skutle, Førland & Alvsvåg (2016b, s. 576) nemner dei ikkje utfordringar som har oppstått, men kva som krevjast av personar som skal arbeide tverrfagleg.

3.7 Etiske vurderingar

I gjennomgangen av litteratur har vi forsøkt å gje att innhaldet i artiklane på ein måte som samsvarar med det forfattarane oppgjer. Det at artiklane er skriva på engelsk, kan ha hatt innverknad på korleis vi oppfattar og presenterer innhaldet i denne oppgåva.

Med tanke på at deltakarane i nokre av studia kjem i frå mindre befolka kommunar, har dei blitt anonymisert for å unngå å bli gjenkjent. Det er blitt oppgjeve antal deltakarar innanfor dei ulike profesjonane, og antal kvinner og menn innanfor ulike aldrar. Kjønn og alder er ikkje oppgjeve ved sitering for å oppretthalde anonymitet. I gjennomgangen av studia har vi sett om artiklane har blitt godkjende av etiske forskingsråd, noko som alle inkluderte artiklar har. I tillegg har alle deltakarane i studia fått tilstrekkeleg munnleg og skriftleg informasjon, samt at det har vore frivillig deltaking.

4.0 Resultat

Resultatdelen vil først bli presentert i tabellar, og vidare vil likheiter og ulikheiter bli analysert og presentert i tre ulike kategoriar.

Tabell 3: Oversikt over artikkel 1

Forfattar (utgivelsesår) og tittel:	Hjelle, K. M, Skutle, O, Førland, O. & Alvsvåg, H (2016) <i>The reablement team's voice: a qualitative study of how an integrated multidisciplinary team experiences participation in reablement</i>
Målet med studien:	Målet med denne studien var å utforske og beskrive korleis eit integrert tverrfagleg team i Noreg opplev deltaking i kvardagsrehabilitering.
Type studie:	Kvalitativ studie (erfaringar, fokusgrupper og gruppeintervju).
Hovudfunn/ konklusjon:	<ul style="list-style-type: none"> • Eit av dei viktigaste funna var at dei eldre sine målsettingar var avgjerande for intervensjonen og styrte korleis det tverrfaglige teamet jobba. • At teamet jobba saman mot det same målet var motiverande for deltakarane. • Teamet utvikla ei felles forståing av kva som var forventa av dei eldre og personalet, for at teamet ikkje skal hjelpe for mykje. • Teamet la meir til rette for at dei eldre kunne utføre aktivitetar, og såg ressursar hos dei eldre. • Dei eldre gjekk frå passiv mottakar til aktiv deltakar. • Det blei òg sett på behovet for eit betre rammeverk for tverrfagleg samarbeid og anvending av fagleg kompetanse og vurdering. • Studien har ikkje kome fram til nokre negative opplevingar.

<p>Styrker/ svakheiter:</p>	<p>Styrker:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fokusgruppene representerte alt personell i den aktuelle kommunen som jobbar innan kvardagsrehabilitering, og ga derfor varierte perspektiv på erfaringar med deltaking i tverrfaglege team innan kvardagsrehabilitering (totalt 14 deltakarar). • Ved å ha to fokusgrupper, éi gruppe med deltakarar som har bachelorutdanning, og éi gruppe som ikkje hadde bachelorutdanning, sikra dei at begge gruppene hadde moglegheit til å snakke opent om deira erfaringar, og ikkje bli påverka av den andre gruppa og deira synspunkt. • Forfattarane analyserte det transkriberte materialet, både individuelt og saman fleire gonger for å få ei djupare forståing. • Studien har inkludert ein intervjuguide. • Artikkelen brukar sitering av deltakarane for å underbygge resultatata. • Teamet nytta COPM i kartlegging, og vart utført av enten ergoterapeut eller fysioterapeut i teamet. <p>Svakheiter:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Det kan vere ei svakheit/begrensing at nokre av deltakarane i studien var rekrutterte frå eit anna prosjekt om kvardagsrehabilitering som hadde finansiering. På bakgrunn av dette kunne dei ha hatt betre rammeverk enn vanleg kvardagsrehabilitering. Dette kan ha påverka dei aktuelle deltakarane sin entusiasme for gjennomføringa av kvardagsrehabilitering i denne studien.
--	---

Tabell 4: Oversikt over artikkel 2

Forfatter (utgivelsesår) og tittel:	Hjelle, K. M., Skutle, O., Alvsvåg, H. & Førland, O. (2018) <i>Reablement teams' roles: a qualitative study of interdisciplinary teams' experiences</i>
Målet med studien:	Utforske og beskrive rollene i ulike tverrfagleg team i kvardagsrehabiliteringstilbod i Noreg.
Type studie:	Kvalitativ studie (erfaringar, gruppeintervju og fokusgruppeintervju).
Hovudfunn/ konklusjon:	<ul style="list-style-type: none"> • Helseprofesjonane har hovudansvaret for intervensjonen i samarbeid med brukarane, men delegerer ansvaret for den daglege gjennomføringa til heimetenesta. • Deltakarane opplev større motivasjon og høgare profesjonell identitet gjennom tverrfagleg samarbeid. • Hovudendringa er at heimetenesta endra fokuset frå hjelp og pleie, til å støtte og motivere dei eldre i å gjennomføre aktivitetar i trygge rammer. • Det må vere låg terskel for å kunne spørje om råd og tips frå helseprofesjonane for heimetenesta, samt tett samarbeid og jamnleg oppdateringar på brukarar si utvikling og utfordringar. • Ved at brukaren vel måla, blir teamet motiverte for å nå dei saman, uavhengig om dei er einige i dei ulike måla. Dette skaper eit felles ynskje og fellesskapskjensle i samarbeidet. • Studien har ikkje kome fram til nokre negative opplevingar, sjølv om det er etterspurt i fokusgruppene.

<p>Styrker/svakheiter:</p>	<p>Styrker:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Inkluderer personar med og utan bachelorutdanning. • 27 deltakarar. • Spesifiserer ergoterapeuten si rolle. • Gruppene vart delte ut i frå profesjonar etter fellesgruppeintervju for å opne opp for at dei kunne snakke fritt. • Inkluderer både by og kommunar som kan vise fleire ulike erfaringar. • Nøye gjennomgang av analysen og intervjuguide. • Sitering av deltakarane for å underbygge resultatata. <p>Svakheiter:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Deltakarane i fokusgruppene representerer helsepersonell som jobbar innan kvardagsrehabilitering, og deira informasjon er ikkje representativ for fleirtalet då det er ei lita gruppe. • I fokusgruppene i kommunane miksa dei helseprofesjonane med heimetenesta for å skape meir rom for diskusjon og refleksjon i det tverrfaglege teamet. Dette kan ha påverka kva deltakarane delte med gruppa. Forskarane skriv at dei reflekterte rundt både positive og mindre positive sider ved tenesta, og har tenkt over denne problemstillinga.
-----------------------------------	--

Tabell 5: Oversikt over artikkel 3

Forfatter (utgivelsesår) og tittel:	<i>Birkeland, A., Tuntland, H., Førland, O., Jakobsen, F. F. & Langeland, E. (2017) Interdisciplinary collaboration in reablement - a qualitative study</i>
Målet med studien:	Å utforske korleis det tverrfaglege samarbeidet fungerer innan kvardagsrehabilitering i norske helsetenester.
Type studie:	Kvalitativ studie (erfaring, gruppeintervju, og fokusgruppeintervju).
Hovudfunn/ konklusjon:	<ul style="list-style-type: none"> • Det tverrfaglege samarbeidet er avhengig av at deltakarane har moglegheit til definere sine eigne rehabiliteringsmål. • Fleire og varierte profesjonar arbeider på same "nivå", noko som kan betre det tverrfaglege samarbeidet. • Organisering av teamet og korleis teamet er knytt til heimetenesta, er ein nøkkilverdi for det tverrfaglege samarbeidet. • Meir tid til samarbeid, kommunikasjon, variasjon i oppgåver, moglegheit til å dele planar og val fører til eit betre miljø og auka læring for deltakarane i teamet. • Å arbeide tverrfagleg kan føre til eit behov for å endre roller. • Studien har ikkje kome fram til nokre negative opplevingar sjølv om det er etterspurt i fokusgruppeintervjua.

<p>Styrker/ svakheiter:</p>	<p>Styrker:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Studien var ein del av eit større forskings- og evalueringsprosjekt initiert av Helsedirektoratet. Den hadde fokus på modellar og verknaden av kvardagsrehabilitering i 43 kommunar i Noreg. Studien er basert på data henta frå evalueringsprosjektet. • Har fleire yrkesgrupper med i fokusgruppene - 33 fagutøvarar innan 7 kvardagsrehabiliteringsteam frå 7 kommunar (9 fysioterapeutar, 9 sjukepleiarar, 7 ergoterapeutar, 4 vernepleiarar, 4 helsefagarbeidarar, 1 sosionom). • Deltakarane har til saman erfaring med 291 brukarar innan kvardagsrehabilitering. • Studien har inkludert ein intervjuguide. • Forfattarane har koda funna i studien. • Nøye gjennomgang av analysen. <p>Svakheiter:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Har ikkje presisert inndelinga av helsepersonell i fokusgruppene. • At leiaren for kvardagsrehabiliteringsteamet har delteke i fokusgruppa kan ha hatt innverknad på funna i studien. • Forfattarane påpeikar at individuelle intervju og observasjonar over tid kunne ha gitt eit betre og meir presist resultat. Dette på grunnlag av at fokuset på tverrfagleg samarbeid har fått eit større fokus i praksis og kan dermed har forandra seg over tid. Spesielt i kommunar som har som mål å jobbe tettare saman, og jobbe med heimetenesta.
--	---

Dei tre inkluderte artiklane er publiserte i 2016, 2017 og 2018. Studia har blitt gjennomført i Noreg, har norske forfattarar, og beskriv erfaringar med tverrfagleg samarbeid innan kvardagsrehabilitering. Hensikta med studia er å utforske og beskrive oppleving av deltaking i kvardagsrehabilitering (artikkel 1) (Hjelle et al., 2016b), dei ulike rollene i eit kvardagsrehabiliteringsteam (artikkel 2) (Hjelle et al., 2018), og korleis det tverrfaglege teamet fungerer innan kvardagsrehabilitering (artikkel 3) (Birkeland et al., 2017).

4.1 Oppsummering av likheiter og ulikheiter

I dei tre inkluderte artiklane fann vi tre tema som var gjennomgåande. I denne oppsummeringa vil vi gå djupare inn på innhaldet i artiklane, gjere greie for dei ulike erfaringane, samt likheiter og ulikheiter.

