



# Høgskulen på Vestlandet

## Bacheloroppgave

BFY330-O-2022-VÅR-FLOWassign

### Predefinert informasjon

<b>Startdato:</b>	09-05-2022 09:00	<b>Termin:</b>	2022 VÅR
<b>Sluttdato:</b>	16-05-2022 14:00	<b>Vurderingsform:</b>	Norsk 6-trinns skala (A-F)
<b>Eksamensform:</b>	Bacheloroppgave		
<b>Flowkode:</b>	203 BFY330 1 O 2022 VÅR		
<b>Intern sensor:</b>	(Anonymisert)		

### Deltaker

<b>Kandidatnr.:</b>	420
---------------------	-----

### Informasjon fra deltaker

<b>Antall ord *:</b>	7984
----------------------	------

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

### Gruppe

<b>Gruppenavn:</b>	(Anonymisert)
<b>Gruppenummer:</b>	28
<b>Andre medlemmer i gruppen:</b>	Deltakeren har innlevert i en enkeltmannsgruppe

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



## BACHELOROPPGAVE

«Kommunefysioterapeuters erfaringer med det tverrfaglige samarbeidet i rehabilitering av hjemmeboende personer etter hjerneslag»

«Community physiotherapists experiences with interdisciplinary collaboration in the rehabilitation of persons living at home after a stroke”

### Kandidatnummer 420

Bachelor i fysioterapi, F19

Fakultet for helse- og sosialvitenskap

Institutt for helse og funksjon

Innleveringsdato: 16.05.22

Antall ord: 7984

## Forord

Jeg vil benytte muligheten til å takke de to informantene som har latt meg få innsikt i deres arbeidshverdag gjennom personlige erfaringer og tanker. Uten dere ville det ikke vært mulig å skrive denne oppgaven. Jeg vil også takke min veileder for nyttige tilbakemeldinger og god veiledning gjennom hele prosjektet.

Arbeidet med bacheloroppgaven har vært en svært lærerik prosess der jeg har lagt ned mye tid, arbeid og engasjement. Jeg både tror og håper at læringsutbyttet jeg har fått gjennom arbeidet med denne oppgaven vil gi meg et positivt utbytte i min fremtidige hverdag som fysioterapeut.

God lesing!

Bergen, 16.05.22

## Sammendrag

**Tittel:** Kommunefysioterapeuters erfaringer med det tverrfaglige samarbeidet i rehabilitering av hjemmeboende personer etter hjerneslag.

**Problemstilling:** *«Hvordan erfarer fysioterapeuter i kommunehelsetjenesten det tverrfaglige samarbeidet i rehabilitering av hjemmeboende personer etter hjerneslag?»*

**Metode:** For å besvare problemstillingen har jeg benyttet kvalitativ metode. Jeg gjennomførte semistrukturerte intervjuer med to fysioterapeuter med lang erfaring fra rehabilitering etter hjerneslag og tverrfaglig samarbeid i Innsatsteam. Intervjuene ble transkribert ordrett og analysert med Malteruds (2017) metode for systematisk tekstkondensering.

**Resultat:** Det tverrfaglige samarbeidet oppleves spesielt fordelaktig særlig ved komplekse og sammensatte problemstillinger etter hjerneslaget. Brukermedvirkning står hele tiden i sentrum av rehabiliteringen. Samarbeidet bidrar i større grad til å se helheten i brukerens liv. I tillegg lærer faggruppene av hverandre og prioriterer tid på veiledning og opplæring. De ulike faggruppene i teamet fordeler ansvar og oppgaver mellom seg. Både det å tørre å ta andres arbeidsoppgaver samt slippe hverandre inn på sine områder og fagfelt påpekes som nødvendig, noe som også oppleves krevende. Samhandlingen og koordineringen mellom alle de ulike tjenestene som er etablert oppleves også utfordrende. Både tillit, kommunikasjon og det å ha tilstrekkelig kjennskap til hverandre erfares som nødvendige forutsetninger for å oppnå et godt tverrfaglig samarbeid.

**Konklusjon:** Resultatene forteller at det tverrfaglige samarbeidet erfares nyttig, men også krevende. Spesielt ved komplekse og sammensatte problemstillinger etter hjerneslaget oppleves samarbeidet svært fordelaktig. Samarbeidet kan derimot gå utover faggruppens autonomi der en kan føle at en mister litt kontroll på sine oppgaver og sitt ansvar.

## Abstract

**Title:** Community physiotherapists experiences concerning interdisciplinary collaboration in the rehabilitation of persons living at home after a stroke.

**Research question:** *“How do physiotherapists in the Community Health Service experience the interdisciplinary collaboration in the rehabilitation of persons living at home after a stroke?”*

**Method:** To answer the research question, I used the qualitative method. I conducted semistructured interviews with two physiotherapists who had experience with patient rehabilitation after stroke and interdisciplinary collaboration with the response team. The interviews were transcribed verbatim and analyzed using Malterud’s (2017) method for systematic text condensation.

**Results:** The interdisciplinary collaboration is perceived as very beneficial for complex functional problems after a stroke. User participation is the main focus during rehabilitation. The collaboration contributes to seeing the user's life as a whole. Additionally, the professional groups will learn from each other and prioritize spending time for guidance and training. The tasks and responsibilities are distributed among the different professional groups. Both daring to take on other coworkers’ tasks, as well as letting each other into their own professional areas are highlighted as necessary, but also challenging. The interaction and coordination between all the various services that have been established are also experienced as demanding. Both trust, communication, and having sufficient knowledge of each other are experienced as necessary prerequisites for achieving good interdisciplinary collaboration.

**Conclusion:** The results show that interdisciplinary collaboration is experienced as useful yet challenging. Especially with complex functional problems after a stroke, collaboration is experienced as very beneficial. On the other hand, the collaboration can go beyond the autonomy of the professional groups where one can feel that one loses some control over one’s tasks and responsibilities.

## Innholdsfortegnelse

<b>1.0 Innledning</b> .....	<b>7</b>
1.1 Bakgrunn for valg av tema .....	7
1.2 Hensikt og problemstilling.....	8
1.3 Oppbygning av oppgaven.....	8
<b>2.0 Teori</b> .....	<b>9</b>
2.1 Vitenskapsteoretisk perspektiv .....	9
2.2 Forforståelse.....	9
2.3 Hjerneslag - Definisjon .....	10
2.4 Den kommunale helse- og omsorgstjenesten – Fysioterapeutens rolle .....	10
2.5 Rehabilitering .....	10
2.5.1 Hjemmebasert rehabilitering .....	11
2.6 Tverrfaglig samarbeid.....	11
2.6.1 Samhandlingsreformen .....	11
2.6.2 Begrepsbruk .....	11
2.6.3 Forutsetninger for å oppnå et godt tverrfaglig samarbeid .....	12
2.6.4 Tverrfaglige rehabiliteringsteam – Tjenesten Innsatsteam .....	12
<b>3.0 Metode:</b> .....	<b>14</b>
3.1 Valg av metode.....	14
3.2 Valg av informanter .....	15
3.3 Forberedelse til intervju .....	15
3.4 Gjennomføring av intervju .....	16
3.5 Bearbeiding av datamateriale .....	17
3.5.1 Transkripsjon .....	17
3.5.2 Analyseprosessen .....	17
3.6 Etske aspekter .....	18
<b>4.0 Resultat</b> .....	<b>19</b>
4.1 Presentasjon av informanter.....	19
4.2 Organiseringen av det tverrfaglige samarbeidet - Internt i Innsatsteamet.....	19
4.2.1 Tverrfaglige samarbeidsmøter og antall fagpersoner – Viktigheten av kommunikasjon .....	19
4.2.2 Det første møtet – Kartlegging av behov og mål .....	20
4.2.3 Ansvar og fordeling av oppgaver – «Du eier ingen brukere» .....	20
4.3 Eksterne samarbeidspartnere .....	21
4.3.1 Fastlege, logoped, synspedagog og hjemmetjenesten.....	21

4.3.2 Pårørende .....	22
4.4 Tverrfaglighet på godt og vondt – sentrale styrker og utfordringer .....	22
4.4.1 Et helhetlig bilde – «Flere ser med flere øyne» .....	22
4.4.2 Kjennskap til hverandre – «De vet for lite om meg» .....	23
4.4.3 Mange teambaserte tjenester - Den praktiske samkjøringen .....	23
<b>5.0 Resultatdiskusjon .....</b>	<b>24</b>
5.1 Brukermedvirkning i sentrum .....	24
5.2 Ansvar og fordeling av oppgaver i teamet .....	25
5.3 Tverrfaglig samarbeid ved komplekse og sammensatte problemstillinger .....	25
5.3.1 Logoped, synspedagog, hjemmetjenesten og pårørende .....	26
5.4 Kjennskap til hverandre og formidling av egen fagspesifikk kompetanse.....	27
5.5 Samhandling og koordinering mellom ulike teambaserte tjenester .....	28
<b>6.0 Metodediskusjon.....</b>	<b>29</b>
6.1 Valg av metode.....	29
6.2 Valg av informanter .....	29
6.3 Forberedelse og gjennomføring av intervju.....	30
6.4 Bearbeiding av data.....	30
6.4.1 Transkripsjon .....	30
6.4.2 Analyseprosessen .....	31
6.5 Validitet og overførbarhet.....	31
<b>7.0 Implikasjoner for fysioterapi praksis .....</b>	<b>32</b>
<b>8.0 Konklusjon .....</b>	<b>33</b>
<b>9.0 Referanseliste .....</b>	<b>34</b>
<b>Vedlegg 1: Informasjonsskriv og samtykkeerklæring.....</b>	<b>39</b>
<b>Vedlegg 2: Intervjuguide.....</b>	<b>42</b>
<b>Vedlegg 3: Transkripsjon 1.....</b>	<b>44</b>
<b>Vedlegg 4: Transkripsjon 2.....</b>	<b>59</b>
<b>Tabeller og figurer.....</b>	
Tabell 3.1: <i>Begrepsbruk på ulike analysetrinn i systematisk tekstkondensering.....</i>	<b>18</b>



## 1.0 Innledning

### 1.1 Bakgrunn for valg av tema

Akutt hjerneslag rammer over 13 000 mennesker i Norge årlig (Folkehelseinstituttet, 2020) og 13,7 millioner årlig på verdensbasis (World Health Organization, 2021). Av disse vil om lag en tredjedel ha en varig funksjonshemning som påvirker hverdagen. Hyppigheten av hjerneslag forventes å øke i takt med stadig flere eldre i befolkningen (Norsk hjerneslagregister, 2020). På grunn av en klar nedgang i dødeligheten de siste 30-40 årene, lever stadig flere med følgetilstander etter hjerneslaget (Norsk hjerneslagregister, 2020). Dette medfører et økt rehabiliteringsbehov og her har fysioterapeuter en svært viktig rolle. For å øke sjansen for gjenvinning av tapte funksjoner, viser forskning nødvendigheten med tidlig og aktiv rehabilitering. En viktig suksessfaktor for å oppnå god rehabilitering og gjenvinning av funksjonstap hos pasientgruppen, er tverrfaglig oppfølging (Skar & Bjerke, 2021). Etter utskrivingsfasen er det kommunen som hovedsakelig overtar oppfølgingsansvaret av personen (Skar & Bjerke, 2021).