4.1.1 Tverrfagleg samarbeid og profesjonelle roller

I artikkel 1 (Hjelle et al., 2016b, s. 581) er det beskrive behovet for formelle og uformelle møter i løpet av ein arbeidsdag for å dele informasjon og utfordringar. Dette blir også beskrive i artikkel 2 (Hjelle et al., 2018, s. 313), som ser på behovet for utveksling av informasjon mellom profesjonane, samt dagleg diskusjon om brukaren sin situasjon og progresjon. Artikkel 3 (Birkeland et al., 2017, s. 199) påpeikar at faste møter er viktig for å skape rom for god dialog mellom profesjonane.

I artikkel 1 (Hjelle et al., 2016b, s. 582) er det framheva at deltakarane med bachelorutdanning ga ros til gruppa utan bachelorutdanning for arbeidet dei gjer. Artikkel 2 (Hjelle et al., 2018, s. 313) påpeikar at det er viktig å vise kvarandre respekt for ulike roller og kompetanse. I artikkel 3 (Birkeland et al., 2017, s. 198) er det ikkje eit stort fokus på samarbeidet mellom dei med bachelorutdanning og fagbrev kontra dei utan utdanning, men det blir påpeika at organiseringa med eller utan heimetenesta i teamet påverkar samarbeidet. Det blir også framheva at eit tverrfagleg team som består av deltakarar med same grad av utdanning kan føre til at deltakarane blir nøyddde til å forhalde seg til kvarandre.

I artiklane blir det framheva korleis rollene i eit kvardagsrehabiliteringsteam er annleis kontra det å arbeide individuelt. I artikkel 1 (Hjelle et al., 2016b, s. 580) kjem det fram at deltakarane utan bachelorutdanning opplev at deltakarane med bachelorutdanning lærte dei korleis dei skulle støtte brukaren i å utføre oppgåver sjølv, og ikkje utføre oppgåvene for dei. I artikkel 2 (Hjelle et al., 2018, s. 313) fortel deltakarane at dei tar på seg breiare oppgåver enn når dei arbeider individuelt. Dei får ei betre forståing av kvarandre sine roller, som fører til rom for kommunikasjon. Det blir òg nemnd at heimetenesta går frå å vere ein hjelpar til å vere ei støtte for brukaren (Hjelle et al., 2018, s. 311). I tillegg blir deltakarane i teamet meir klar over eigen kompetanse og rolle (Hjelle et al., 2018, s. 313). I artikkel 3 (Birkeland et al., 2017, s. 198) har dei trekt fram eit sitat frå ein deltakar med fysioterapibakgrunn for å forklare dette skiftet: "We are supporting each other in helping persons reach their own goals, although they may have goal that is not so relevant for me".

Tverrfaglege team består av både helsepersonell med og utan bachelorutdanning som har ulike roller og ansvarsområde. I artikkel 1 (Hjelle et al., 2016b, s. 580) blir det framheva at det er deltakarane med bachelorutdanning som skal leie det tverrfaglege samarbeidet. Dette blir begrunna med at dei har eit anna tankesett og overblikk med tanke på fagleg kompetanse. I artikkel 2 (Hjelle et al., 2018, s. 307) er deltakarane med bachelorutdanning konsulentar og rådgjevarar, og deira oppgåver er å planlegge, gjere endringar og følgje opp brukarar. Dei delegerer oppgåver og følgjer opp heimetenesta. Her blir det påpeika at i nokre situasjonar med eldre som treng ekstra trening eller oppfølging, til dømes på grunn av lårhalsbrot, kan det vere behov for at helsepersonell med bachelorutdanning ikkje overlèt oppfølging til heimetenesta før det er forsvarleg (Hjelle et al., 2018, s. 311). Ergoterapeuten si oppgåve i det tverrfaglege teamet er å sette mål og plan i samarbeid med brukar, trene med brukarar på ADL, gje oppgåver i tråd med måla til brukaren, vere ansvarleg for kvar enkelt brukar, og vegleie og følgje opp heimetenesta (Hjelle et al., 2018, s. 307). Ein ergoterapeut uttalar følgjande:

My competence is important in the beginning of the rehabilitation, however, I think the home care personnel manage to continue the work that has been started. The home care personnel are very good at supporting and challenging the older persons. (Hjelle et al., 2018, s. 310).

Fysioterapeuten skal gjennomføre ulike fysiske øvingar med brukar, og sørgje for at brukaren får kunnskap om korleis desse skal utførast under opplæring. Dei delegerer oppfølging til heimetenesta. På denne måten har fysioterapeuten moglegheit til å rekke fleire brukarar når heimetenesta kan følgje dei opp (Hjelle et al., 2018, s. 310). Heimetenesta si rolle er å motivere og støtte brukarane til å gjennomføre daglege aktivitetar, i tillegg til å vere ei trygghet for brukaren når aktivitetane gjennomførast under fagleg kontroll. Heimetenesta vil også bidra der brukaren ikkje meistrar oppgåvene (Hjelle et al., 2018, s. 312). I artikkel 3 (Birkeland et al., 2017, s. 199) blir det framheva at fysioterapeutane og ergoterapeutane har som oppgåve å rettleie heimetenesta. Artikkelen har følgjande sitat frå ein ergoterapeut:

We look through different glasses. I, as an occupational therapist, could facilitate help at home, but if we had not put in place the diet, nutrition, medication and tried improving function, strength and balance – and after that train in daily activities, the result would not be the same.

For å få samarbeidet til å fungere framhevar artiklane fleire faktorar. I artikkel 1 (Hjelle et al., 2016b, s. 583) blir det trekt fram at ein felles møtestad for å dele kunnskap, dele informasjon, få rettleiing, og planlegge vidare arbeid er viktig. Artikkel 2 (Hjelle et al., 2018, s. 313-314) viser til at oppsummeringsmøter og delegering av oppgåver fører til delt kunnskap om kvarandre sine roller, og dermed kan ein opparbeide respekt for kvarandre sin kompetanse. I tillegg ser ein sine eigne begrensingar, og opplev ikkje kvarandre som truslar for eiga profesjonsutøving. Om ein manglar kunnskap om kvarandre sine roller kan stereotyper føre til mangel på respekt, og verke øydeleggjande for samarbeidet.

I artikkel 3 (Birkeland et al., 2017, s. 201) beskriv forfattarane behovet for tid til å kommunisere, at ein har delt ansvar, og at læring og tilfredsheit i kvardagsrehabiliteringsteamet fører til eit betre arbeidsmiljø. Deltakarane i teamet føler seg inkludert i eit miljø, der dei kan støtte seg på kvarandre i ein komplisert rehabiliteringsprosess som skjer i brukaren sin heim med fleire involverte profesjonar. Det blir trekt fram som positivt at deltakarane kan utveksle kunnskap og lære meir om dei ulike profesjonane. Eit av dei teama med mest erfaring presiserer at det å arbeide i eit tverrfagleg

team ikkje er for alle, men er avhengig av at ein har sosial kompetanse og er villig til å samarbeide.

Det blir framheva at organiseringa av kvardagsrehabilitering påverkar korleis gjennomføringa blir for deltakarane og brukarane. I artikkel 1 blir det presisert at det er tidskrevjande å gå frå ei passiv til aktiv teneste. Det vil derfor vere nødvendig at politikarar og leiarar i helsesektoren støttar opp om tilnærminga, og tildeler nødvendig tid til omorganisering og utføring av tenesta (Hjelle et al., 2016b, s. 575). Sjølve organiseringa av tenesta på kommuneplan er ikkje eit fokus i artikkel 2 (Hjelle et al., 2018, s. 310). Den fokuserer heller på korleis organiseringa skjer mellom deltakarane, der dei med bachelorutdanning rettleiar heimetenesta.

I artikkel 3 (Birkeland et al., 2017, s. 200) kjem det fram at organiseringa av teamet og tilgjengelege ressursar, vil ha innverknad på korleis kvardagsrehabilitering blir gjennomført. Dei kommunale og nasjonale leiarane vil avgjere kor mykje tid og ressursar ein skal bruke på tilnærminga i framtida. Desse vala vil ha stor innverknad på korleis tenesta blir organisert med tanke på tidsbruk og antal deltakarar. I følgje artikkelen (Birkeland et al., 2017, s. 200) har teama med fleire profesjonar betre læringsutbytte frå kvarandre og breiare kompetanse innan rehabilitering, noko som fører til at både dei fysiske og psykiske aspekta ved brukaren blir ivareteke.

4.1.2 Målsetting og brukarmedverknad

I artiklane kjem det fram at brukaren si målsetting og brukarmedverknad er viktig for det tverrfaglege samarbeidet. Deltakarane i artikkel 1 (Hjelle et al., 2016b, s. 579) har erfart at dei eldre er mykje meir motiverte når dei har vore med å utforme måla for intervensjonen. Deltakarane beskriv at det i tillegg er ei drivkraft når alle i teamet jobbar mot dei same måla. Sjølv om deltakarane er inne hos brukaren ved forskjellige tidspunkt, så arbeider alle mot det same målet. Artikkelen understrekar at å få dei eldre aktive og deltakande ikkje er nytt. Det som er nytt er at helsepersonellet snakkar saman og oppdaterer kvarandre, og at dette er essensielt for å nå måla til brukaren. Dei framhevar at helsepersonellet skal oppfordre og motivere i lys av empowerment som blir basert på at brukaren tar ansvar for eiga helse

(Hjelle et al., 2016b, s. 581). I tillegg presiserer deltakarane at dei nyttar COPM for å identifisere måla til brukaren, og for å vidare ha moglegheit til å skreddarsy intervensjonen for brukaren (Hjelle et al., 2016b, s. 557).

I artikkel 2 (Hjelle et al., 2018, s. 314) beskriv forfattarane det å sette mål saman med brukaren og resten av det tverrfaglege teamet resulterer i at dei samarbeider og arbeider klientsentrert. Her blir COPM trekt inn som kartleggingsverktøy som eit av dei generelle kjenneteikna ved kvardagsrehabilitering (Hjelle et al., 2018, s. 306). Eit utsegn frå heimetenesta påpeikar at det som gjer kvardagsrehabilitering annleis og interessant, er det at brukaren set sine eigne mål (Hjelle et al., 2018, s. 312). I artikkel 3 kjem det fram at det å la brukaren definere eigne mål er ein anna måte å arbeide på innan rehabilitering.

Profesjonane opplev eit betre samarbeid når dei arbeider mot same mål. Ein kan med det redusere risikoen for ueinigheiter i teamet, i motsetnad til om éin profesjon vel målsetting for rehabiliteringa. Artikkelen presiserer òg at profesjonane endrar sine roller i forhold til brukaren sine målsettingar, og aukar bevisstheita rundt andre aspekt av brukaren sitt liv (Birkeland et al., 2017, s. 198-199).