Tidlig og godt koordinert utskrivning fra sykehuset, i tillegg til oppfølging av et tverrfaglig team i hjemmet, kan øke personens mulighet til å klare seg hjemme samt gjenoppta sine hverdagsaktiviteter (Holte et al., 2018). I dag siktes det mot at flere personer etter hjerneslag skal rehabiliteres videre hjemme, så sant de kan (Hillier & Inglis-Jassiem, 2010). Spesielt anbefales personer med lette til moderate funksjonsutfall etter hjerneslag å få tverrfaglig oppfølging og rehabilitering hjemme (Kvilhaugsvik & Husøy, 2015). I følge Randström et al. (2014) er det manglende kunnskap av tverrfaglige team sine opplevelser av rehabilitering i hjemmemiljøet.

Temaet jeg har valgt opptar meg særlig fordi jeg finner rehabilitering og hjerneslag svært interessant og spennende. I tillegg ønsker jeg å øke min kunnskap om hvordan det tverrfaglige samarbeidet omkring personer rammet av hjerneslag foregår. Gjennom mine praksisperioder på fysioterapiutdanningen har jeg erfart viktigheten av gode samarbeid mellom ulike yrkesgrupper for at personer etter hjerneslag skal oppnå størst mulig utbytte av rehabiliteringen. Som ferdigutdannet fysioterapeut ønsker jeg også å kunne være godt nok rustet til å gi best mulig helsehjelp til denne pasientgruppen.

## **1.2 Hensikt og problemstilling**

Formålet med bachelorprosjektet er å undersøke hvilke erfaringer kommunefysioterapeuter har med tverrfaglig samarbeid i rehabilitering av hjemmeboende personer etter hjerneslag. Jeg ønsker å gå i dybden på temaet gjennom fysioterapeuters erfaringer, og innhente kunnskap om deres tanker og refleksjoner knyttet til hvordan samarbeidet foregår ute i kommunene samt hvordan de opplever dette. Basert på oppgavens bakgrunn og hensikt har jeg valgt følgende problemstilling;

*«Hvordan erfarer fysioterapeuter i kommunehelsetjenesten det tverrfaglige samarbeidet i rehabilitering av hjemmeboende personer etter hjerneslag?»*

## **1.3 Oppbygning av oppgaven**

I kapittel 2 viser jeg til relevant teori som er nødvendig for å besvare oppgavens problemstilling. Metoden som ble valgt i prosjektet beskriver jeg i kapittel 3 og resultatene etter analyseprosessen presenteres i kapittel 4. I kapittel 5 diskuterer jeg resultatene i lys av teori. I kapittel 6 diskuterer jeg mine valg av metode. Implikasjoner for fysioterapipraksis presenteres i kapittel 7 og i kapittel 8 presenterer jeg oppgavens konklusjon som har til hensikt å besvare problemstillingen. Til sist følger referanseliste og vedlegg, med informasjonsskriv, intervjuguide og transkripsjon av intervjuene.

## 2.0 Teori

I følgende kapittel presenterer jeg vitenskapsteoretisk perspektiv, egen forforståelse samt begreper og teoretiske perspektiver som er relevant for resultatene fra intervjuene.

### 2.1 Vitenskapsteoretisk perspektiv

Et fenomenologisk perspektiv ble valgt i oppgaven. Denne tilnærmingen forsøker å forstå betydningen eller essensen av et fenomen fra perspektivet til de menneskene som studeres. Utfra tilnærmingen er målet å innhente opplysninger om deltakernes erfaringer, i lojalitet til deres versjon av sin historie (Malterud, 2017, s. 134). I fenomenologien er det det subjektive som er kilden til kunnskap, fordi forskerens oppmerksomhet rettes mot verden slik den erfares for subjektet, altså den som intervjues eller studeres (Thornquist, 2009, s. 189).

### 2.2 Forforståelse

Forforståelse er som en ryggsekk med bagasje som vi tar med oss inn i et forskningsprosjekt. Ryggsekken består av erfaringer, hypoteser, faglig perspektiv og teori som konstant påvirker måten vi samler, leser og tolker datamateriale. Den kan både styrke prosjektet, men også trekke det ned (Malterud, 2017, s. 44–45). Min forforståelse beskrives ut fra hvilken erfaring og ståsted jeg har til temaet. Som fysioterapeuter har vi alltid ulik forforståelse basert på våre livserfaringer, utdanning og interesser. Gjennom utdanningsforløpet mitt har jeg tilegnet meg ny kunnskap, nye erfaringer og fått en økende interesse for enkelte deler av faget. Dette har trolig påvirket mitt valg av tema, utforming av intervjuguide og datainnsamling.

Gjennom praksisperioder har jeg møtt mennesker etter hjerneslag med komplekse utfordringer og sammensatte funksjonsproblemer. Mitt inntrykk er at mange har nytte av koordinerte tjenester også etter de utskrives fra spesialisthelsetjenesten og skal flytte hjem. Jeg tror det er nyttig at ulike yrkesgrupper kan samarbeide om en problemstilling. Likevel skapes ikke et godt samarbeid av seg selv, og jeg tror samarbeidet kan by på utfordringer så vel som styrker. For å unngå at min forforståelse i for stor grad påvirker analysen og resultater, har jeg tilstrebet å legge den til side ved å reflektere rundt den, bli den mer bevisst og forholde meg mest mulig nøytral og åpen til teamet.

### **2.3 Hjerneslag - Definisjon**

Verdens helseorganisasjon (WHO) definerer hjerneslag som en plutselig oppstått fokal eller global forstyrrelse av cerebrale funksjoner av vaskulær årsak som vedvarer i mer enn 24 timer eller som fører til død (World Health Organization, 2020). Hjerneslag er altså en fellesbetegnelse på sykdomstilstander som skyldes en plutselig forstyrrelse av blodsirkulasjonen i hjernen.

### **2.4 Den kommunale helse- og omsorgstjenesten – Fysioterapeutens rolle**

Helsevesenet i Norge inndeles i primær- og spesialisthelsetjenesten. Det er kommunene som har ansvaret for primærhelsetjenesten. Den kommunale helse- og omsorgstjenesten skal fremme folkehelsen, forebygge og behandle sykdom og skader, samt fremme medisinsk habilitering og rehabilitering (Helse- og omsorgsdepartementet, 2021). For å løse disse oppgavene er fysioterapi en lovpålagt tjeneste innenfor kommunehelsetjenesten (Norsk fysioterapeutforbund, 2012). For de fleste som overlever hjerneslaget vil rehabilitering være en livslang prosess (Conaway, 2012). Her har fysioterapeuter en sentral rolle, fordi vi har bred kompetanse i å vurdere sammenhenger mellom funksjonsproblemer og bidra med tiltak og opptrening, samt hjelp til selvhjelp som kan styrke personens funksjonsnivå. Dette gjør fysioterapeuter til en viktig del av et tverrfaglig rehabiliteringstilbud (Norsk fysioterapeutforbund, 2012).

### **2.5 Rehabilitering**

I forskrift om habilitering og rehabilitering kapittel 2 (2011, § 3) defineres habilitering og rehabilitering som «målrettede samarbeidsprosesser på ulike arenaer mellom pasient, bruker, pårørende og tjenesteytere. Prosessene kjennetegnes ved koordinerte, sammenhengende og kunnskapsbaserte tiltak.». Utgangspunktet skal tas i den enkelte brukers livssituasjon og mål. Formålet er at den enkelte 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).

### **2.5.1 Hjemmebasert rehabilitering**

Rehabilitering i hjemmet kan ses på som den optimale rehabiliteringsarena for personer med lettere til moderat funksjonssvikt. Tilstrekkelig funksjonsnivå etter hjerneslaget er altså en forutsetning (Helsedirektoratet, 2017a). Trening eller hverdagsaktiviteter i hjemmet kan tilpasses omgivelsene som personen normalt ferdes. Dermed blir treningseffekten direkte overførbart til hjemmet. Dette kan tilrettelegge for relevant og oppgavespesifikk trening «døgnet rundt» (Veen et al., 2019). Fordi det kan tenkes at mengden trening blir høyest når personen bor hjemme, effektiviseres muligens rehabiliteringsprosessen. Når rehabiliteringen i stor grad foregår i pasientens hjem, blir også eventuelle pårørende aktive samarbeidspartnere.

## **2.6 Tverrfaglig samarbeid**

### **2.6.1 Samhandlingsreformen**

I 2009 kom samhandlingsreformen med et ønske om effektivisering av helsetjenestene og økt samarbeid mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten (Iversen & Hauksdottir, 2020, s. 19). Tverrfaglig samarbeid ble dermed løftet frem som en smart løsning som stadig får økende fokus. I 2010 gav Verdens helseorganisasjon ut et rammeverk der de poengterte viktigheten av at de nyutdannede faggruppene i helsetjenesten er rustet for å jobbe tverrfaglig (World Health Organization, 2010, s. 7). For å imøtekomme denne oppfordringen har Høgskolen på Vestlandet i samarbeid med Universitetet i Bergen utarbeidet fellesuker og TVEPS-praksis gjennom utdanningsforløpet for mange helsefag. Målet er å lære å samarbeide tverrfaglig samt få innblikk i andre profesjoners kompetanse (Universitetet i Bergen, 2021).

### **2.6.2 Begrepsbruk**

Begrepsbruken knyttet til feltet tverrfaglig samarbeid er en utfordring fordi det eksisterer et mangfold av begreper (Willumsen, 2016, s. 19). Dette medfører uklarheter i definisjoner og avgrensninger. I Norge brukes gjerne tverrprofesjonelt samarbeid som et synonymt begrep. I denne oppgaven fant jeg det hensiktsmessig å ta utgangspunkt i Helsedirektoratets (2018) definisjon av tverrfaglig samarbeid: «Tverrfaglig samarbeid er en strukturert arbeidsform som forutsetter dialog og felles beslutningspunkter mellom personell fra ulike faggrupper og

sammen med pasient, bruker, og eventuelt pårørende» (Helsedirektoratet, 2018). Dette gjelder både i utredning av behov, planlegging, gjennomføring og evaluering av tiltak og for å avklare nye mål.

### **2.6.3 Forutsetninger for å oppnå et godt tverrfaglig samarbeid**

Sentrale forutsetninger for godt tverrfaglig samarbeid er: At brukerens behov og mål alltid er grunnlaget for samarbeidet, tydelig avklarte roller og forventninger internt i teamet og tydelighet på egen fagkompetanse. I tillegg bør fagpersonene kjenne grensene for egen fagkompetanse samt hverandres faglige styrke. Avklart struktur, felles verktøy for samhandling og koordinering, og tid til å utvikle den tverrfaglige felleskompetansen er også forutsetninger (Helsedirektoratet, 2018a). Alle må ikke konstant være til stede samtidig hos brukeren, men det må sikres nødvendig informasjonsdeling (Helsedirektoratet, 2018a). Dette krever tett kommunikasjon mellom de ulike faggruppene og det må bygges tillit til hverandre (Iversen & Hauksdottir, 2020, s. 139).

Det er lovfestet i pasient- og brukerrettighetslovens kapittel 3 (2021, § 3-1) at brukeren har rett til medvirkning: «Pasient eller bruker har blant annet rett til å medvirke ved valg mellom tilgjengelige og forsvarlige tjenesteformer og undersøkelses- og behandlingsmetoder.». Tjenestetilbudet skal altså tilpasses og så langt som mulig utformes i samarbeid med den det gjelder. På tross av positive sider ved tverrfaglig samarbeid, har det også vist seg å være krevende. En av barrierene er eksempelvis utilstrekkelig kunnskap om den kompetansen andre faggrupper besitter (Baker et al., 2011). En studie av Moe & Hamran, fra 2014, antyder også at flere tjenester ikke arbeider etter felles mål. Et eksempel fra deres studie viste at hjemmetjenesten gjerne laget og serverte frokost til brukeren etter at rehabiliteringstjenesten lenge hadde arbeidet målrettet for at brukeren skulle bli selvhjulpen i matsituasjonen. Dette kan hindre en optimal rehabiliteringseffekt fordi det er kjent at funksjoner som ikke brukes går lettere tapt.

### **2.6.4 Tverrfaglige rehabiliteringsteam – Tjenesten Innsatsteam**

En viktig faktor for å oppnå god rehabilitering etter hjerneslag, er tilgang til et koordinert opplegg der et spesialisert tverrfaglig team samarbeider med personen det gjelder og dens pårørende (Helsedirektoratet, 2017d). Styrken er at teammedlemmene har sine unike

fagkompetanser med ulike tilnærminger til problemløsning og begrunnelser for sine handlinger (Iversen & Hauksdottir, 2020, s. 154). Resultatet kan være mer helhetlig rehabilitering. Et Innsatsteam bestående av en fysioterapeut, ergoterapeut og sykepleier er et eksempel på en slik tverrfaglig sammensatt tjeneste. Tjenesten tilbyr personer som har fått begrensninger i sin funksjonsevne tverrfaglig rehabilitering i brukers hjem, nærmiljø, eller i kommunens lokaler.

### 3.0 Metode:

I dette kapittelet ønsker jeg å vise transparens ved å redegjøre for valg av metode, innsamling av datamaterialet og analyseprosessen, samt etiske aspekter ved metoden.

#### 3.1 Valg av metode

I dette bachelorprosjektet ønsket jeg å sette søkelyset på hvilke erfaringer fysioterapeuter i kommunehelsetjenesten har med tverrfaglig samarbeid i rehabilitering av hjemmeboende personer etter hjerneslag. Fordi mitt forskningsspørsmål omhandler menneskelige erfaringer, opplevelser, tanker, motiver og holdninger, er en kvalitativ fenomenologisk tilnærming godt egnet (Malterud, 2017, s. 31). Målet er å forstå ulike fenomen fremfor å forklare dem. Intervju som metode åpner opp for kunnskap som er forankret i deltakernes livsverden (Malterud, 2017, s. 134). For å belyse problemstillingen valgte jeg å gjennomføre individuelle semistrukturerte intervjuer med to fysioterapeuter fra en habilitering- og rehabiliteringsvirksomhet i en stor kommune i Norge. Av hensyn til intervjuobjektets anonymitet er ikke navnet på kommunen gjengitt. Grunnet fysioterapeutenes lange erfaring med tverrfaglig samarbeid og rehabilitering etter hjerneslag, kunne jeg innhente erfaringsbasert og verdifull kunnskap for å belyse problemstillingen. Datainnsamlingen skjer i direkte kontakt med feltet og tar sikte på å få frem sammenheng og helhet (Dalland, 2017, s. 53).

Jeg ønsket å innhente informasjon som omhandlet organiseringen av det tverrfaglige samarbeidet og hvordan fysioterapeutene opplever dette. Jeg ville vite hvordan samhandlingen og kommunikasjonen med de involverte parter foregår, samt hvilke faktorer de mener fremmer et godt tverrfaglig samarbeid. I tillegg ønsket jeg et innblikk i styrker og utfordringer de erfarer knyttet til det å samarbeide tverrfaglig i rehabilitering av denne pasientgruppen. Konkrete hendelser fra deres kliniske arbeid var også noe jeg var nysgjerrig på, og ville finne ut mer om (Vedlegg 2).



### 3.2 Valg av informanter

I valget av intervjupersoner gjorde jeg et strategisk utvalg. Målet var å innhente et variert materiale for å best mulig belyse oppgavens problemstilling (Malterud, 2017, s. 58). Jeg ønsket i spesielt å intervjuer fysioterapeuter med lang klinisk erfaring fra tverrfaglig samarbeid i kommunehelsetjenesten i rehabilitering og oppfølging av hjemmeboende personer etter hjerneslag.

Jeg begrenset meg til to informanter, ettersom dybdeintervju med flere ville vært mer tidkrevende enn rammene for bacheloroppgaven tillater. Kontakten med informantene ble opprettet via e-post til nøkkelpersoner som var fysioterapifaglig ansvarlig for habilitering- og rehabiliteringstjenesten i kommunen. I tråd med rammevilkårene utarbeidet og godkjent av Norsk senter for Forskningsdata (NSD) tilstrebet jeg å unngå å ta direkte kontakt med de potensielle informantene. Nøkkelpersonene gav meg kontaktinformasjon til to fysioterapeuter som var villig til å delta. Deretter sendte jeg fysioterapeutene et informasjonsskriv på e-post. Skrivet er utarbeidet i samarbeid med Høgskolen på Vestlandet (HVL) og inneholder informasjon om prosjektet med forespørsel om deltagelse og en samtykkeerklæring (Vedlegg 1). Til slutt fikk jeg rekruttert 2 informanter som presenteres i kapittel 4.1.

### 3.3 Forberedelse til intervju

I forkant av intervjuene utarbeidet jeg en semistrukturert intervjuguide (Vedlegg 2) med hovedtema og underspørsmål. Denne skulle fungere som en «veileder» i intervjusituasjonen og som en huskeliste for temaene jeg ville ta opp. Fordi jeg anser meg selv som en uerfaren intervjuer mente jeg at en viss struktur ville være hensiktsmessig. Det er verken nødvendig eller ønskelig å standardisere intervjusituasjonen i kvalitative studier (Malterud, 2017, s. 134). Jeg tilstrebet derfor å ikke utarbeide en for detaljert intervjuguide. Ifølge Malterud skal kvalitative intervju likevel ikke være ustrukturert (2017, s. 134). Dette fordi vi skal vise deltakeren hvilken kunnskap vi er ute etter for å unngå at vi snakker om helt forskjellige ting. Fordi metoden ikke låser deg til en konkret rekkefølge av spørsmålene, kan de stilles slik det oppleves mest naturlig i intervjusituasjonen (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 162).

Jeg ønsket å ikke bare styre samtalen innenfor min egen eksisterende kunnskap, men også utenfor rammene av egen forforståelse. Jeg tilstrebet derfor formulering av mest mulig åpne spørsmål som ikke ledet intervjuobjektet, men som tillot dem å snakke fritt samtidig som de holdt seg innenfor temaer som besvarer problemstillingen. Den endelige intervjuguiden (Vedlegg 2) ble revidert etter gjennomlesning og tilbakemelding fra veileder i forkant av intervjuene. I forkant av hvert intervju testet jeg det tekniske utstyret: Internettilkobling, privat PC, ekstern båndopptaker, privat telefon samt lyd og mikrofon på videomøtet i Zoom. Jeg gjennomførte prøveopptak av lyd for å forsikre at filene kunne overføres til PC.

### **3.4 Gjennomføring av intervju**

Intervjuene foregikk som individuelle videosamtaler via Zoom. Jeg tok lydopptak av intervjuene med en ekstern båndopptaker og en privat mobiltelefon i flymodus som back-up for å hindre eventuelt tap av materiale. Fordi lydopptak ikke er velegnet for å fange opp nonverbal kommunikasjon (Malterud, 2017, s. 73), fokuserte jeg under intervjusituasjonen på å være årvåken og registrere eventuelle betydningsfulle aspekter ved informantens kroppsspråk. For å unngå forstyrrelser satt vi i stille og lukkede omgivelser, skjermet for avbrytelse gjennom hele intervjusituasjonen. Jeg tilstrebet etter beste evne å la informantene få snakke fritt og uforstyrret, ved å unngå avbrytelser samt gi dem god tid til hvert svar. Jeg gav heller bekreftende nikk underveis for å vise at jeg hadde fått med meg et poeng. Der det var naturlig stilte jeg oppfølgingsspørsmål for å innhente rikest mulig informasjon som kan belyse problemstillingen. Avslutningsvis fikk informantene mulighet til å komme med supplerende innhold eller forklare enkelte temaer dypere.

Samme intervjuguide ble brukt i begge intervjuene, med et par endringer av spørsmålsformulering like etter første intervju. Dette ettersom jeg lærte mer om hvor fokuset mitt burde konsentreres. Varigheten på hvert intervju var 53 og 60 minutter. Begge ble gjennomført i uke 14, med et mellomrom på to dager slik at jeg rakk å transkribere ferdig hele intervju 1 før jeg gjennomførte intervju 2.

## **3.5 Bearbeiding av datamateriale**

### **3.5.1 Transkripsjon**

Umiddelbart etter endt intervju overførte jeg lydopptaket fra båndopptaker til en privat og passordbeskyttet PC. Deretter slettet jeg lydopptakene fra båndopptaker og mobil. Intervjuene ble transkribert like etter at hvert enkelt intervju var gjennomført, slik at jeg kunne lære av eventuelle feil som kunne rettes opp til neste intervju. Jeg transkriberte intervjuene ord-for-ord for å mest mulig ivareta det opprinnelige materialet, slik informantenes erfaringer og meninger ble formidlet (Malterud, 2017, s. 77). Jeg transkriberte intervjuene til bokmål for å sikre anonymitet og oppnå en mer grammatisk riktig tekst. Transkriberingen tok ca. 7 timer for hvert intervju. Jeg hørte gjennom begge opptakene gjentatte ganger for å sikre pålitelighet, fordi det muliggjorde korrigeringer av feil eller misforståelser i transkripsjonen. Etter transkripsjonsprosessen var fullført slettet jeg lydopptakene fra PC for å sikre konfidensialitet. Avslutningsvis modifiserte jeg introduksjonsdelen av hver transkripsjon slik at de ble anonymisert. Navn, kjønn, arbeids- og utdanningssted, årstall samt spesifikke opplysninger om tilleggsutdannelse ble utelatt eller generalisert.

### **3.5.2 Analyseprosessen**

Materialet ble analysert med systematisk tekstkondensering (STC), som er en firetrinns-metode brukt for å analysere kvalitative data (Malterud, 2017). Analysen gjennomføres i følgende fire trinn:

- 1) Danne seg et helhetsinntrykk,
- 2) Identifisere meningsbærende enheter (fra temaer til koder),
- 3) Abstrahere innholdet i de enkelte meningsdannende enhetene (fra kode til mening),
- 4) Sammenfatte betydningen av dette (Malterud, 2017, s. 97–98).