4.1.3 Motivasjon hos brukarane og deltakarane i temaet

Motivasjon hos brukarane er grunnleggjande for å kunne gjennomføre kvardagsrehabilitering. I artikkel 1 (Hjelle et al., 2016b, s. 579) blir det framheva at ein skal sjå etter ressursar framfor begrensingar hos brukar. Brukarane er meir motiverte når dei sjølv er med på å sette eigne mål, og får eit eigarskap til måla sine. Det fører òg til at kvardagsrehabiliteringsteamet blir meir motiverte når dei jobbar saman mot dei same måla. Å arbeide med ei aktiv tilnærming er ikkje noko nytt for heimetenesta. Deltakarane uttrykte at dei opplevde utfordringar i forhold til tidsbegrensingane innan den tradisjonelle heimetenesta, og har derfor “arbeida for” brukar i staden for å “arbeide med” brukar.

I artikkel 2 (Hjelle et al., 2018, s. 311) framhevar dei at heimetenesta skal fremje motivasjon hos brukar, samt engasjere brukar til å utføre aktivitetar på eigahand. Målet for kvardagsrehabiliteringsteamet er å motivere brukar, slik at dei går frå å vere passiv mottakar

til å bli aktiv deltakar i eige liv (Hjelle et al., 2018, s. 314). Det positive med dette er at brukaren kan leve sjølvstendig i heimen og utføre daglege aktivitetar på eigahand, samt forbetre sin fysiske funksjon (Hjelle et al., 2018, s. 306). Ein deltakar frå heimetenesta uttrykte følgjande:

It was a man who basically set several goals. I realized that he was not really motivated for these things. Then you stop and try to motivate for training, so I discussed with him and asked: "what is really important to you?" (Hjelle et al., 2018, s. 312).

I artikkel 3 blir det trekt fram at når brukaren får velje eigne målsettingar fører det til større motivasjon (Birkeland et al., 2017, s. 198). I følgje Fürst og Høverstad, referert i Hartviksen og Sjølie (2017, s. 34), er motivasjon hos brukar eit av suksesskriteria for at intervensjonen skal bli vellykka. Brukarane treng ikkje nødvendigvis å vere motivert frå start, men ved meistring av nye aktivitetar vil det styrke motivasjonen.

5.0 Diskusjon

Vi vil i dette kapittelet diskutere problemstillinga i lys av presentert teori, forskingsresultat og ergoterapeuten sitt kunnskapsgrunnlag. Diskusjonen vil bli delt inn i tre underpunkt på bakgrunn av resultatene frå forskingsartiklane. Dei tre punkta er; tverrfagleg samarbeid og profesjonelle roller; målsetting og brukarmedverknad; og motivasjon hos brukarane og deltakarane. Problemstillinga er som tidlegare nemnd “kva seier norsk forskning om erfaringar med tverrfagleg samarbeid innan kvardagsrehabilitering?”.

5.1 Tverrfagleg samarbeid og roller

I rehabiliteringspyramiden ser ein korleis rehabiliteringa delast inn i ulike nivå etter forskjellige behov (Tuntland & Ness, 2014, s. 28). Det er fleire ting som skil kvardagsrehabilitering frå vanleg rehabiliteringsteneste. Først og fremst er kvardagsrehabilitering ei arbeidsform der ein legg vekt på brukaren si helse og ressursar. Dette er i motsetnad til den vanlege rehabiliteringstenesta, der helsepersonellet i stor grad avgjer kva brukaren treng hjelp til (Tuntland & Ness, 2014, s. 24). Dette støttar ein fysioterapeut som i artikkel 3 beskriv skiftet ved følgjande sitat: “We are supporting each other in helping persons reach their own goals, although they may have goal that is not so relevant for me” (Birkeland et al., 2017, s. 198). Tuntland og Ness (2014, s. 24) underbygger utsegnen ved å omtale det som ei endring frå kompensasjon og hjelp, til ressursorientering og helsefremjing.

Tuntland og Ness (2014, s. 24) hevdar at deltakarane i teamet ikkje skal vere kompenserande for brukaren sitt funksjonsfall, men heller bidra til at brukaren ser løysingar og moglegheiter for korleis dei kan meistre aktivitetar til tross for utfordringar. Som følge av dette, vil teamet i staden for å leite etter utfordringar og begrensingar, fokusere på kva ressursar brukaren har (Hjelle et al., 2016b, s. 579). Samtidig vil teamet leggje til rette for aktivitet og deltaking for brukaren, og ut i frå dette kan det hevdast at kvardagsrehabilitering har fellestrekk med ergoterapeuten sitt kunnskapsgrunnlag (Kielhofner, 2010, s. 22). I tillegg vil brukaren forhåpentlegvis bevege seg frå ein passiv livsstil, til å bli meir aktiv i kvardagen sin (Hjelle et al., 2018, s. 314). I kontrast til artikkel 2 (Hjelle et al., 2018, s. 314), viser artikkel 1 (Hjelle et al., 2016b, s. 582) at det kan oppstå utfordringar ved gjennomføring av

kvardagsrehabilitering. Deltakarane uttrykte utfordringar med disponibel tid. Som ein konsekvens kan dei derfor ha “gjort for” brukaren, i staden for å ha “gjort med” i kvardagsrehabiliteringa.

Måten kvardagsrehabiliteringsteamet er organisert på kan påverke korleis tenesta blir utført. To av artiklane (Hjelle et al., 2016b, s. 580; Hjelle et al. 2018, s. 307) blir organisert på same måte, der deltakarane med bachelorgrad, spesielt ergoterapeut og fysioterapeut, fungerer som leiarar av tenesta. Dei er pleieassistentane og helsefagarbeidarane sine rådgjevarar og konsulentar, og skal kartlegge, planlegge og følgje opp brukarane. Samtidig skal dei rettleie heimetenesta. Dette stemmer overeins med organiseringsmodellen “rehabiliteringsteam som “motor” for kvardagsrehabilitering” (Tuntland & Ness, 2014, s. 162). Dette kan underbyggjast med at Regjeringa meddeler at dei ynskjer å fremje samlokalisering av tenester for å fremje samhandling og samordning, noko som kvardagsrehabilitering legg til rette for (Helse- og omsorgsdepartementet, referert i Hartviksen & Sjølie, 2017, s. 39).

Sjølv om artiklane viser til faste rammer for fordeling av oppgåver, blir det for øvrig presisert at kvardagsrehabilitering er ein tidskrevjande prosess. Med grunnlag i dette, vil det i framtida vere nødvendig for politikarar og leiarar i helsesektoren på kommunalt og nasjonalt nivå å støtte opp om tilnærminga, ved å tildele tilstrekkeleg tid og ressursar til omorganisering og utføring av tenesta (Birkeland et al., 2017, s. 200; Hjelle et al., 2016b, s. 575). Vidare vil desse vala truleg ha ein påverknad på korleis brukaren blir ivareteke, med tanke på både det fysiske og psykiske aspektet (Birkeland et al., 2017, s. 200).

I artiklane blir det presisert korleis bakgrunnen til deltakarane avgjer kva rolle og oppgåver dei får i teamet. På den eine sida fungerer heimetenesta som personlege trenarar, og er mest inne hos brukarane (Hjelle et al., 2016b, s. 580; Hjelle et al., 2018, s. 307; Birkeland et al., 2017, s. 199). På den andre sida er det viktig at deltakarane med bachelorutdanning ikkje overlèt oppfølging av brukar til heimetenesta om dette ikkje er forsvarleg, med tanke på helsesituasjonen til brukar (Hjelle et al., 2018, s. 311). Dette underbyggjer viktigheita av god kommunikasjon i kvardagsrehabiliteringsteamet (Birkeland et al., 2017, s. 199; Hjelle et al., 2018, s. 313).

Innan kvardagsrehabilitering er det ikkje kva det tverrfaglege teamet ynskjer å oppnå som står i fokus, men kva brukaren sjølv ynskjer å oppnå (Birkeland et al., 2017, s. 198). For å klare dette må deltakarane, i følgje Hjelle et al. (2018, s. 313), ta på seg breiare oppgåver enn dei ville gjort i vanleg rehabilitering. Til tross for dette, beskriv deltakarane i artikkel 2 at det styrkar deira profesjonelle identitet og utvidar deira kompetanse. Dette blir begrunna med at dei får nye aspekt frå dei andre profesjonane ved å jobbe saman og ikkje ved sida av kvarandre. Vidare får ein betre oversikt over kva skilnadane mellom profesjonane er (Hjelle et al., 2018, s. 312). Dette fører til at samarbeidet blir betre og dei opplev tillit til kvarandre (Hjelle et al., 2018, s. 312-313).

Tuntland og Ness (2014, s. 30) begrunnar viktigheita av tverrfagleg samarbeid med at dei ulike profesjonane får nytte kunnskap frå fleire felt, og kan tilpasse intervensjonen til kvar enkelt brukar. Dette samsvarar med kunnskapsgrunnlaget i ergoterapi, der fokuset inneber at ein skal nytte relatert viten for å skape best mogleg intervensjon for brukarane (Kielhofner, 2010, s. 26). I artikkel 2 (Hjelle et al., 2018, s. 313) seier deltakarane at dei tar på seg breiare oppgåver for å møte brukaren sine behov, får betre forståing for kvarandre sine roller, og at det er meir rom for kommunikasjon når ein jobbar i team på denne måten. Ness et al. referert i Hartviksen og Sjølie (2017, s. 33) viser til at tverrfagleg samarbeid inneber at ein utvikle felles verdigrunnlag, gjensidig forståing og respekt for kvarandre. Dette er med på å styrke teamet.

Nokre av deltakarane i artiklane presiserer at samarbeidet er avhengig av at fagutøvarane i teamet innehar sosial kompetanse og er villig til å samarbeide (Birkeland et al., 2017, s. 201). For å styrke samarbeidet vil det òg vere viktig å ha kunnskap om kvarandre sine roller, og støtte kvarandre i ein kompleks rehabiliteringsprosess (Hjelle et al., 2018, s. 313-314). Dette grunnjev Tuntland & Ness (2014, s. 30) med at brukaren ofte har behov for betring av fysisk funksjon, oppleve meistring av aktivitetar og hjelp til handtering av medisinske problemstillingar. Hjelle et al. (2018, s. 313-314) påpeikar at kvardagsrehabilitering skil seg ut på grunnlag av at det føregår heime hos brukar, og at fleire profesjonar er inkludert. Det vil derfor vere nyttig å kunne støtte seg på eit team som kjenner brukaren sin situasjon, i staden for å arbeide individuelt.