Tabell 3.1 er hentet fra Malteruds kapittel om systematisk tekstkondensering (2017, s. 112) og beskriver de fire analysetrinnene ytterligere med korrekt begrepsbruk. I tabellen viser jeg til et eksempel fra analyseprosessen på hvordan jeg kom frem til en av de tre resultatkategoriene som presenteres i kapittel 4.4.

Tabell 3.1: Begrepsbruk på ulike analysetrinn i systematisk tekstkondensering

<i>Analyse-trinn</i>	<i>Beskrivelse</i>	<i>Eksempel fra denne oppgavens analyse</i>
1	<b>Foreløpige temaer</b> (5-8) identifiseres ved første gjennomlesing	Styrker og utfordringer ved det tverrfaglige samarbeidet
2	Foreløpige temaer danner grunnlag for forhandlinger om <b>koder</b> , som brukes som grunnlag for sortering av meningsbærende enheter i <b>kodegrupper</b> . Kodene justeres og defineres i kodeprosessen	Tverrfaglighet på godt og vondt
3	Hver kodegruppe deles inn i <b>subgrupper</b> (2-3) som synliggjør ulike fasetter av innholdet i kodegruppen som virkemiddel for abstrahering ved hjelp av kondensat	Et helhetlig bilde Kjennskap til hverandre Mange teambaserte tjenester
4	<b>Kategorier</b> (3-5) utvikles ved sammenfatning av det sentrale meningsinnholdet for hver av kodegruppene med utgangspunkt i kondensatene fra subgruppene. Dette danner grunnlag for underavsnittene i resultatkapittelet	Tverrfaglighet på godt og vondt – sentrale styrker og utfordringer

Hentet fra boken *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* av Kirsti Malterud, s. 112.

### 3.6 Etiske aspekter

Et viktig etisk aspekt ved all forskning er å ivareta personvern og anonymitet hos deltakerne. Gjennom hele prosjektet, har jeg fulgt rammevilkårene som er utarbeidet av Høgskolen på Vestlandet (HVL) og godkjent av Norsk senter for forskningsdata (NSD) (referansenummer 561251). Lyddopptakene ble lagret på en privat og passordbeskyttet PC, og umiddelbart slettet etter transkribering. Som beskrevet i underkapittel 3.5.1 anonymiserte jeg alle identifiserbare opplysninger i transkripsjonene (Vedlegg 3 og 4). Der jeg var i tvil om noe var gjenkjennbart lot jeg heller være å bruke denne delen av materialet. I informasjonsskrivet med samtykkeskjema som informantene hadde fått, ble de gjort kjent med prosjektet, hvordan vi ivaretar deres personvern samt deres rett til å trekke seg fra prosjektet når som helst. Skrivet signerte informantene i forkant av intervjuene. All data, inklusiv mailkorrespondanse og signert samtykke vil bli slettet ved prosjektets slutt (når sensur er ferdig).

## 4.0 Resultat

I dette kapittelet presenteres informantene og resultatene fra intervjuene. Analysen ga tre resultat kategorier som belyser problemstillingen: 1) Organiseringen av det tverrfaglige samarbeidet, 2) Eksterne samarbeidspartnere og 3) Tverrfaglighet på godt og vondt. Kategoriene er delt opp i subgrupper som presenterer fysioterapeutenes erfaringer sammen med utvalgte sitater. Det kan forekomme noe overlapping mellom kategoriene fordi temaene berører hverandre. For å ivareta anonymitet av kjønn, benyttes pronomenet «hen» videre i oppgaven.

### 4.1 Presentasjon av informanter

Informant 1: Spesialfysioterapeut. Tidligere ansatt i mer enn 10 år som fysioterapeut i Innsatsteam i en stor kommune i Norge. Lang erfaring med tverrfaglig samarbeid i rehabilitering av personer etter hjerneslag. Tatt videreutdanninger om kommunikasjon og tverrfaglig samarbeid. Har master relatert til fysioterapiarbeid i et tverrfaglig rehabiliteringsteam.

Informant 2: Spesialfysioterapeut. Tatt fysioterapiutdanning for over 20 år siden. Nåværende ansatt i mer enn 10 år som fysioterapeut i Innsatsteam i samme kommune som informant 1. Lang erfaring med tverrfaglig samarbeid i rehabilitering av personer etter hjerneslag. Tatt videreutdanning i fysioterapi for eldre. Bidrar i forskningsprosjekter relatert til et tverrfaglig rehabiliteringsteam. Har master i fysioterapivitenskap.

### 4.2 Organiseringen av det tverrfaglige samarbeidet - Internt i Innsatsteamet

#### ***4.2.1 Tverrfaglige samarbeidsmøter og antall fagpersoner – Viktigheten av kommunikasjon***

Begge informantene forklarer at de tre fagpersonene i Innsatsteamet holder faste samarbeidsmøter to ganger ukentlig. Hver mandag gjennomgås alle pasienter, nye fordeles og sammen utarbeider de en time-/ukeplan. På torsdager tas henvisninger eller problemstillinger opp i fellesskap og den kommende uken planlegges. Viktigheten av kommunikasjon påpekes av begge informanter. De påpeker nytten av at teammedlemmene

kontinuerlig utveksler informasjon tilknyttet rehabiliteringsprosessen med hverandre. De forteller også at hvis noe uroer dem, må de ha en lav terskel for å ta dette opp i fellesskap. Dette oppleves utfordrende i tidspressede perioder. Informant 1 forklarer at de også avholdt regelmessige møter og samtaler som eksempelvis målmøter, sammen med brukeren. Informant 1 ønsket flere enn de tre fagpersonene i teamet. Fysioterapeuten følte seg alene i perioder der hen arbeidet som eneste fysioterapeut. Til tross for faste møter, opplevde hen det tidvis for sent å diskutere ting. Særlig ved omfattende problemstillinger som store blødninger ønsket informant en til fysioterapeut i teamet å kommunisere med.

*«Altså i de kompliserte sakene, eller de kompliserte pasientene hvor det var snakk om store blødninger kunne jeg godt tenkt meg at det var faktisk en til fysioterapeut med meg.»*  
(Informant 1)

#### **4.2.2 Det første møtet – Kartlegging av behov og mål**

Ifølge informantene benyttes de to første ukene til kartlegging og avklaring av brukerens behov og mål. Første del av kartleggingen er førstegangssamtalen med brukeren. Denne tilstreber teamet å gjennomføre alle tre sammen med brukeren i hjemmet. Informant 1 forteller at brukermedvirkning står i sentrum hele tiden. Brukeren er alltid synlig og til stede. I kartleggingen av personens mål stiller de alltid spørsmålet «Hva er viktig for deg?». Alt tilrettelegges og tilpasses i forhold til den enkeltes ønsker og behov. Selv tilfeller der teamet ikke opplever det realistisk at pasienten for eksempel skal opp å stå og gå, hører de på pasienten og stiller åpne spørsmål for å komme til målet i fellesskap. Har de dårlig tid, fordeler de seg slik at fysioterapeuten fokuserer på kroppsfunksjon og -struktur eksempelvis i forhold til arm-/håndfunksjon, gange eller balanse. Informant 1 understreker derimot at de alltid ser på hele mennesket fra et biopsykososialt perspektiv og ikke bare på gangfunksjonen. Etter disse ukene har teamet grunnlaget for å utarbeide en rehabiliteringsplan sammen med brukeren.

*«Men vi overkjørte aldri pasienten og sa dette skal du gjøre, dette er lurt for deg. Sant. Så det.. Det må komme fra pasienten.»* (Informant 1)

#### **4.2.3 Ansvar og fordeling av oppgaver – «Du eier ingen brukere»**

Sammen bestemmer teammedlemmene en kontaktperson med hovedansvar for pasienten. Kontaktpersonen holder en rød tråd i rehabiliteringsprosessen. De trekker frem tillit som en

viktig faktor i samarbeidet. Eksempelvis må de to andre faggruppene stole på at kontaktpersonen gjør slik de har avtalt. Begge forklarer at faggruppene i teamet fordeler tiltak og oppgaver mellom seg, der alle har delt ansvar. De går heller sammen hvis det er behov for å være flere.

Informant 2 påpeker at hen også veileder kollegaene slik at ikke bare fysioterapeuten må utføre treningstiltakene. Informant 1 understreker at en ikke må være redd for å ta andre sine arbeidsoppgaver, og informant 2 forklarer at de må tørre å slippe hverandre inn på hverandres områder og fagfelt og ikke ha den oppfattelsen om at de «eier» noen områder, slik som en fot eller en arm. Informant 1 opplevde det derimot frustrerende hvis noen hadde tatt over fysioterapeutens oppgave og gjort noe uhensiktsmessig. Eksempelen hen trakk fram var der en person hadde luksasjonsfare og en annen fagperson hadde «jobbet» med skulderen og påført pasienten smerter. Hen mener derfor at når vi har forskjellige yrkesgrupper, bør vi forholde oss til de og ikke gå for mye på tvers av hverandre.

*«Altså, det er viktig at vi kjenner hverandre godt. Vi må ha tillit til hverandre. Vi må være faglig kompetent og sant. Du eier ingen brukere.. eller, altså det er litt satt på spissen, men.. Vi må tørre å slippe hverandre inn på våre områder.» (Informant 2)*

### **4.3 Eksterne samarbeidspartnere**

#### **4.3.1 Fastlege, logoped, synspedagog og hjemmetjenesten**

Informant 1 omtaler fastlegene som en veldig viktig aktør gjennom rehabiliteringsprosessen fordi de ved behov sammen kan vurdere i forhold til den videre oppfølgingen av pasienten. Informant 2 forteller også om et etterlengtet samarbeid med logopeder og synspedagoger som nylig ble etablert. Informanten opplever at logopedenes kartlegging og kunnskap også hjelper de å utføre deres arbeid. Dersom de har en bruker med afasi, kan de sammen med logopeden prøve å finne effektive måter der kommunikasjonen med brukeren kan bli best mulig. For eksempel har logopeden brukt kommunikasjonsbok som hjelpemiddel for hvordan teamet lettere kan kommunisere med brukeren. Dersom personen etter hjerneslaget også har hjemmetjeneste, samarbeider teamet med dem. Informant 2 forklarer at dersom tjenesten Innsatsteamet skal avsluttes, kan de overføre nødvendig kunnskap til

hjemmetjenesten om de forhold de trenger å ta hensyn til for å opprettholde den gode treningseffekten.

*«...er det masse synsutfordringer eller afasi, da tilkaller vi.. vi kan bare banke på eller avtale møte med synspedagog eller logoped som er inne i den brukersaken. Så det har blitt veldig lettvent, og det setter vi veldig pris på.» (Informant 2)*

#### **4.3.2 Pårørende**

Der samtykke er gitt, beskriver begge informantene det nyttig å inkludere pårørende i rehabiliteringsprosessen, spesielt i situasjoner der personen som er rammet av hjerneslaget har omfattende afasi eller kognitive utfordringer. I tillegg må de ivareta pårørende, gi dem veiledning og opplæring for hvordan de skal håndtere situasjonen eller best mulig hjelpe personen etter hjerneslaget. Informant 2 trekker frem et eksempel på en situasjon: En person etter hjerneslag fikk uttalte synsvansker, afasi og parese og skulle lære seg selvstendig påkledning. Personens kone tilbydde raskt hjelp, grunnet manglende tålmodighet til å la personen prøve selv. Informanten veiledet da konen for å gi den nødvendige kunnskapen som skulle til for å øke hennes forståelse omkring hva som krevdes for at mannen skulle bli bedre etter hjerneslaget. Av og til handler det om å ikke hjelpe for mye.