5.2 Målsetting og brukarmedverknad

For å tydeleggjere utarbeidinga av brukaren si målsetting, kan COPM nyttast som eit kartleggingsverktøy, då det står i ei særstilling med tanke på brukarmedverknad, målsetting og evaluering (Tuntland, 2014, s. 94). Tuntland (2014, s. 94) beskriv at COPM er det mest brukte vurderingsreiskapet innan kvardagsrehabilitering i Noreg. Det er likevel ikkje nemnd i artikkel 3 (Birkeland et al., 2017) om dei nyttar COPM i intervensjonen. I artikkel 1 (Hjelle et al., 2016b, s. 577) og artikkel 2 (Hjelle et al., 2018, s. 306) blir det nemnd at COPM har vore nytta i utarbeiding av intervensjon. Det kan likevel hende at alle studia har nytta COPM, men at det ikkje er nemnd på bakgrunn av formålet med studien. Til tross for at COPM er eit vurderingsreiskap som er utarbeida ut i frå ein ergoterapeutisk begrepsmodell (CMOP-E), er det beskrive i artikkel 1 (Hjelle et al., 2016b, s. 557) og 2 (Hjelle et al., 2018, s. 306) at både ergoterapeut og fysioterapeut utførte intervju med COPM i intervensjonen (Bendixen & Madsen, 2013, s. 146-147). Med bakgrunn i dette kan ein hevde at ein får utvida roller i eit tverrfagleg samarbeid (Hjelle et al., 2018, s. 313).

I følgje pasient- og brukarrettighetsloven (1999, §3-1) har pasienten eller brukaren rett til medverknad ved gjennomføring av helse- og omsorgstenester. I kvardagsrehabilitering sikrar ein brukarmedverknad med å alltid innleie intervensjonen med "kva er viktig i livet ditt no?" (Tuntland & Ness, 2014, s. 29). Brukarmedverknad blir òg nemnd som ein av dei viktigaste faktorane til at kvardagsrehabilitering ofte lykkast (Tuntland & Ness, 2014, s. 32). Først og fremst er dette på grunn av at det fremjar motivasjon hos brukar, samtidig som det tverrfaglege teamet opplev å arbeide mot det same målet (Hjelle et al., 2016b, s. 579).

På den eine sida vil det at teamet fokuserer på kva brukaren ynskjer å oppnå i løpet av intervensjonen minske risikoen for ueinigheiter i teamet (Hjelle et al., 2018, s. 314). Dette blir grunngjeve med at dei ulike profesjonane ikkje har moglegheit til å uttrykke at dei er ueinig i målet som er satt, då det er brukaren som har valt det sjølv (Hjelle et al., 2018, s. 314). På den andre sida kan det hende at måla som blir satt ikkje er dei måla som helsepersonellet ville valt, og at det eigentleg er behov for at brukaren fokuserer på eit anna mål for å forbetre sin fysiske kapasitet (Birkeland et al., 2017, s. 198). Uansett vil det vere

brukaren sine meningsfulle og ynskja aktivitetar som vil stå i fokus for intervensjonen (Tuntland & Ness, 2014, s. 35).

Med bakgrunn i dette vil ein ved å nytte COPM ivareta brukarmedverknaden, og brukaren sine meiningar vil ha ei stor rolle i utarbeiding og gjennomføring av intervensjonen (Tuntland, 2014, s. 94). Det vil samtidig ha ein påverknad på motivasjonen hos alle dei involverte, som inneber brukaren, pårørande og kvardagsrehabiliteringsteamet (Hjelle et al., 2016b, s. 579).

5.3 Motivasjon hos brukarane og deltakarane i teamet

Tuntland og Ness (2014, s. 32) påpeikar at eit viktig moment i kvardagsrehabilitering er dialogen mellom det tverrfaglege teamet og brukarane, som skal byggjast på motivasjon framfor informasjon. Målet er at brukaren skal bli meir motivert for trening og livsstilsending, slik at dette blir noko dei sjølv vil oppnå.

På den eine sida stiller nokre kvardagsrehabiliteringsteam krav til at brukaren skal vere motivert for å gjere ein innsats for å få tilbodet om kvardagsrehabilitering (Tuntland, 2014, s. 55). På den andre sida ser ein i artiklane at fagpersonar og pårørande kan vere med på å fremje motivasjon hos brukaren til innsats og endring (Hjelle et al., 2016b, s. 579; Hjelle et al., 2018, s. 311; Birkeland et al., 2017, s. 198). Vidare framhevar artikkel 2 (Hjelle et al., 2018, s. 311) at heimetenesta si oppgåve er å motivere brukar og engasjere dei til å gjennomføre aktivitetar på eigahand. Her vil det vere viktig at det tverrfaglege teamet inkluderer pårørande i prosessen, då dei i følgje Hjelle et al. (2016a, s. 6) kan vere ein ressurs for teamet med tanke på informasjon om brukaren, samt å motivere og vere ein støttespelar for brukaren.

Artikkel 1 (Hjelle et al., 2016b, s. 579) støttar opp under dette ved å påpeike at brukarar blir meir motivert når dei sjølv er med på å utforme måla. Dette blir òg beskrive i artikkel 3 (Birkeland et al., 2017, s. 198). På denne måten kan fagutøvarane innleiingsvis styrke empowerment hos brukarar, ved å motivere dei til å ta ansvar for eige liv og helse (Stewart,

referert i Christiansen, Baum & Bass, 2015, s. 634). Ved å bruke empowerment som verkemiddel kan helsepersonellet oppfordre og motivere brukaren til å arbeide mot målsettingane sine (Hjelle et al., 2016b, s. 581). I tillegg ynskjer deltakarane at brukaren skal sette ord på utfordringar han eller ho opplev i kvardagen. Som følgje av dette får brukaren kontroll over eigen livssituasjon, og blir deltakande i eigen kvardag (Stewart, referert i Christiansen, Baum & Bass, 2015, s. 634). Ein kan trekkje likheiter mellom det å sette brukaren i sentrum, som ergoterapeuten gjer i praksis, og empowerment. Dette er med bakgrunn i paradigmet i ergoterapi, som blir basert på at aktivitet og deltaking skal leggjast til rette for kvar enkelt brukar som har behov for det (Kielhofner, 2010, s. 22).

Når brukaren blir motivert og ynskjer å gjere ei endring eller innsats, vil deltakarane i kvardagsrehabiliteringsteamet òg bli motivert til å hjelpe brukaren i å nå måla dei har satt seg. Ein fordel med dette er at det vil betre samarbeidet mellom helsepersonellet, då dei opplev å arbeide mot same mål (Hjelle et al., 2016b, s. 579). Dette blir begrunna i artikkel 2 (Hjelle et al., 2018, s. 314) med at dei hjelp brukaren i fellesskap, uavhengig om dei er einig i målet.

Når det gjeld motivasjon blant deltakarane i teamet, blir det i artikkel 1 (Hjelle et al., 2016b, s. 582) trekt fram at deltakarane utan bachelorutdanning set pris på tilbakemeldingar frå deltakarane med bachelorutdanning. I følgje eit sitat i Hjelle et al. (2016b, s. 582) si forskning trekkast det fram at ros frå leiarane i teamet er med på å auke motivasjonen for vidare arbeid for heimetenesta. Ein annan faktor som fremjar motivasjon hos kvardagsrehabiliteringsteamet er å arbeide mot det same målet (Hjelle et al., 2016b, s. 579). Med bakgrunn i dette kan ein hevde at motivasjon hos deltakarane i teamet er vesentleg for ei god gjennomføring av intervensjonen.

5.4 Metodediskusjon

I byrjinga av bachelorperioden utarbeida vi ein prosjektplan som inneheldt plan over tema, kva vi ynskja å undersøke og korleis vi ynskja å gjere det. Då vi byrja søket etter forskning innsåg vi at det var nødvendig å bytte forskingsspørsmål og problemstilling. Undervegs har vi

vore trygge på at kvardagsrehabilitering var det vi ville skrive om, då kommunehelsetenesta er i endring med tanke på omstrukturering og politiske føringar (endringslov til helselovgivning, 2018, §3-1). Vi endra frå effekt av kvardagsrehabilitering, til erfaringar blant helsepersonellet i dei tverrfaglege teama. Per i dag har mange kommunar kvardagsrehabilitering som tilbod, men sidan det er ei forholdsvis ny tilnærming er det framleis behov for meir informasjon om både rollene i teama og korleis dei ulike teama løysar ulike utfordringar (Hartviksen & Sjølie, 2017, s. 22).

Då vi endra forskingsspørsmålet frå effekt til erfaringar, endra vi òg frå kvantitativ til kvalitativ metode. Vi endra problemstillinga og hadde ein konkret plan for kva vi ville finne ut av. Vidare avgrensa vi søket til forskning utført i Noreg og sette eit krav om at artiklane skulle innehalde omgrepet "reablement". Dette kan ha ført til at vi har gått glipp av fleire relevante studie, då det blir nytta ulike terminologiske omgrep for kvardagsrehabilitering. Det førte likevel til at vi fikk snevra inn søket, og vi var sikre på at kvardagsrehabiliteringa som vart omtalt i forskinga er det vi forbind med omgrepet. Vi fikk tidleg hjelp frå Søkeakutten på Biblioteket på Høgskulen på Vestlandet, slik at søket vart meir strukturert.

Vi ekskluderte fire artiklar på grunnlag av formål med denne litteraturstudien. Artiklane hadde fleire av inklusjonskriteria våre, men dei hadde eit anna formål og kunne derfor ikkje nyttast. Då enda vi opp med tre artiklar. Dette kan vere for få artiklar til å gje eit tydeleg bilete av tverrfagleg team sine erfaringar med kvardagsrehabilitering, med tanke på kva som kan nyttast vidare i praksis. Artiklane vi har brukt har deltakarar som har lengre erfaring med tverrfagleg samarbeid frå kvardagsrehabilitering, som gjer at dei har meir representative erfaringar enn om dei vart heilt nye innan feltet. Dette er med på å styrke dei utvalde artiklane. Det er ulikt korleis deltakarane er satt saman i fokusgrupper, og kor mange det er frå kvar profesjon. Dette er med på å skape eit illustrerande utval, men kvar for seg er det vanskeleg å kunne bedømme om resultatata frå artiklane gjeld for alle innan kvardagsrehabilitering, i og med at antal deltakarar er begrensa.

For å kritisk vurdere artiklane brukte vi EBPsteps (Høgskulen på Vestlandet, u.å.). Dette er ei grundig, kritisk vurderingsmal som gav oss eit betre innsyn i kva artiklane ynskja å formidle, korleis forskarane hadde arbeida, og kva resultatata fortalde oss. Allereie under den kritiske

vurderinga opplevde vi utfordringar knytt til at artiklane er skrivne på engelsk og inneheldt nye omgrep vi måtte oversette. Dette kan ha ført til at vi har fått ei ulik oppfatning av kva forfattarane ynskja å formidle i motsetnad til kva vi har tolka.