*«... pårørende var alltid til stede om de ønsket det, og de var i dialog med oss spesielt der pasienten hadde stor afasi eller kognitiv svikt.» (Informant 1)*

#### **4.4 Tverrfaglighet på godt og vondt – sentrale styrker og utfordringer**

*«Det er jo liksom tverrfaglighet på godt og vondt. Fordi det koster for oss personer og å hele tiden ha ... Du kan ikke av og til bare si «Åh, kan jeg ikke bare gjøre ting alene uten å spørre andre ...», (latter), så det er en ærlig sak. Det er en ganske krevende form å jobbe etter sant, å ha så integrert tverrfaglighet.» (Informant 2)*

##### **4.4.1 Et helhetlig bilde – «Flere ser med flere øyne»**

Informant 1 forteller at en styrke med det tverrfaglige samarbeidet er at hver fagperson er veldig grundig på sitt felt, og at de kan kvalitetssikre det de jobber med fordi flere ser med flere øyne. Informanten sier at faggruppene bruker hver sine fagbriller for å avdekke pasientens behov. Slik opplever de å få et mye mer helhetlig bilde av brukerens situasjon.



Informant 2 opplever det tverrfaglige samarbeidet som en styrke både faglig og praktisk. Hen mener det er veldig godt å ikke sitte fullstendig alene med ansvar og oppgaver. Spesielt ved komplekse og sammensatte problemstillinger beskriver begge det som en veldig stor fordel å samarbeide tverrfaglig. Informant 1 sier også at arbeidet utføres rundt pasienten med litt mer flyt. Hen påpeker positive sider ved å ha to eller tre rundt brukeren når de jobber med slike sammensatte behov, fordi de kan støtte og supplere hverandre. Informant 2 forklarer at ved «enklere» saker er det ikke alltid behov for tverrfaglighet.

*«Også ser vi på hvordan det er vi kan bidra fra hver vår side sant. Så det er jo det som er denne styrken, at vi kan bruke hver våre fagbriller for å avdekke behovet og komme med forslag sant.» (Informant 2)*

#### **4.4.2 Kjennskap til hverandre – «De vet for lite om meg»**

Informant 2 opplever at de ulike faggruppene innad i Innsatsteamet har tilstrekkelig kunnskap om hverandres kompetanseområder, fordi de har jobbet og samkjørt seg over mange år. Når det gjelder andre samarbeidspartnere mener hen derimot at det fremdeles er en stor jobb å gjøre for at tjenestene i kommunen skal få bedre kjennskap til hverandres virksomhet. I motsetning til informant 2 mener informant 1 at de ulike faggruppene i teamet ikke kunne nok om hverandres kompetanseområder. Informanten synes at andre yrkesgrupper vet for lite om fysioterapeuten, hva vi kan og hvordan vi jobber spesifikt med enkelte tiltak. Informanten trakk frem et eksempel om en avspennings-teknikk, hvor hen opplevde at som fysioterapeut vet hen fysiologisk hva som skjer, og at avspenning også kan føre til endring i negativ retning. Informanten opplevde at en sykepleier såg på avspennings-teknikken som «bare sånn lett strekk» der en setter på litt musikk, også blir det godt nok.

*«... noe burde de andre vite enda mer spesifikt om hva vi fysioterapeuter driver med. Hvordan vi jobber spesifikt med ledd, skulderen for eksempel. ... Det er derfor jeg synes at de vet for lite om meg, hva jeg kan.» (Informant 1)*

#### **4.4.3 Mange teambaserte tjenester - Den praktiske samkjøringen**

Dersom brukeren har behov for flere tjenester, forteller begge informantene at de må samarbeide med andre teambaserte tjenester i kommunen. Informant 2 presiserer at tjenestene er nyttige og at ressursene i kommunen er gode nok, men at de ikke er tilstrekkelig organisert og koordinert. Begge informantene forklarer at den praktiske

samkjøringen mellom tjenestene er en utfordring. De påpeker at det ofte oppstår rot og forvirring hvis det er flere tjenester inne hos brukeren samtidig og de verken klarer å samarbeide eller kjenner godt nok til hverandres tjenester. Informantene presiserer at dette skaper frustrasjon og unødig belastning hos brukerne fordi de blir forvirret i forhold til hvem de skal ta imot. Informant 2 nevner i tillegg at den praktiske samkjøringen kan være utfordrende også innad i Innsatsteamet der sykdom, folk som er bortreist eller ulike deltidsstillinger påvirker oppgavedelingen og flyten i arbeidet.

*«Og.. og å gå oppå hverandre og belaste brukeren unødvendig: «Ja hvem er du, hvilket team kommer du fra, var det vurderingsteamet eller var det innsatsteamet eller.. å gud nå går det i surr», sant. Og det er sånn typisk, sånn frustrasjon hos eh ja ...» (Informant 2)*

## 5.0 Resultatdiskusjon

I dette kapittelet drøfter jeg de viktigste resultatene fra analyseprosessen i lys av relevant teori. Jeg har valgt å lage nye overskrifter i dette kapittelet som tydeliggjør de viktigste funnene fra resultatkategoriene.

### 5.1 Brukermedvirkning i sentrum

Ifølge informantene står brukermedvirkning i sentrum hele tiden. Ved tverrfaglig samarbeid skal alltid personens egne behov og mål være styrende (Iversen & Hauksdottir, 2020, s. 97). Vi har både en etisk og lovmessig plikt til å involvere personen som ansvarlig samarbeidspart ved bestemmelser som gjelder personen. Informant 1 sier at de alltid stiller spørsmålet «Hva er viktig for deg?». Gjennom denne tilnærmingen settes brukerens eget perspektiv og prioriteringer i fokus (Iversen & Hauksdottir, 2020, s. 31). En kan tenke at det er en selvfølge at personen det gjelder er aktiv deltakende i diskusjoner om egne behandlingsvalg. Imidlertid viser det seg å være krevende å involvere personen i alle deler av rehabiliteringen (Iversen & Hauksdottir, 2020, s. 119). Pasienten kjenner trolig sine egne forutsetninger best. Man kan likevel spørre seg om pasienten ønsker, er i stand til å forstå de ulike behandlingsoalternativene og de faglige forutsetningene for valg av tiltak.

## 5.2 Ansvar og fordeling av oppgaver i teamet

Faggruppene i teamet fordeler ansvar og oppgaver mellom seg. Svensson (2018) påpeker at fagfolk i teamarbeid fremdeles er selvstendig ansvarlig for sine oppgaver. Informant 2 forklarer at vi må tørre å slippe hverandre inn på hverandres områder, og tillit anses som sentralt ettersom faggruppene må lære å stole på hverandre. Også informant 1 forklarer at en ikke må være redd for å ta andre sine arbeidsoppgaver, men beskriver likevel frustrasjon når andre hadde tatt over fysioterapeutens oppgave og gjort noe uhensiktsmessig. Hen presiserer at vi bør forholde oss til våre yrker og ikke jobbe for mye på tvers av hverandre. Fordi påstandene er noe selvmotsigende, kan dette tyde på at det å gi fra seg ansvar og ta på seg andre sine tradisjonelle oppgaver erfares både nyttig og utfordrende. Eksempelvis kan fysioterapeuten gi opplæring til kollegaer slik at ikke bare fysioterapeuten må utføre treningstiltakene. En fallgrube er derimot hvis det gjøres uten at riktige kvalitetsindikatorer følger med (Eian, 2021). Forutsetningen er derfor at fagpersonene kjenner sine grenser for egen fagkompetanse opp mot de andre profesjonene, slik at det ikke går på bekostning av pasientsikkerheten.

## 5.3 Tverrfaglig samarbeid ved komplekse og sammensatte problemstillinger

Det er særlig ved komplekse og sammensatte problemstillinger at informantene opplever det som en veldig stor fordel å samarbeide tverrfaglig. Fordelen er at informantene opplever å få et mye mer helhetlig bilde av brukerens situasjon fordi hver faggruppe bruker hver sine fagbriller. Ulike fagkompetanser og ulike erfaringer gjør at vi vektlegger ulike forhold (Iversen & Hauksdottir, 2020, s. 114). Teamet møter dermed problemstillingen fra ulike innfallsvinkler og utforsker forskjellige sider ved brukeren i forhold til sitt fag. Trolig klarer teamet å oppdage ting mer helhetlig og sammensatt enn en ville klart alene. Dermed kan teamet kvalitetssikre arbeidet sitt, slik informant 1 forklarer. Alle som arbeider i helsetjenesten, har en plikt til å se utover egne faglige rammer og forsøke å se pasientens helhetlige situasjon (St.meld. nr. 47 (2008-2009)). Informant 2 påpeker at de lærer av hverandre. Dermed kan faggruppene utvide ens eget perspektiv utover det de har med seg kun fra egen fagbakgrunn. Det handler altså om å spille hverandre gode. Informant 2 forklarer at ved «enklere» saker er det ikke alltid behov for tverrfaglighet.

Svensson (2018) mener at komplekse problemstillinger som krever tverrfaglig tilnærming og felles beslutningstaking, må håndteres i møter. Begge informantene beskrev to faste ukentlige tverrfaglige samarbeidsmøter. Blant annet tok faggruppene her opp omfattende saker og problemstillinger i fellesskap. En studie viser at regelmessige møter fremmer gode relasjoner, bidrar til gjensidig respekt mellom deltakerne og gir delt ansvarsfølelse og bevisstgjøring av ansvarsområder og arbeidsmetoder (Xyrichis & Lowton, 2008). Regelmessige teammøter er dermed fordelaktig fordi de kan forbedre kommunikasjonen mellom teammedlemmene. Trolig forhindrer dette at uro eller usikkerhet bygger seg opp over tid. Å håndtere slike omfattende saker over telefon eller elektroniske meldinger kan øke faren for dårlige løsninger. En utfordring kan derimot være dersom møtene benyttes for å løse enkle problemstillinger slik at en kaster bort hverandres tid. Til tross for møter, opplevde informant 1 det periodevis for sent å ta opp ting. Hen ønsket derfor en til fysioterapeut i teamet å kunne drøfte slike omfattende problemstillinger med.