Undervegs i perioden har vi jobba kunnskapsbasert. Vi har nytta EBPsteps til å kritisk vurdere forskingsbasert kunnskap (Høgskulen på Vestlandet, u.å.). Erfaringsbasert kunnskap har vi fått frå deltakarane i studia, medan brukarkunnskap ikkje er noko vi har fått nytta i denne oppgåva, då artiklane ikkje omhandlar brukarane sine erfaringar. Likevel har studia tatt for seg viktigheita av brukarmedverknad. Stega i kunnskapsbasert praksis har vi følgd så godt som mogleg, utanom anvending og evaluering. Dette har gjort framgangsprosessen strukturert og gir eit inntrykk av kva som kan gjerast vidare i praksis (Nortvedt et al., 2012, s. 21).

Til tross for at vi byrja perioden med å skriva ein oversiktleg prosjektplan, har ikkje denne blitt følgd etter at vi endra problemstilling og forskingsspørsmål. Vi har likevel støtta oss på den med tanke på tidsplanen. Det var imidlertid ein fordel å byrja perioden med å laga ein prosjektplan, då vi fekk betre oversikt over kva som ville krevjast av oss i utarbeidinga av bacheloroppgåva. Tidleg i perioden opplevde vi at det var ein stor fordel å vere tre personar. Dette gav rom for diskusjon på dei ulike delane i oppgåva, ulike synspunkt og perspektiv, og utfylling av styrker og svakheiter. Arbeidet med forskingane gjorde vi både individuelt og i fellesskap. Som følgje av dette fekk vi nye synspunkt og betre forståing for kva artiklane ynskja å formidle.

6.0 Implikasjonar for praksis

I løpet av litteraturgjennomgangen har vi sett på dei viktigaste faktorane som artiklane trekk fram ved tverrfagleg samarbeid innan kvardagsrehabilitering.

Tverrfagleg samarbeid er ein viktig faktor i kvardagsrehabilitering, og ein er avhengig av at dette fungerer godt. For å oppnå dette blir det anbefalt å ha moglegheit til uformelle og formelle møter i løpet av ein arbeidsdag, lage rom for diskusjonar, og låg terskel for å spørje om råd. I tillegg viser artiklane tydeleg at god organisering i teamet er viktig å ha på plass. Artiklane nyttar organiseringsmodellen "rehabiliteringsteam som "motor" for hverdagsrehabilitering" (Hjelle et al., 2016b, s. 580; Hjelle et al. 2018, s. 307; Tuntland & Ness, 2014, s. 162). I denne organiseringsmodellen anbefalar dei primært at ergoterapeutar og fysioterapeutar er leiarar av teamet, og står ansvarlege for korleis intervensjonen blir utforma. I tillegg kjem det fram at jo fleire profesjonar som blir inkludert i teamet, jo betre blir samarbeidet og kunnskapsnivået blir heva (Hjelle et al., 2016b, s. 580; Birkeland et al., 2017, s. 200; Hjelle et al., 2018, s. 307).

I artiklane fokuserer dei på at brukarmedverknad er viktig med tanke på brukaren sine målsettingar og motivasjon. Brukarmedverknad er dermed ein viktig del av tenesta og for at intervensjonen skal lykkast. Artiklane framhevar at når fokuset er på brukar, vil samarbeidet i teamet fungere betre. Ved å nytte brukarmedverknad aktivt i intervensjonen, vil brukaren oppleve at dei blir høyrte og sett, og dermed føle seg deltakande i eige liv (Hjelle et al., 2016b, s. 579; Hjelle et al., 2018, s. 314; Birkeland et al., 2017, s. 198-199).

Dei positive erfaringane ser på at motivasjon og mål/målsetting er viktige faktorar i det tverrfaglege samarbeidet (Hjelle et al., 2016b, s. 579). Organiseringa av det tverrfaglege teamet påverkar også samarbeidet (Hjelle et al., 2016b, s. 580; Hjelle et al. 2018, s. 307). Det er behov for ein open dialog som gir rom for diskusjonar på dagleg basis (Hjelle et al., 2016b, s. 581; Hjelle et al., 2018, s. 313; Birkeland et al., 2017, s. 199).

Dei inkluderte studia nemner kva framtidig forskning bør sjå på. Det blir blant anna nemnd at ein kan utforske deltakarane med bachelorutdanning sine opplevingar av si faglege rolle når oppgåver blir delegert til helsepersonell utan bachelorgrad. Dei føreslår òg å innhente meir kunnskap og forståing om organiseringsformer og spesifikke roller, observasjon over tid og

individuelle intervju (Hjelle et al., 2016b, s. 584; Birkeland et al, 2017, s. 202; Hjelle et al., 2018, s. 315). I tillegg veit ein at mange kommunar vel å prioritere kvardagsrehabilitering som eit satsingsområde i tida framover (Hartviksen & Sjølie, 2017, s. 22). Vidare forskning kan derfor utforske nye aspekt ved tenesta som kan ha innverknad på utarbeiding, utføring og organisering.

7.0 Avslutning

Noreg står ovanfor store demografiske utfordringar på grunn av eit aukande antal eldre, og dermed vil behovet for at eldre skal bu heime lengst mogleg auke (helse- og omsorgsdepartementet, 2017, s. 20-21). For å møte denne utfordringa vil kvardagsrehabilitering få ei større rolle i kommunehelsetenesta i åra som kjem, der målet er at dei eldre skal kunne klare seg best mogleg i sin eigen heim (Tuntland & Ness, 2014, s. 27-30). Kvardagsrehabilitering er ei teneste som er avhengig av tverrfagleg samarbeid. Litteraturen har fokus på korleis gjennomføringa skal skje, og ikkje på kva erfaringar deltakarane i teama opplev. Vi ynskja derfor å utforske temaet ved å sjå på problemstillinga: “kva seier norsk forskning om erfaringar med tverrfagleg samarbeid innan kvardagsrehabilitering?”.

I dei utvalde artiklane var hovudfunna at organiseringa av tenesta hadde ein påverknad, god kommunikasjon mellom dei ulike profesjonane var viktig, samt ein felles struktur på arbeidet ville ha ein stor innverknad på korleis gjennomføringa vart. Artiklane trekk fram korleis tidsdisponering innan kvardagsrehabilitering anten ville begrense eller fremje samarbeidet. Eit eksempel på dette er korleis teamet sine oppgåver fordelast ved at deltakarane med bachelorutdanning opptre som leiarar av tenesta, og har ansvar for opplæring og rettleiing av heimetenesta, som har rolle som personlege trenarar (Hjelle et al., 2016b, s. 580; Hjelle et al. 2018, s. 307). Dei diskuterte òg at dei politiske føringane og nasjonale rammene ville ha ein innverknad på korleis tenesta blir gjennomført med tanke på organisering og tidsbruk (Hjelle et al., 2016b, s. 575; Birkeland et al., 2017, s. 200).

I tillegg fokuserte artiklane på korleis målsetting og brukarmedverknad ville føre til meir fokus på brukaren, og at alle dei involverte i teamet ville arbeide betre saman når det var brukaren sine mål som var leiande for intervensjonen. Motivasjon var ein viktig faktor, både med tanke på brukaren, men òg for korleis teamet arbeida saman og korleis dei vart motiverte til å arbeide saman mot brukaren sine mål (Hjelle et al., 2016b, s. 579).

I alle artiklane var deltakarane gjennomgåande positive til det tverrfaglege samarbeidet. Eit viktig fokus i det tverrfaglege samarbeidet var korleis deltakarane måtte vise respekt for

kvarandre. Dei framheva det å ha kunnskap om kvarandre sine kompetanseområder som viktig for å vite kva som krevjast av dei (Hjelle et al., 2018, s. 313-314). Dette førte til at dei kunne ha fokus på heile mennesket, alt frå medisinske utfordringar, til det psykiske og fysiske (Birkeland et al., 2017, s. 201; Hjelle et al., 2018, s. 313-314). I to av artiklane vart det nemnd at deltakarane hadde opplevd utfordringar med samarbeidet, men ikkje kva desse utfordringane var (Birkeland, 2017, s. 201; Hjelle et al. 2018, s. 315). I og med at negative erfaringar ikkje var fokus i deira forskning, anbefaler vi at vidare forskning har fokus på utfordringane innad det tverrfaglege teamet, slik at andre kan lære av deira prosess og korleis dei eventuelt løyste utfordringane.

Tuntland og Ness (2014, s. 27-30) sitt syn på rammene rundt gjennomføringa av kvardagsrehabilitering og korleis det tverrfaglege samarbeidet er bygd opp, viser likheitstrekk med funna frå artiklane. Desse likheitstrekkka er open dialog, breie roller og respekt for kvarandre. Ved å nytte kunnskapsgrunnlaget i ergoterapi kan ein sjå korleis kvardagsrehabilitering kan knytast til paradigme i ergoterapi. I tillegg kan ein sjå at CMOP-E og COPM, som høyrer til begrepsmodeller for praksis, kan bli nytta i kvardagsrehabilitering. Ved å nytte relatert viten i form av informasjon frå andre felt, vil ein tileigne seg kunnskap frå det tverrfaglege samarbeidet som er med på å skape ein tilpassa intervensjon for den enkelte brukar (Kielhofner, 2010, s. 22).

I løpet av denne prosessen har vi sett på kva dei ulike profesjonane seier om kvardagsrehabilitering, og dei gjennomgåande erfaringane er at alle er positive til vidare arbeid. Kvardagsrehabilitering er eit positivt tilskot for kommunehelsetenesta, då det har eit større fokus på brukarmedverknad enn vanleg rehabilitering (Tuntland & Ness, 2014, s. 24). Brukarmedverknad stiller høgare krav til samarbeidet mellom profesjonane og er ein viktig del av korleis tenesta utførast. Noko av det mest vesentlege vi tar med oss vidare, er behovet for openheit og moglegheit for daglege dialogar i teamet. Artiklane seier at dette er med på å skape mindre skilnader mellom profesjonane, og forbetrar samarbeidet (Hjelle et al., 2016b, s. 583; Hjelle et al., 2018, s. 313-314; Birkeland et al., 2017, s. 201).

Ved vidare arbeid med kvardagsrehabiliteringsteam, ville vi ha utforska både brukarar og pårørande sine erfaringar for å få eit større bilete og tydelegare oversikt over korleis alle dei

inkluderte opplev tenesta, då dette ikkje har vore fokus i denne oppgåva. Då kunne vi sett på om brukarane og dei pårørande sine erfaringar samsvarar med erfaringane til dei tverrfaglege teama.

Referansar

- Aveyard, H. (2019). *Doing a literature review in health and social care - A practical guide* (4. utg.). London: Open University Press.
- Bendixen, H. J. & Madsen, A. J. (2013). Referanserammer og teori i ergoterapi. I Å. Brandt, A. J. Madsen & H. Peoples (Red.), *Basisbog i ergoterapi* (s. 139-160). København: Munksgaard.
- Birkeland, A., Førland, O., Jakobsen, F. F., Langeland, E., & Tuntland, H. (2017). Interdisciplinary collaboration in reablement - a qualitative study. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, (10), s. 195-203.
- Bonsaksen, T., Ellingham, B. (2017). *Klinisk resonnering i ergoterapi*. Oslo: Mankoni Media.
- Christansen, C. H., Baum, C. M., Bass, J. D. (2015). *Occupational Therapy Performance, Participation and Well-Being* (4. utg.). USA: SLACK Incorporated.
- Endringslov til helselovgivningen. (2018). Lov om endringer i helselovgivningen (overføring av det offentlige tannhelsetjenesteansvaret, lovfesting av kompetansekrav m.m.) (LOV-2017-06-16-55). Henta frå https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2017-06-16-55/KAPITTEL_1#KAPITTEL_1
- Ergoterapeutene. (2017). Ergoterapeutenes profesjonsetikk. Henta frå <https://www.ergoterapeutene.org/ergoterapi/yrkesetiske-retningslinjer/>
- Folkehelseinstituttet. (2016a, 7. mars). Kildevalg. Henta frå <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/litteratursok/kildevalg>
- Folkehelseinstituttet. (2016b, 13. juni). Kjernesporsmål. Henta frå <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/sporsmalsformulering/kjernesporstal>

Folkehelseinstituttet. (2016c, 13. juni). Sjekklistor. Henta frå

<https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklistor>

Folkehelseinstituttet. (u.å.). Referansedatabaser innen medisin og helsefag som du har gratis tilgang til gjennom Helsebiblioteket.no. Henta frå

<https://www.helsebiblioteket.no/databaser/alle-databaser/?index=0>

Forskrift om habilitering og rehabilitering. (2011). Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator (FOR-2011-12-16-1256). Henta frå

https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2011-12-16-1256#KAPITTEL_1

Haar, K. H. & Fjetland, K. J. (2014). Hvilke dilemmaer kan oppstå, og hvordan tilrettelegge for etisk refleksjon?. I H. Tuntland & N. E. Ness (Red.), *Hverdagsrehabilitering* (s. 138-156). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Hartviksen, T. (2017). *Hverdagsrehabilitering*. I T. Hartviksen & B. Sjølie (Red.), *Hverdagsrehabilitering* (s. 17-43). Oslo: Cappelen Damm.

Hartviksen, T. A. & Sjølie, B. M. (2017). *Hverdagsrehabilitering – kvalitetsforbedring i norske kommuner*. Oslo: Cappelen Damm.

Helse- og omsorgsdepartementet. (2013). *Morgendagens omsorg* (Meld. St. 29 (2012-2013)). Henta frå

<https://www.regjeringen.no/contentassets/34c8183cc5cd43e2bd341e34e326dbd8/no/pdfs/stm201220130029000dddpdfs.pdf>

Helse- og omsorgsdepartementet. (2017). *Lov om endringer i helselovgivningen* (Prop. 71 L (2016-2017)). Henta frå

<https://www.regjeringen.no/contentassets/658a620ad1bc494ba81d2abba423aa41/no/pdfs/prp201620170071000dddpdfs.pdf>

Helse- og omsorgsdepartementet. (2018). *Leve hele livet* (Meld. St. 15 (2017-2018)). Henta frå

<https://www.regjeringen.no/contentassets/196f99e63aa14f849c4e4b9b9906a3f8/no/pdfs/stm201720180015000dddpdfs.pdf>

Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester (LOV-2011-06-24-30). Henta frå [https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30?q=Kommunal)

[30?q=Kommunal](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30?q=Kommunal)

Hjelle, K. M., Alvsvåg, H., Førland, O. (2016a). The relatives' voice: how do relatives experience participation in reablement? A qualitative study. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, (10), s. 1-11. DOI:

<http://dx.doi.org/10.2147/JMDH.S122385>

Hjelle, K. M., Skutle, O., Førland, O. & Alvsvåg, H. (2016b). The reablement team's voice: a qualitative study of how an integrated multidisciplinary team experiences participation in reablement. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, (9), s. 575-585.

DOI: <http://dx.doi.org/10.2147/JMDH.S160480>

Hjelle, K. M., Skutle, O., Alvsvåg, H. & Førland, O. (2018). Reablement teams' roles: a qualitative study of interdisciplinary teams' experiences. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, (11), s. 305-316. DOI: <http://dx.doi.org/10.2147/JMDH.S160480>

Høgskulen på Vestlandet. (u.å.). EBPsteps. Henta frå <https://ebpsteps.no>

Jepsen, G. B. & Larsen, A. E. (2013). At muliggjøre aktivitet og deltagelse hos voksne - somatisk behandling og rehabilitering. I Å. Brandt, A. J. Madsen & H. Peoples (Red.), *Basisbog i ergoterapi* (s. 361-374). København: Munksgaard.

Kielhofner, G. (2010). *Ergoterapi i praksis – det begrepsmessige grundlag* (3. utg.). København: Munksgaard.

Ness, N. E. (2014). Hvordan organisere hverdagsrehabilitering?. I H. Tuntland & N. E. Ness (Red.), *Hverdagsrehabilitering* (s. 157-169). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Ness, N. E. (2014). Hvordan samarbeide om viktighetsområder?. I H. Tuntland & N. E. Ness (Red.), *Hverdagsrehabilitering* (s. 118-137). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Ness, N. E. (2016). Hverdagsmestring. *Ergoterapeuten*, 59 (1), s. 32-37.

Nortvedt, M. W., Jamtvedt, G., Graverholt, B., Nordheim, L. V. & Reinart, L. M. (2012). *Jobb kunnskapsbasert!: en arbeidsbok* (2. utg.). Oslo: Akribe.

Pasient- og brukarrettighetsloven. (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter (LOV-1999-07-02-63). Henta frå https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63#KAPITTEL_3

Sims-Gould, J., Tong, C. E., Wallis-Mayer, L. & Ashe, M. C. (2016). Reablement, Reactivation, Rehabilitation and Restorative Interventions With Older Adults in Receipt of Home Care: A Systematic Review. *Journal of the American Medical Directors Association*, 18(8), s. 653-663. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2016.12.070>

Statistisk sentralbyrå (2018). Dette er Norge 2018. Henta frå <https://www.ssb.no/befolkning/artikler-og-publikasjoner/attachment/359877?ts=166ca623630>

Tuntland, N. (2014). Hva bør kartlegges i hverdagsrehabilitering?. I H. Tuntland & N. E. Ness (Red.), *Hverdagsrehabilitering* (s. 89-100). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Tuntland, H. (2014). Hva er utviklingen og effekten av hverdagsrehabilitering utenfor skandinavia?. I H. Tuntland & N. E. Ness (Red.), *Hverdagsrehabilitering* (s. 170-188). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Tuntland, H. (2014). Hvem kan ha nytte av hverdagsrehabilitering?. I H. Tuntland & N. E. Ness (Roed.), *Hverdagsrehabilitering* (s. 53-62). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Tuntland, H. & Ness, N. E. (2014). Hva er hverdagsrehabilitering?. I H. Tuntland & N. E. Ness (Red.), *Hverdagsrehabilitering* (s. 21-41). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Figurar og tabellar

Brandt, Å., Madsen, A. J. & Peoples, H. (2013). *Basisbog i ergoterapi*

Folkehelseinstituttet. (2016). Kunnskapspyramiden. Henta frå

https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/litteratursok/kildevalg/_attachment/256533?ts=15e27fa752d

Folkehelseinstituttet. (u.å.). Kunnskapsbasert praksis. Henta frå

<https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis>

Folkehelseinstituttet. (u.å.). Trinnene i kunnskapsbasert praksis. Henta frå:

<https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis>

Kielhofner, G. (2009). *Conceptual foundations of Occupational Therapy*

Tuntland, H. & Ness, N. E. (2014). *Hverdagsrehabilitering*

Vedlegg

Kritisk vurdering gjort i EBPsteps

Artikkel 1; Hjelle, K. M, Skutle, O, Førland, O. & Alvsvåg, H (2016).

The reablement team's voice: a qualitative study of how an integrated multidisciplinary team experiences participation in reablement

Artikkel 2; Hjelle, K. M., Skutle, O., Alvsvåg, H. & Førland, O. (2018).

Reablement teams' roles: a qualitative study of interdisciplinary teams' experiences

Artikkel 3; Birkeland, A., Tuntland, H., Førland, O., Jakobsen, F. F. & Langeland, E. (2017). Interdisciplinary collaboration in reablement - a qualitative study



EBPsteps

Bruker: Sensurert

Tema

Tema

The reablement teams voice

Reflekter

Klinisk situasjon

Ønsker å vite meir om kvardagsrehabiliteringsteam sine erfaringar frå praksis. Kvardagsrehabilitering som intervensjon er eit ganske nytt konsept i Noreg, og derfor skal vi oppsummere kvalitativ forskning frå dei fire siste åra.

Praksis

Tverrfagleg samarbeid, fagleg utveksling, møter, planlegging og organisering av intervensjon, brukermedverknad, målsetting, vurdering, tiltak, rehabilitering med bruk av ADL, fagleg diskusjon.

Annet

Det finnes ikkje klare retningslinjer på korleis kvardagsrehabilitering skal utførast. Derfor kan det vere ulik utførelser i kommunane, og det kan derfor føre til varierende erfaringar.

Spørsmålsformulering

Fyll ut relevante **PICO** elementer

P: Populasjon/pasientgruppe/brukergruppe

Team, multidisciplinary team, interdisciplinary team, Multidisciplinary care team, collaboration, healthcare professionals

I: Intervensjon/eksponering/situasjon

Reablement, Rehabilitation, Home Rehabilitation, Occupational Therapy

C: Kontroll/sammenligningstiltak

Ikke svart

O: Utfall/endepunkt

Experience

Basert på PICO elementene formuler et presist spørsmål

Kva seier forskning om kvardagsrehabiliteringsteamet sine erfaringar frå gjennomføring av kvardagsrehabilitering?

Hvilket type kjernes spørsmål du trenger informasjon om?

Erfaringer og holdninger

Litteratursøk

Hvor har du søkt?

Oppslagsverk, fagprosedyrer og retningslinjer

Kilder til oppsummert forskning

Andre databaser

AMED

CINAHL

PubMed

Andre

Spesifiser

Oria gjennom biblioteket på HVL

Hvor fant du kunnskapen du vil bruke i denne vurderingen?