### ***5.3.1 Logoped, synspedagog, hjemmetjenesten og pårørende***

Ved omfattende afasi eller synsutfordringer anser informant 2 logopeder og synspedagoger som nyttige samarbeidspartnere. Omtrent hver tredje person etter hjerneslag opplever språk- og kommunikasjonsvansker (Kirmess, 2018). Også synsutfordringer er et stort problem for mange etter hjerneslag (Helsedirektoratet, 2017c). Dersom synsutfordringene eksempelvis påvirker balansen, er det noe fysioterapeuten må ta i betraktning i sin oppfølging. Informanten opplever at logopedens kompetanse hjelper fysioterapeuten å utføre hens arbeid. Sammen finner de mer effektive måter å kommunisere med brukeren på. I en praksisperiode hadde jeg gangtrening med en person med afasi. I samarbeid med logoped implementerte vi ord-trening inn i fysioterapitreeningen. Eksempelet viser hvordan faggruppene i den grad det er mulig og riktig, kan implementere kunnskap fra hverandre inn i sine tiltak. Dette kan trolig effektivisere rehabiliteringsprosessen. Informantene opplever det også nyttig å overføre nødvendig kunnskap til hjemmetjenesten om forhold de bør ta hensyn til for å opprettholde treningseffekten. Som funnene fra studien til Moe og Hamran (2014) viser, er det behov for at alle tjenester i samme brukersak arbeider etter felles mål.

Ved omfattende afasi eller kognitiv svikt, opplevde informantene det nyttig å inkludere pårørende i rehabiliteringsprosessen, forutsatt at samtykke er gitt og at pårørende er tilgjengelig. Som Iversen og Hauksdottir beskriver kan pårørende ha stor betydning i oppfølgingen i en opptreningsprosess (2020, s. 26). Informantene forklarte at fordi pårørende kjenner brukeren fra før, kan de også videreformidle nyttig informasjon til teamet. Mange trenger å lære mer om hjerneslag og hvordan de kan gi omsorg og støtte (Helsedirektoratet, 2017b). Informant 2 opplevde det verdifullt å lære pårørende strategier for hvordan de best mulig kan hjelpe personen, og der det følte betydningsfullt gav de pårørende opplæring. Til tross for at mange pårørende kan være en viktig ressurs i rehabiliteringsprosessen, kan det likevel diskuteres om det er etisk riktig eller forsvarlig å gi dem deler av rehabiliteringsansvaret. Informanten beskrev også en situasjon der konen til en pasient raskt hjalp mannen med påkledning i hjemmet. Studier (Randström et al., 2014; Wottrich et al., 2007) påpeker derimot nytten av å ta en «hands-off» tilnærming eller «vent-og-se» strategi for å oppmuntre pasientenes evne til problemløsning. Det opplevde derfor nyttig for informanten å veilede konen til å ta en bakgrunnsrolle og ikke hjelpe for mye. Dette er sentralt for at pasienten skal kunne ta i bruk sine egne ressurser og bli mest mulig selvhjulpen.

#### **5.4 Kjennskap til hverandre og formidling av egen fagspesifikk kompetanse**

Begge informantene understreket viktigheten av å kjenne hverandre godt. Informant 2 mener at faggruppene i Innsatsteamet har tilstrekkelig kunnskap om hverandres kompetanseområder, noe Informant 1 ikke opplevde. Hen erfarte at andre manglet kjennskap til fysioterapeuten, hva vi kan og hvordan vi jobber spesifikt. Informant 2 mener likevel at eksterne samarbeidspartnere og andre kommunale helse- og omsorgstjenesten må få bedre kjennskap til hverandre. Kjennskap og forståelse for egen og andres kompetanse og arbeidsoppgaver beskrives av Iversen og Hauksdottir (2020, s. 45) som en sentral forutsetning for et godt tverrfaglig samarbeid, noe som også Thornquist (2009, s. 96) påpeker. Svikt på dette feltet kan være en vanskelig barriere i det tverrfaglige samarbeidet, fordi det kan medføre frustrasjon hos faggrupper som ikke føler anerkjennelse av deres bidrag (Baker et al., 2011). Likevel kan begrenset tid eller rom gjør det krevende å formidle egen kompetanse. Norsk fysioterapeutforbund (2012) forklarer at fysioterapeuter må arbeide for å synliggjøre sin kompetanse. Vi har derfor et kollektivt ansvar i å tydeliggjøre

hva vi kan, hvordan og hvorfor vi arbeider slik vi gjør. Samtidig må fysioterapeuten være nysgjerrig på hvilken kunnskap de andre faggruppene besitter. Gjennom TVEPS-praksis erfarte jeg nytten av at studentene fra de ulike studieretningene formidlet sin yrkesspesifikke kompetanse før vi startet gruppearbeidet. Dette bør alle team avsette tid til. Kanskje bør vi også sette oss inn i de enkelte profesjonenes forventede spesialkompetanse som er nedfelt i de nasjonale retningslinjene for helse- og sosialfagutdanningene (*Forskrift om felles rammeplan for helse- og sosialfagutdanninger, 2017*).

### **5.5 Samhandling og koordinering mellom ulike teambaserte tjenester**

Informantene beskriver utfordringer knyttet til den praktiske samkjøringen mellom de ulike teambaserte tjenestene i kommunen, og at det medfører frustrasjon og unødig belastning hos brukeren. Blant annet forklarer informant 1 at brukerne blir forvirret i forhold til hvem de skal ta imot. Ifølge Helse- og omsorgstjenestelovens § 3-4 (2) plikter kommunen å tilrettelegge for samhandling mellom ulike deltjenester der det er nødvendig. Manglende samkjøring kan gjøre at tjenestene oppleves fragmenterte og uoversiktlige for pasienten (Moe & Hamran, 2014). Informant 2 mener at de eksisterende ressursene i kommunen er tilstrekkelige, men utilstrekkelig organisert og koordinert. Det er feil at pasientene selv eller deres pårørende skal ivareta mye av koordineringen mellom deltjenestene. Spesielt problematisk er det dersom brukeren påføres unødig belastning og blir den tapende part. De tilgjengelige ressursene må utnyttes bedre og koordineringen mellom tjenestene må styrkes. Kommunen bør derfor etablere organisatoriske rammer som synliggjør og sikrer hvordan samarbeidet mellom tjenestene skal foregå. Det må gis rom for faglige møteplasser for kommunikasjon og drøfting av aktuelle problemstillinger samt kompetanseoverføring (Moe & Hamran, 2014).

## 6.0 Metodediskusjon

I dette kapitlet drøfter jeg styrker og svakheter ved mine valg i innsamling og analyse av datamaterialet.

### 6.1 Valg av metode

Jeg valgte individuelle semistrukturerte intervjuer med to fysioterapeuter for å innhente erfaringsbasert kunnskap gjennom fysioterapeutenes opplevelser, tanker og refleksjoner. Jeg valgte individualintervju fordi jeg anså dette som mest effektivt for å skape en trygg ramme rundt intervjusituasjonen. Det kunne likevel vært nyttig å bruke et fokusgruppeintervju, fordi det kunne gitt mer data i forhold til ressursinnsatsen (Malterud, 2017, s. 70). Jeg vurderte likevel individualintervju som best egnet i oppgaven fordi en fokusgruppe kan stenge for avvikende synspunkter eller hindre at opplysninger om sensitive forhold kommer opp. I tillegg har jeg som intervjuer ikke opparbeidet erfaring i å forebygge og gjenkjenne når deltakernes stemmer blir overdøvet, noe som fokusgruppeintervju krever (Malterud, 2017, s. 70).

### 6.2 Valg av informanter

I valg av informanter har jeg gjort et strategisk utvalg, fordi det kan styrke påliteligheten på resultatnivå (Malterud, 2017, s. 60). Innledningsvis prøvde jeg å rekruttere informanter fra ulike geografiske områder i Norge for å oppnå variasjonsbredde i resultatene. Informantene jeg klarte å rekruttere var derimot fra et relativt begrenset geografisk område, ettersom det var de som sa seg villige til å delta. Jeg ønsket også å inkludere en fysioterapeut med spesialistutdanning innenfor nevrologi, noe jeg ikke lyktes med. Fordi de to informantene hadde lang erfaring både med tverrfaglig samarbeid, nevrologisk rehabilitering og hjerneslag, vurderte jeg derfor ikke dette som en stor nok nødvendighet.

Fordi jeg ikke fikk rekruttert fysioterapeuter fra ulike kommuner i landet, kan det ha påvirket variasjonsbredden i resultatene. Mitt utvalg av informanter er ikke nødvendigvis representativt for alle norske kommunefysioterapeuter med samme faglige bakgrunn, fordi jeg kun har fått innsikt i den enkelte informants erfaringer. Dette gjør det vanskelig å vurdere om kommunefysioterapeutenes meninger er spesifikke for denne kommunen, eller

om de også kan være gjeldende for resten av landets kommuner. Å generalisere resultatene var derimot ikke hensikten med oppgaven. Informantene som deltok, bidro med et godt grunnlag for ulike erfaringer og synspunkter.

### **6.3 Forberedelse og gjennomføring av intervju**

I forkant av intervjuene sendte jeg informantene hovedtema fra intervjuguiden som en forberedelse på hva jeg ville spørre om. Intervjuene ble gjennomført digitalt over zoom fremfor fysiske møter, fordi jeg vurderte dette som tidsbesparende. Jeg vurderer at dette ikke påvirket meningsinnholdet, men kan ikke utelukke at samtalene kunne vært friere på fysiske møter. Informant 1 fikk tekniske problemer med kamerafunksjonen i zoom og intervjuet ble derfor gjennomført slik at informanten kunne se og høre meg, mens jeg kun kunne høre informanten. En mulig svakhet er dermed at jeg ikke kunne observere kroppsspråket.

Fordi jeg ikke hadde erfaring som intervjuer før prosjektstart, var jeg muligens i litt for stor grad styrt av intervjuguiden. En svakhet med intervjuguiden var antall spørsmål, da jeg ikke fikk stilt alle spørsmålene som var tiltenkt. Likevel opplever jeg at svarene var tilstrekkelige for å belyse problemstillingen. Dersom jeg skulle gjennomført intervjuene på nytt kunne det vært nyttig å stille flere oppfølgingsspørsmål for å få informantene til å utdype mer. Jeg opplevde likevel at informasjonen som ble formidlet var relevant og bestemte meg derfor for å unngå avbrytelser, og gi informantene god tid til å besvare ferdig hvert spørsmål. Dette kan ha bidratt til rikere svar. Samtidig opplevde jeg også at informantene besvarte andre spørsmål som jeg hadde planlagt å stille under noen av de andre temaene. Fordi den nye kunnskapen ofte befinner seg langs sidespor, kan det ifølge Malterud (2017, s. 134) lønne seg å avvente nysgjerrig når informanten forteller noe som kan virke som en avsporing.

### **6.4 Bearbeiding av data**

#### **6.4.1 Transkripsjon**

Første ledd i bearbeidingen av data var å transkribere intervjuet. Dette opplevde jeg som nyttig da det gav meg en mulighet for å gjenoppleve intervjuet (Dalland, 2017, s. 88). Kvaliteten på lydopptakene var god, og gjorde transkriberingen enklere og mer nøyaktig.



En utfordring i transkripsjonsprosessen var derimot når informantene brått endret tema eller pratet i ufullstendige setninger. I ettertid ser jeg at jeg kunne omgjort teksten til en mer leservennlig versjon ved å fjerne gjentakelser, fyllord og ord som «mhm» og «ehm» uten at det nødvendigvis hadde påvirket meningsinnholdet. Jeg var likevel dette bevisst og overveiet at en ordrett transkripsjonsprosedyre bidrog til mest mulig ivaretagelse av det opprinnelige materialet slik det ble formidlet (Malterud, 2017, s. 77).