PubMed

Legg inn lenke til artikkelen/kapitlet/nettsiden du vil bruke

https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5098780/?fbclid=IwAR2htpZZc34Uyx18GA2gdIt_3fNp_g094eAixlv-MWmblgkgwyUYD4pNEHc

Begrunn valg av kilde/database

Vi valde å bruke Pubmed som kilde/database fordi det er ein database med eit høgt søkegrensesnitt, og har referansar frå mange engelske samandrag. Vi oppfattar den som ein kildekritisk database då eg finn den på helsebiblioteket.no si side og i fagressursane til Høgskulen på Vestlandet. Den blir også framheva i Kunnskapspyramiden med eksempler på kilder.

Beskriv søkeord og hvordan du kombinerte dem

(Reablement AND Team)

Kritisk vurdering

Velg relevant sjekkliste for kritisk vurdering

Kvalitativ forskning

Kvalitativ forskning

1. Er formålet med studien klart formulert?

Ja

Kommentar

Målet med denne studien var å utforske og beskrive korleis eit integrert tverrfagleg team i Noreg opplev deltaking i kvardagsrehabilitering

2. Er kvalitativ metode hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen?

Ja

Kommentar

Metoden i studien er hensiktsmessig forhold til at vi ønsker å finne erfaringsbasert kunnskap.

Er studiedesignet hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen?

Ja

Kommentar

Studien utdjuvar om korleis dei har innhenta opplysningar om erfaringar frå kvardagsrehabilitering. Dette har dei gjort ved å bruke fokusgrupper med helsepersonell som har vore ein del av kvardagsrehabiliteringsteamet

4. Er utvalget hensiktsmessig for å besvare problemstillingen?

Vet ikke

Kommentar

Studien har ikkje redegjort for rekrutteringa, og heller ikkje om nokon valte å ikkje delta. Likevel har studien presisert at rekrutteringa har blitt gjort gjennom prosjektlederen for kvardagsrehabilaering i den gitte kommunen. Karakteristika ved utvalget har blitt beskrevet i studien der alle deltakerne var kvinner over 30 år.

5. Ble dataene samlet inn på en slik måte at problemstillingen ble besvart?

Ja

Kommentar

Metoden er god for å belyse problemstillinga då intervju er den beste måten å få erfaringsbasert kunnskap på. Studien presiserar at dei har brukt semi-strukturert intervju i fokusgrupper, og at dei har tatt opptak av intervjueuene for å det mest autentisk. Studien beskriver også intervjuguiden dei har nytta under intervjuene. Dei valte også å gjennomføre intervjuene utanfor kontorene deira, men i lokalområdet.

6. Går det klart fram hvordan analysen ble gjennomført? Er fortolkningen av data forståelig, tydelig og rimelig?

Ja

Kommentar

Det er tydeleg korleis forfatterane har gått fram for å analysere funna i studien. Dei har brukt fenomenologisk analyse, der dei tydelege har tatt steg for steg. Vi ser også ein samanheng mellom sitater og inndeling av resultatene, men dette kunne ha vore styrka om dei hadde presisert yrke til personen som er sitert. Dei beskriv at dei har valt å anonymisere kven som har sagt kva, då deltakarane kjem i frå ein liten kommune. Likevel har dei ikkje tatt med motstridande data i analysen.

7. Ble det redegjort for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data?

Vet ikke

Kommentar

Det er ikkje oppgitt den faglege bakgrunnen til forskarane, så det er derfor usikkert om forskningsresultatet har blitt påverka av perspektivet til forskaren. Datainnsamling har skjedd ved bruk av fokusgrupper, der dei har delt

deltakarane i grupper ut i frå dei med bachelorutdanning (2 intervju) og dei utan bachelorutdanning (1 intervju). Under det andre fokusgruppeintervjuet til gruppa som har bachelorutdanning, deltok eine prosjektleiaren under intervjuet. Dette kan ha hatt ein påverknad på kvaliteten av intervjuet og vidare påverknad på resultatet. Forskarane meiner at dette ikkje har hatt ein påverknad på resultatata, men dei oppgir ingen begrunning på dette.

8. Er det gjort forsøk på å underbygge funnene?

Ja

Kommentar

I studien er det brukt fire andre studiar for å underbygge funna. Desse blir beskrive i innleiinga, og trekt inn i diskusjonsdelen.

9. Er etiske forhold vurdert?

Ja

Kommentar

Studien blei forklart for deltakarane, og deltakarane skreiv under på samtykke. Studien er blitt godkjent av NSD.

10. Kommer det klart fram hva som er hovedfunnene i undersøkelsen?

Ja

Kommentar

Resultata blir presentert i tre hovudfunn, og blir presentert ved bruk av sitat og oppsummering. Det er erfaringar ved dei tre hovudfunna som blir presentert.

11. Hvor nyttige er funnene fra denne studien?

Ja

Kommentar

Ja, funna er nyttige. Resultata viser at deltakarane har positive erfaringar. Funna kan vere med på å utvikle eit betre samarbeid mellom dei ulike profesjonane, og presiserer kva som er viktig å fokusere på ved vidare arbeid.

Anvend

Har du [anvendt](#) den forskningsbaserte kunnskapen du har funnet?

Nei

Beskriv hvordan

Ikke svart

Kommenter

Vi skal bruke resultata i utarbeiding av vår bacheloroppgåve.

Hvordan samarbeidet du med pasient/bruker for å komme frem til en beslutning?

Spesifiser

Ikke svart

Hvorfor kan du ikke bruke kunnskapen du fant?

Spesifiser

Ikke svart

Evaluer

Hvis du endret praksis: hvordan vil du evaluere endringene?

Ikke svart

Evaluer hvordan du har fulgt og gjennomført trinnene (spørsmålsformulering, søk, kritisk vurdering og anvende). Hva var bra og hva vil du gjøre annerledes neste gang?

Ikke svart



Bruker: Anonym bachelor

Tema

Tema

The reablement teams' roles

Reflekter

Klinisk situasjon

Ynskjer å vite meir om kvardagsrehabiliteringsteam sine erfaringar frå praksis. Kvardagsrehabilitering som intervensjon er eit ganske nytt konsept i Noreg, og derfor skal vi oppsummere kvalitativ forskning frå dei fire siste åra.

Praksis

Tverrfagleg samarbeid, fagleg utveksling, møter, planlegging og organisering av intervensjon, brukermedverknad, målsetting, vurdering, tiltak, rehabilitering med bruk av ADL, fagleg diskusjon.

Annet

Det finnes ikkje klare retningslinjer på korleis kvardagsrehabilitering skal utførast. Derfor kan det vere ulik utførelser i kommunane, og det kan derfor føre til varierende erfaringar.

Spørsmålsformulering

Fyll ut relevante PICO elementer

P: Populasjon/pasientgruppe/brukergruppe

Team, multidisciplinary team, interdisciplinary team, Multidisciplinary care team, collaboration, healthcare professionals

I: Intervensjon/eksponering/situasjon

Reablement, Rehabilitation, Home Rehabilitation, Occupational Therapy

C: Kontroll/sammenligningstiltak

Ikke svart

O: Utfall/endepunkt

Experience

Basert på PICO elementene formuler et presist spørsmål

Kva seier forskning om kvardagsrehabiliteringsteamet sine erfaringar frå gjennomføring av kvardagsrehabilitering?

Hvilket type [kjernes spørsmål](#) du trenger informasjon om?

Erfaringer og holdninger

Litteratursøk

Hvor har du søkt?

Oppslagsverk, fagprosedyrer og retningslinjer

Kilder til oppsummert forskning

Andre databaser

AMED

CINAHL

PubMed

Andre

Spesifiser

Oria gjennom biblioteket på HVL

Hvor fant du kunnskapen du vil bruke i denne vurderingen?

PubMed

Legg inn lenke til artikkelen/kapitlet/nettsiden du vil bruke

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6037265/>

Begrunn valg av kilde/database

Vi valde å bruke PubMed som kilde/database fordi det er ein database med eit høgt søkegrensesnitt, og har referansar frå mange engelske samandrag. Vi oppfattar den som ein kildekritisk database då vi finn den på helsebiblioteket.no si side og i fagressursane til Høgskulen på Vestlandet. Den blir også framheva i Kunnskapspyramiden med eksempel på kjelder.

Beskriv søkeord og hvordan du kombinerte dem

Reablement AND team

Kritisk vurdering

Velg relevant sjekkliste for kritisk vurdering

Kvalitativ forskning

Kvalitativ forskning

1. Er formålet med studien klart formulert?

Ja

Kommentar

Utforske og beskrive rollene i ulike tverrfagleg team i kvardagsrehabiliteringstilbod i Noreg.

2. Er kvalitativ metode hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen?

Ja

Kommentar

Kvalitativ metode er hensiktsmessig då studien har som formål å forstå og belyse erfaringar frå tverrfaglege team og deira roller.

Er studiedesignet hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen?

Ja

Kommentar

Studien har 27 deltakarar, som er fordelte i 3 fokusgrupper, der 2 av dei er i kommunar med ca. like mange innbyggjarar og 1 i by. Ved analysing av data blei intervju tatt opptak av. Analysinga av data blei også gjennomgått ved 4 ulike steg, som er oppgitt i studien. Deltakarane blei rekruttert ved at den lokale prosjektleiaren for kvardagsrehabiliteringsteamet kontakta dei. Kriterie var at deltakarane hadde erfaring innan utøving av kvardagsrehabilitering. Det var frivillig å delta.

4. Er utvalget hensiktsmessig for å besvare problemstillingen?

Ja

Kommentar

Karakteristika ved utvalet er beskrive med alder, kjønn og yrke. Det er totalt 7 fysioterapeutar, 6 ergoterapeutar, 3 sjukepleiar, 1 vernepleier, 4 helsefagarbeidarar og 6 pleieassistentar. Alle deltakarane er kvinner i alderen 30-60 år. Det er ikkje gjort rede for om nokre valde å ikkje delta, og begrunning for dette.

5. Ble dataene samlet inn på en slik måte at problemstillingen ble besvart?

Ja

Kommentar

Kvalitativ forskingsmetode er god for å belyse problemstillinga, då dei brukar fokusgruppeintervju for å få fram erfaringar, og diskusjonar rundt dette. Fokusgruppene er delte inn etter kommune og by. I tillegg til å dele deltakarane inn i fokusgrupper, er den eine fokusgruppa som er i byen delt inn i 3 mindre grupper ut i frå profesjon. Dette er blitt gjort for å kunne gå endå meir i dybden i innhenting av informasjon. Det er ulike semistrukturerte intervju med ein intervjuguide basert på studien sitt formål, og nye spørsmål dukka opp undervegs.