#### **6.4.2 Analyseprosessen**

For å analysere data brukte jeg systematisk tekstkondensering som gir nybegynnere en mer overkommelig oppskrift på analyseprosessen (Malterud, 2017, s. 97). Likevel var det utfordrende å begrense meg i hva jeg skulle inkludere og ekskludere. Fordi jeg har analysert data alene kan jeg ikke utelukke at noe potensielt meningsbærende innhold ikke har blitt observert. Jeg har derimot brukt mye tid på analyseprosessen i valg av hovedtema og subgrupper som kan tenkes å best mulig belyse problemstillingen. I følge Malterud (2017, s. 100) er det en fordel å være to i analyseprosessen fordi det skaper rom for flere nyanser. En svakhet ved analysen kan derfor være at det kun er én enkeltperson som finner temaer i intervjuene, og at man dermed mister en potensielt viktig diskusjonsprosess. Likevel er det ikke gitt at resultatet blir bedre jo flere vi er (Malterud, 2017, s. 100).

#### **6.5 Validitet og overførbarhet**

I underkapittelet «metodediskusjon» har jeg forsøkt å vurdere validiteten til prosjektet ved å kritisk gå gjennom de ulike prosessene, og vise evne til å stille spørsmål ved mine fremgangsmåter og konklusjoner. Dette for å vurdere om metoden jeg har brukt representerer en logisk vei til kunnskap som kan belyse min problemstilling (Malterud, 2017, s. 192). En viktig indikasjon på overførbarhet i kvalitative studier er at en annen forstår noe mer om sitt eget felt ut fra det jeg har gjort (Malterud, 2017, s. 67). På grunn av bachelorprosjektets rammer, tidsmessige omfang og mine tilgjengelige ressurser, vil oppgaven ha noen svakheter. De to informantene er eksempelvis ikke representative for faggruppen alene. Hensikten med oppgaven var likevel ikke å komme frem til overførbare konklusjoner, men å undersøke kommunefysioterapeuters erfaringer med tverrfaglig samarbeid i rehabilitering av hjemmeboende personer etter hjerneslag.

Likevel er det meget sannsynlig at ytterligere datainnsamling kunne tilført flere perspektiver i resultatene og dermed et bredere kunnskapsgrunnlag. Det hadde derfor vært interessant å intervju flere fysioterapeuter også fra andre kommuner i Norge, for å belyse erfaringer fra et større areal av landet.

## **7.0 Implikasjoner for fysioterapi praksis**

Funnene tilsier at det er nyttig å samarbeide tverrfaglig ved omfattende problemstillinger som eksempelvis blødninger, afasi, kognitiv svikt o.l. Behovet er derimot mindre ved «enklere» saker. Prosjektets vinkling var på personer etter hjerneslag, men funnene kan likevel ha betydning for det tverrfaglige samarbeidet ved andre funksjonsnedsettelse. Samhandlingen og koordineringen mellom alle de teambaserte tjenestene må styrkes og det bør tilrettelegges for tilstrekkelige kommunikasjonsarenaer.

## 8.0 Konklusjon

Målet med oppgaven var å besvare problemstillingen: «Hvordan erfarer fysioterapeuter i kommunehelsetjenesten det tverrfaglige samarbeidet i rehabilitering av hjemmeboende personer etter hjerneslag?». Problemstillingen belyses fra to fysioterapeuter med lang klinisk erfaring fra tverrfaglig samarbeid i Innsatsteam.

Erfaringene tyder på at det tverrfaglige samarbeidet i rehabilitering av hjemmeboende personer etter hjerneslag er givende og nyttig. Det oppleves som en stor fordel å samarbeide tverrfaglig ved komplekse og sammensatte problemstillinger. Fysioterapeutene mener at det føles godt å ikke sitte fullstendig alene med ansvar og oppgaver. Samarbeidet sikrer kontinuitet og faggruppene lærer av hverandre. Likevel tilsier resultatene at tverrfaglighet også er en krevende form å jobbe etter. Utfordringen er at samarbeidet kan gå utover faggruppens autonomi der en kan føle at en mister litt kontroll på sine oppgaver og sitt ansvar.

Den praktiske samkjøringen mellom de ulike tjenestene i kommunen oppleves også utfordrende. Å prioritere tid på veiledning og opplæring av kollegaer erfares som viktig slik at faggruppene i den grad det er mulig og riktig, kan implementere kunnskap fra hverandre inn i sine tiltak. Både fastleger, logoped, synspedagoger, hjemmetjenesten og pårørende beskrives som nyttige samarbeidspartnere. Brukermedvirkning står sterkt i rehabiliteringen, og viktigheten av tillit til hverandre og god kommunikasjon rundt målet til brukeren er sentralt. Det oppleves nyttig å kjenne hverandre godt, men erfaringene tilsier at mange vet for lite om fysioterapeuten, hva vi kan og hvordan vi jobber spesifikt. Fysioterapeuter må derfor arbeide for å tydeliggjøre sin kompetanse overfor samarbeidspartnere. I fortsettelsen ville det vært interessant og undersøkt i hvilken grad rammefaktorer som finansiering, politiske føringer og lignende påvirker samarbeidet. Videre foreslås behov for studier som ser på effekten av hvordan det går med personer etter hjerneslag etter at de har fått oppfølging av et spesialisert rehabiliteringsteam i hjemmet over en lengre periode.

## 9.0 Referanseliste

Baker, L., Egan-Lee, E., Martimianakis, M. A. (Tina) & Reeves, S. (2011). Relationships of power: Implications for interprofessional education. *Journal of Interprofessional Care*, 25(2), 98–104. <https://doi.org/10.3109/13561820.2010.505350>

Conaway, B. (2012, 1. juni). *Stroke Recovery and Arm Rehab: Important Questions*. WebMD. <https://www.webmd.com/stroke/features/stroke-recovery-and-rehab-10-important-questions>

Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving* (6. utg.). Gyldendal akademisk.

Eian, Ø. (2021, 22. november). Fysioterapeuten, sykepleieren og ergoterapeuten: Slik ser de på oppgaveglidning i helsevesenet. *Fysioterapeuten*. Fysioterapeuten.no. <https://www.fysioterapeuten.no/fysioterapeut-fysioterapeuter-fysioterapi/fysioterapeuten-sykepleieren-og-ergoterapeuten-slik-ser-de-pa-oppgaveglidning-i-helsevesenet/137993>

Folkehelseinstituttet. (2020). *Hjerte- og karsykdom*. <http://statistikkbank.fhi.no/hkr/>

Forskrift om habilitering og rehabilitering (2011). *Forskrift om habilitering, rehabilitering, individuell plan og koordinator* (FOR-2011-12-16-1256). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2011-12-16-1256>

Helsedirektoratet. (2017a). Behandlingskjeden ved hjerneslag [nettdokument]. <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/hjerneslag/behandlingskjeden-ved-hjerneslag>

Helsedirektoratet. (2017b). Ivaretagelse av de slagrammedes pårørende [nettdokument]. <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/hjerneslag/rehabilitering-etter-hjerneslag/miljofaktorer/ivaretagelse-av-de-slagrammedes-paorende>

Helsedirektoratet. (2017c). Syn, hørsel og kommunikasjon [nettdokument].

<https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/hjerneslag/rehabilitering-etter-hjerneslag/syn-horsel-og-kommunikasjon#synsforbedrende-tiltak-hos-pasienter-med-synsfeltsutfall-etter-hjerneslag-vurdering>

Helsedirektoratet. (2017d). Rehabilitering etter hjerneslag. [nettdokument].

<https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/hjerneslag/rehabilitering-etter-hjerneslag>

Helsedirektoratet. (2018a). Tverrfaglig samarbeid som grunnleggende metodikk i oppfølging av personer med behov for omfattende tjenester. [nettdokument].

<https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/oppfolging-av-personer-med-store-og-sammensatte-behov/strukturert-oppfolging-gjennom-tverrfaglige-team/tverrfaglig-samarbeid-som-grunnleggende-metodikk-i-oppfolging-av-personer-med-behov-for-omfattende-tjenester>

Helsedirektoratet. (2018b). Strukturert oppfølging gjennom tverrfaglige team.

[nettdokument]. <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/oppfolging-av-personer-med-store-og-sammensatte-behov/strukturert-oppfolging-gjennom-tverrfaglige-team>

Helse- og omsorgsdepartementet. (2021). *Offentlig fysioterapitjeneste*

[Redaksjonellartikkel]. Regjeringen.no; regjeringen.no.

<https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/helse--og-omsorgstjenester-i-kommunene/offentlig-fysioterapitjeneste/id444281/>

Hillier, S. & Inglis-Jassiem, G. (2010). Rehabilitation for Community-Dwelling People with Stroke: Home or Centre Based? a Systematic Review. *International Journal of Stroke*, 5(3), 178–186. <https://doi.org/10.1111/j.1747-4949.2010.00427.x>

Holte, H. H., Hov, L., Straumann, G. H., Fure, B. & Vist, G. E. (2018). *Veldig tidlig mobilisering av pasienter med hjerneslag: En systematisk oversikt.*

<https://www.fhi.no/publ/2018/veldig-tidlig-mobilisering-av-pasienter-med-hjerneslag-en-systematisk-overs/>

Iversen, A. & Hauksdottir, N. (2020). *Tverrprofesjonell samhandling og teamarbeid: Kjernekompetanse for fremtidens helse- og velferdstjenester* (1. utgave.). Gyldendal.

Kirmess, M. (2018). *Kronikk: Hvorfor er det så vanskelig å få nok språktrening etter et hjerneslag i Norge?* <https://forskning.no/kronikk-helsepolitikk-helsetjenester/kronikk-hvorfor-er-det-sa-vanskelig-a-fa-nok-spraktrening-etter-et-hjerneslag-i-norge/1158212>

Forskrift om felles rammeplan for helse- og sosialfagutdanninger (2017). *Forskrift om felles rammeplan for helse- og sosialfagutdanninger* (FOR-2017-09-06-1353). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2017-09-06-1353>

Kvale, S. & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg.). Gyldendal akademisk. [https://www.nb.no/search?q=oaiid:"oai:nb.bibsys.no:991512949414702202"&media type=bøker](https://www.nb.no/search?q=oaiid:)

Kvilhaugsvik, B. & Husøy, G. (2015). Rehabilitering etter hjerneslag. *Sykepleien*, (3), 76-79. <https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2015.53375>

Pasient- og brukerrettighetsloven. *Lov om pasient- og brukerrettigheter* (2021). (LOV-1999-07-02-63). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>

Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. utg.). Universitetsforl.

- Moe, S. & Hamran, T. (2014, 21. oktober). Samarbeidsutfordringer i kommunehelsetjenesten. *Fysioterapeuten*. Fysioterapeuten.no  
<https://www.fysioterapeuten.no/samarbeidsutfordringer-i-kommunehelsetjenesten/122925>
- Norsk fysioterapeutforbund. (2012). *Hva er fysioterapi? - utdypet*. Norsk Fysioterapeutforbund. <https://fysio.no/Hva-er-fysioterapi/Hva-er-fysioterapi-utdypet>
- Norsk hjerneslagregister (2020). Om registeret.  
<https://www.kvalitetsregistre.no/register/hjerte-og-karsykdommer/norsk-hjerneslagregister>
- Randström, K. B., Wengler, Y., Asplund, K. & Svedlund, M. (2014). Working with 'hands-off' support: A qualitative study of multidisciplinary teams' experiences of home rehabilitation for older people. *International Journal of Older People Nursing*, 9(1), 25–33. <https://doi.org/10.1111/opn.12013>
- Skar, T. & Bjerke, M. L. (2021, 7. april). Hva skjer ved utskriving fra sykehuset etter hjerneslag? *LHL Hjerneslag*. <https://www.lhl.no/lhl-hjerneslag/vi-kan-hjelpe-deg/rettigheter/hva-skjer-ved-utskriving-fra-sykehuset-etter-hjerneslag/>
- Svensson, A. (2018, 2. november). *Pasientene trenger teamarbeid*.  
[https://www.kommunal-rapport.no/article/111175!/  
/](https://www.kommunal-rapport.no/article/111175!/)
- Thornquist, E. (2009). *Kommunikasjon: Teoretiske perspektiver på praksis i helsetjenesten* (2. utg.). Gyldendal akademisk.  
[https://www.nb.no/search?q=oaiid:"oai:nb.bibsys.no:990926877094702202"&media type=bøker](https://www.nb.no/search?q=oaiid:)
- Universitetet i Bergen. (2021). TVEPS-praksis steg for steg. Universitetet i Bergen.  
<https://www.uib.no/tveps/123505/tveps-praksis-steg-steg>

Veen, D. J. van der, Döpp, C. M. E., Siemonsma, P. C., Sanden, M. W. G. N. der, Swart, B. J. M. de & Steultjens, E. M. (2019). Factors influencing the implementation of Home-Based Stroke Rehabilitation: Professionals' perspective. *14*(7).

<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0220226>

Willumsen, E. (2016). *Tverrprofesjonelt samarbeid: Et samfunnsoppdrag* (A. Ødegård, Red.; 2. utg.). Universitetsforl.

World Health Organization. (2010). Framework for action on interprofessional education & collaborative practice. <https://www.who.int/publications-detail-redirect/framework-for-action-on-interprofessional-education-collaborative-practice>

World Health Organization. (2020). *World Health Organization (WHO) Definition of Stroke—Public Health*. <https://www.publichealth.com.ng/world-health-organization-who-definition-of-stroke/>

World Health Organization. (2021). World Stroke Day 2021 launches the Precious Time Campaign. <https://www.who.int/srilanka/news/detail/29-10-2021-world-stroke-day-2021-launches-the-precious-time-campaign>

Wottrich, A. W., von Koch, L. & Tham, K. (2007). The Meaning of Rehabilitation in the Home Environment After Acute Stroke From the Perspective of a Multiprofessional Team. *Physical Therapy, 87*(6), 778–788. <https://doi.org/10.2522/ptj.20060152>

Xyrichis, A. & Lowton, K. (2008). What fosters or prevents interprofessional teamworking in primary and community care? A literature review. *International Journal of Nursing Studies, 45*(1), 140–153. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2007.01.015>

Helse- og omsorgstjenesteloven. (2021). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.* (LOV-2011-06-24-30). Lovdata. [https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30/KAPITTEL\\_2#KAPITTEL\\_2](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30/KAPITTEL_2#KAPITTEL_2)



**Vedlegg 1: Informasjonsskriv og samtykkeerklæring**

Vil du delta i bachelorprosjektet  
*«Kommunefysioterapeuters erfaringer med det tverrfaglige samarbeidet i rehabilitering av hjemmeboende personer etter hjerneslag»?*

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å undersøke kommunefysioterapeuters erfaringer med tverrfaglig samarbeid i rehabilitering av hjemmeboende personer etter hjerneslag. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

**Formål**

Formålet med dette prosjektet er å undersøke hvordan det tverrfaglige samarbeidet for hjemmeboende personer etter hjerneslag foregår i kommunehelsetjenesten. Jeg ønsker å gå i dybden på temaet gjennom kommunefysioterapeuters erfaringer, og innhente kunnskap i forhold til deres tanker og refleksjoner knyttet til hvordan samarbeidet foregår og hvordan de opplever dette.

Problemstillingen jeg skal besvare er: *«Hvordan erfarer fysioterapeuter i kommunehelsetjenesten det tverrfaglige samarbeidet i rehabiliteringen av hjemmeboende personer etter hjerneslag?»*

Dette prosjektet vil utgjøre bacheloroppgave i fysioterapi.  
Opplysningene som samles inn skal ikke brukes til andre formål enn skissert i dette prosjektet.

**Hvorfor får du spørsmål om å delta?**

Du spørres om å delta i prosjektet fordi du er fysioterapeut og har erfaring fra kommunehelsetjenesten med tverrfaglig samarbeid i rehabilitering av hjemmeboende personer etter hjerneslag.

**Hva innebærer det for deg å delta?**

Hvis du velger å delta i prosjektet innebærer det at jeg vil gjennomføre et intervju med deg. Det er utarbeidet en intervjuguide som omhandler spørsmål om dine erfaringer om det aktuelle tema.

Først vil du bli stilt generelle spørsmål om deg selv som bl.a. «*hvor lenge har du jobbet som fysioterapeut?*», «*hvilken utdanning har du?*» osv. Deretter vil de viktigste spørsmålene i intervjuet omhandle selve organiseringen av det tverrfaglige samarbeidet, hovedfokus i hjemmerehabiliteringen, hvordan samhandlingen og kommunikasjonen foregår med alle de involverte parter samt forslag til videreutvikling av rehabiliteringstilbudet med tanke på tverrfaglig samarbeid.

Jeg ønsker å høre hvilke styrker og utfordringer du opplever i forhold til det tverrfaglige samarbeidet i rehabiliteringen av denne pasientgruppen. Derfor etterspørres konkrete eksempler på bl.a. situasjoner eller ting som har fungerte godt eller ikke så godt.

Intervjuet vil ta deg ca. 45-60 min. Jeg tar lydopptak og notater fra intervjuet.

**Det er frivillig å delta**

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

**Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger**

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrevet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket. Kun jeg som student vil ha tilgang til dataene.

Lyddopptaket vil lagres i passordbeskyttet pc, og slettes etter transkripsjon. Navn og kontaktopplysningene dine vil bli erstattet med en kode som lagres innelåst og adskilt fra øvrige data.

Ingen vil kunne gjenkjenne deg i den skriftlige teksten.

**Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?**

Opplysningene anonymiseres i bacheloroppgaven, alle andre data slettes når bacheloroppgaven godkjennes (senest ved utgangen av august 2022).

**Dine rettigheter**

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

- innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg, og å få utlevert en kopi av opplysningene,
- å få rettet personopplysninger om deg,
- å få slettet personopplysninger om deg, og
- å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

**Hvor kan jeg finne ut mer?**

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

- Bachelorstudent: Navn \*\*\*, e-post \*\*\*, telefon \*\*\*
- Veileder: Navn \*\*\*, e-post \*\*\*, telefon \*\*\*
- Høgskulen på Vestlandet ved prosjektansvarlig \*\*\*
- Vårt personvernombud: \*\*\*

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

- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS på epost ([personvertjenester@nsd.no](mailto:personvertjenester@nsd.no)) eller på telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen

Navn \*\*\*  
(Veileder og lærer ved fysioterapeututdanningen)

Navn \*\*\*  
(Student)

## Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjonen om prosjektet *Kommunefysioterapeuters erfaringer med tverrfaglig samarbeid i rehabilitering av hjemmeboende personer etter hjerneslag*, og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta i intervju

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

-----  
(Signert av prosjektdeltaker, dato)

## Vedlegg 2: Intervjuguide

### Intervjuguide

*Innledningsvis: Først vil jeg takke for at du stiller opp til dette intervjuet. I dette prosjektet ønsker jeg å svare på problemstillingen: «Hvordan erfarer fysioterapeuter i kommunehelsetjenesten det tverrfaglige samarbeidet i rehabilitering av hjemmeboende personer etter hjerneslag?»*

#### Introduksjonsspørsmål:

- **Kan du fortelle meg litt om din bakgrunn som fysioterapeut?**
  - Hvilken utdanning har du?
  - Hvor lenge har du jobbet som fysioterapeut?
  - Hvor lenge har du jobbet i kommunehelsetjenesten?
  - Hvilken erfaring har du med rehabilitering for personer etter hjerneslag?
  - Hvilken erfaring har du med tverrfaglig samarbeid i kommunehelsetjenesten?

#### Overføringsfasen:

- Hvor blir personen etter hjerneslaget henvist fra?
- Hvordan foregår informasjonsoverføringen når du får nye pasienter?

#### Kort om rehabiliteringen:

- Hvilke personer etter hjerneslag prioriteres å få rehabilitering i hjemmet?
- Hva er hovedfokuset i rehabiliteringen når personen bor hjemme?

#### Organiseringen av det tverrfaglige samarbeidet:

- **Hvordan er det tverrfaglige samarbeidet organisert, i forhold til hjemmeboende personer etter hjerneslag?**
  - Hvem deltar i det tverrfaglige samarbeidet?
  - Arbeider dere i tverrfaglige team? (Dersom ja: Kan du fortelle mer om hvordan det foregår?)
  - Kan du si litt om ansvarsfordelingen mellom de ulike faggruppene?
  - Hvordan foregår samarbeidsmøter?
  - Veiledning/opplæring av hverandre?
- **Hva mener du skal til for å oppnå et godt tverrfaglig samarbeid?**
- **Hvordan opplever du at måten det tverrfaglige samarbeidet gjennomføres på fungerer?**
  - Eksempel på styrker/utfordringer?
  - Opplever du at de ulike faggruppene kan nok om hverandres kompetanseområder?

- **Er det noen situasjoner du opplever det tverrfaglige samarbeidet i rehabiliteringen for hjemmeboende personer etter hjerneslag som ...?**
  - Ekstra viktig?
  - Mindre viktig?

Samhandling og kommunikasjon:

- **Hva vektlegger du i samtalene og kommunikasjonen med personen selv etter hjerneslaget?**
- **Hvordan inkluderes personen det gjelder i beslutningsvalg som tas tilknyttet egen rehabiliteringsprosess?**
- **Hvordan samhandler og kommuniserer faggruppene innad i det tverrfaglige teamet? (Hvis informanten jobber i team)**
- **Opplever du det hensiktsmessig å inkludere pårørende i rehabiliteringsprosessen?**

Forslag til videreutvikling:

- **Opplever du at det er behov for å videreutvikle rehabiliteringstilbudet for pasientgruppen i denne kommunen med tanke på tverrfaglig samarbeid?**
- **Føler du ressursene i kommunen er tilstrekkelig for å oppnå det dere ønsker?**

Avslutningsvis:

- **Er det noe du ønsker å tilføye som vi ikke har snakket om, men som du mener er viktig i forhold til det tverrfaglige samarbeidet i rehabiliteringen av hjemmeboende personer etter hjerneslag?**