6. Går det klart fram hvordan analysen ble gjennomført? Er fortolkningen av data forståelig, tydelig og rimelig?

Ja

Kommentar

Analysen blei gjennomført ved fenomenologisk analyse. Forskarane analyserte først resultatata individuelt, og etterpå fulgte dei 4 steg for analyse, som står beskrive i studien. Motstridande data er ikkje beskrive. Det er ein klar samanheng mellom innsamla data og kategoriane, som er delt i 3 i resultatdelen.

7. Ble det redegjort for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data?

Ja

Kommentar

Det står beskrive kva forskar som var med på kva slags intervju. I den fokusgruppa som var delt i 3, var ein av forskarane til stades med kvar si gruppe. Forskarane har ikkje gjort reie for sine teoretiske ståstader og faglege bakgrunnar.

8. Er det gjort forsøk på å underbygge funnene?

Ja

Kommentar

Det er gjort forsøk på å underbygge funna ved å vise til tidlegare forskning i innleiing og diskusjon. Dei trekk fram at det er viktig å sjå på dei kulturelle forskjellane, klientsentrert praksis, skifte i arbeidskulturen.

9. Er etiske forhold vurdert?

Ja

Kommentar

Deltakarane er på forhand informert om studien sitt innhald og intervju, og har sjølv vald å delta i studien. Studien er godkjent av NSD.

10. Kommer det klart fram hva som er hovedfunnene i undersøkelsen?

Ja

Kommentar

Hovudfunne er oppsummert i dei ulike rollene, som er presentert i 3 punkt. Desse står beskrive i resultatdelen. Funna blei diskutert i lys av formålet med studien.

11. Hvor nyttige er funnene fra denne studien?

Ja

Kommentar

Ja, funne er nyttige. Dei tar for seg både mindre kommunar og ein større by, slik at resultat kan tilpassast ulike team. Eit tverrfagleg samarbeid skapar trygghet i praksis, spesielt for helsefagarbeidarane. Det er viktig at det er struktur i samarbeidet, og at alle kjenner til sine roller og oppgaver.

Anvend

Har du [anvendt](#) den forskningsbaserte kunnskapen du har funnet?

Nei

Beskriv hvordan

Ikke svart

Kommenter

Vi skal bruke resultat i utarbeiding av vår bacheloroppgåve.

Hvordan samarbeidet du med pasient/bruker for å komme frem til en beslutning?

Spesifiser

Ikke svart

Hvorfor kan du ikke bruke kunnskapen du fant?

Spesifiser

Ikke svart

Evaluer

Hvis du endret praksis: hvordan vil du evaluere endringene?

Ikke svart

Evaluer hvordan du har fulgt og gjennomført trinnene (spørsmålsformulering, søk, kritisk vurdering og anvende). Hva var bra og hva vil du gjøre annerledes neste gang?

Ikke svart



EBPsteps

Bruker: Anonym bachelor

Tema

Tema

Interdisciplinary collaboration in reablement

Reflekter

Klinisk situasjon

Ynskjer å vite meir om kvardagsrehabiliteringsteam sine erfaringar frå praksis. Kvardagsrehabilitering som intervensjon er eit ganske nytt konsept i Noreg, og derfor skal vi oppsummere kvalitativ forskning frå dei fire siste åra.

Praksis

Tverrfagleg samarbeid, fagleg utveksling, møter, planlegging og organisering av intervensjon, brukermedverknad, målsetting, vurdering, tiltak, rehabilitering med bruk av ADL, fagleg diskusjon.

Annet

Det finnes ikkje klare retningslinjer på korleis kvardagsrehabilitering skal utførast. Derfor kan det vere ulik utførelser i kommunane, og det kan derfor føre til varierende erfaringar.

Spørsmålsformulering

Fyll ut relevante PICO elementer

P: Populasjon/pasientgruppe/brukergruppe

Team, multidisciplinary team, interdisciplinary team, Multidisciplinary care team, collaboration, healthcare professionals

I: Intervensjon/eksponering/situasjon

Reablement, Rehabilitation, Home Rehabilitation, Occupational Therapy

C: Kontroll/sammenligningstiltak

Ikke svart

O: Utfall/endepunkt

Experience

Basert på PICO elementene formuler et presist spørsmål

Kva seier forskning om kvardagsrehabiliteringsteamet sine erfaringar frå gjennomføring av kvardagsrehabilitering?

Hvilket type [kjernespørsmål](#) du trenger informasjon om?

Erfaringer og holdninger

Litteratursøk

Hvor har du søkt?

Oppslagsverk, fagprosedyrer og retningslinjer

Kilder til oppsummert forskning

Andre databaser

AMED

CINAHL

PubMed

Andre

Spesifiser

Oria gjennom biblioteket på HVL

Hvor fant du kunnskapen du vil bruke i denne vurderingen?

Andre

Legg inn lenke til artikkelen/kapitlet/nettsiden du vil bruke

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5426462/>

Begrunn valg av kilde/database

Kvalitetssikra gjennom Høgskulen på Vestlandet sitt digitale bibliotek. Posta i "Journal of Multidisciplinary Health".

Beskriv søkeord og hvordan du kombinerte dem

Reablement AND interdisciplinary team

Kritisk vurdering

Velg relevant sjekkliste for kritisk vurdering

Kvalitativ forskning

Kvalitativ forskning

1. Er formålet med studien klart formulert?

Ja

Kommentar

Å forklare korleis det tverrfaglege samarbeidet fungerer innan kvardagsrehabilitering i norske helsetenester.

2. Er kvalitativ metode hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen?

Nei

Kommentar

Studien har som formål å forstå og belyse erfaringar frå tverrfaglege team.

Er studiedesignet hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen?

Ja

Kommentar

Studien er ein del av eit større forskings- og evalueringsprosjekt i 43 kommunar i regi av Helsedirektoratet.

Denne studien har 33 deltakarar frå 7 kommunar, der personane er valt ut i frå kvardagsrehabiliteringsteam som har drive med kvardagsrehabilitering dei to siste åra. Datainnsamling blei gjort ved bruk av fokusgruppeintervju. Deltakarane blei delt inn i fokusgrupper med 4-6 deltakarar i kvar gruppe. Intervjuet varte i 1-1,5 time, og blei gjennomført i dei ulike kommunane. Ved analysing av data blei intervju tatt opptak av for å hugse kva kontekst ting blei sagt i. Analysing av data blei også gjennomgått ved 7 ulike steg, som er oppgitt i studien.

4. Er utvalget hensiktsmessig for å besvare problemstillingen?

Ja

Kommentar

Utvalet er hensiktsmessig for å besvare på problemstillinga fordi deltakarane er delt i 7 team/kommunar, som vil kunne gi mange ulike erfaringar og synsvinklar. Dei foretrakk å ha deltakarar med ei bachelorutdanning, som har erfaring innan kvardagsrehabilitering saman med andre profesjonar. Karakteristika som kjønn og alder er ikkje beskreve, men det er yrka/profesjonane. Det er ikkje gjort rede for om nokre takka nei til å delta i studien, og om eventuelt kvifor.

5. Ble dataene samlet inn på en slik måte at problemstillingen ble besvart?

Ja

Kommentar

Kvalitativ forskingsmetode er god for å belyse problemstillinga, då dei brukar fokusgruppeintervju for å få fram erfaringar, og diskusjonar rundt dette. Det er utarbeida ein intervjuguide basert på studien sitt formål, men forskarane beskriv at dei ikkje trengte å spørre deltakarane direkte, då dei ga mykje informasjon og refleksjonar utan direkte spørsmål (semi-strukturert intervju). Fokusgruppene blei delte inn etter kommunetilhøyrighet, og datainnsamlinga skjedde i dei ulike kommunane.

6. Går det klart fram hvordan analysen ble gjennomført? Er fortolkningen av data forståelig, tydelig og rimelig?

Ja

Kommentar

Analysen blei gjennomført ved bruk av intervju med lydopptak og transkribering, og det står beskreve i forskinga korleis dei har gått fram for å analysere data. Det er brukt hermeneutisk tilnærming. Det er ikkje redegjort for motstridande data. Vi ser ein samanheng mellom sitat og kategoriane som forskaren har kome fram til. Dette blir beskreve i resultatdelen.

7. Ble det redegjort for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data?

Ja

Kommentar

Då datainnsamlinge foregjeikk, var det leiarar som var med i fokusgruppene. Dette kan ha påverka kvaliteten av funna, då dei andre deltakarane kan ha begrensa sine utsagn. Ein annan faktor som kan ha påverka fortolkinga kan vere at nokre har meir erfaring innan kvardagsrehabilitering enn andre, og dei er vande med ulik organisering i forhold til om dei samarbeidar med eller utan heimetenesta. Forskaren har ikkje gjort reie for sin faglege bakgrunn og teoretiske ståstad.

8. Er det gjort forsøk på å underbygge funnene?

Ja

Kommentar

Det er trekt inn andre kilder for å underbygge funna, blant anna ei Cochrane oversikt som tar for seg positive erfaringar med tverrfaglige team i kvardagsrehabilitering.

9. Er etiske forhold vurdert?

Ja

Kommentar

Deltakarane har fått både munnleg og skriftleg informasjon om studien og korleis den skal foregå. Det var frivillig å delta, og deltakarane skreiv under samtykke. Deltakarane blei informerte om at dei når som helst kunne trekke seg frå studien. Studien blei godkjent av "The Regional Ethical Committee for Medical and Health Research Ethics".

10. Kommer det klart fram hva som er hovedfunnene i undersøkelsen?

Ja

Kommentar

Hovudfunna er oppsummert i fire punkt i resultatdelen. Desse funna blei diskutert i lys av forskingsspørsmålet.

11. Hvor nyttige er funnene fra denne studien?

Ja

Kommentar

Ja, funne er nyttige. Når deltakarane kommuniserer meir, lærer dei meir og samarbeidet blir betre. Det kan vere at ein må ta på seg andre oppgåver enn det profesjonen tilseier, så ein må vere klar over sine roller og oppgåver.

Anvend

Har du anvendt den forskningsbaserte kunnskapen du har funnet?

Nei

Beskriv hvordan

Ikke svart

Kommenter

Vi skal bruke resultat i utarbeiding av vår bacheloroppgåve.

Hvordan samarbeidet du med pasient/bruker for å komme frem til en beslutning?

Spesifiser

Ikke svart

Hvorfor kan du ikke bruke kunnskapen du fant?

Spesifiser

Ikke svart

Evaluer

Hvis du endret praksis: hvordan vil du evaluere endringene?

Ikke svart

Evaluer hvordan du har fulgt og gjennomført trinnene (spørsmålsformulering, søk, kritisk vurdering og anvende). Hva var bra og hva vil du gjøre annerledes neste gang?

Ikke svart